

**PROSIDING SEMINAR &
PRESENTASI ILMIAH KONGRES NASIONAL II**
IKATAN PERAWAT KESEHATAN KOMUNITAS INDONESIA



**PRAKTEK KEPERAWATAN MANDIRI
MEMPERKUAT PELAKSANAAN
SISTEM JAMINAN SOSIAL
NASIONAL KESEHATAN**

HOTEL SHERATON YOGYAKARTA

30 OKTOBER - 1 NOVEMBER 2013

**PROSIDING SEMINAR & PRESENTASI ILMIAH
KONGRES NASIONAL II
IKATAN PERAWAT KESEHATAN KOMUNITAS INDONESIA**
--Yogyakarta: Oktober 2013
vi + 383 hlm.; 21x29 cm

Reviewer :

Dra.Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
Dr. Ni Made Riasmini, M.Kep, Sp.Kom

Editor :

Titih Huriyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kom
Bondan Palestin, SKM, M.Kep.,Sp.Kom
Heru Subekti, S.Kep.,Ns.,M.Kes
Purwanta, S.Kp.,M.Kes
Akhmadi, S.Kp., M.Kep.,Sp.Kom
Nurul Hidayah, S.Kep.,Ns.,M.Nurse
Sri Mulyani, S.Kep.,Ns.,MN
Dinasti Pudang Binoriang, S.Kep.,Ns
Ratna Lestari, S.Kep.,Ns
Suwarsi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

ISBN 978-602-9420-50-0

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

DAFTAR ISI

	Hal
Daftar Isi	iii
Kata Pengantar Ketua Panitia	vi
Praktik Keperawatan Berbasis Keluarga Dalam Menyongsong Pelaksanaan SJSN (Dra.Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD)	1
KELOMPOK KEILMUAN KEPERAWATAN KELUARGA	13
Pengaruh Terapi Keluarga Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pada Penderita Diabetes Melitus (Senja Paramita, Asep Iskandar, Fajar Tri Asih)	15
Hubungan Antara Tingkat Kepatuhan Perawat Dalam Melakukan <i>Home Care</i> Dengan Penurunan Penyakit Infeksi Pada Balita Malnutrisi Di Kota Yogyakarta (Titih Huriah, Gita Kartika)	23
Efektifitas Promosi Kesehatan Tentang Penyakit Demam Berdarah Dan Cara Pencegahannya Melalui Metode Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) (Arneliwati, Febriana Sabrian)	33
Hubungan Karakteristik Remaja, Keluarga Dan Pola Asuh Keluarga Dengan Pengendalian Risiko Penyalahgunaan Napza Pada <i>Aggregate</i> Remaja Di Kelurahan Tugu Kota Depok (Intan Asri Nurani, Junaiti Sahar, Ety Rekawati) ..	40
Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Penyalahguna Narkotika Di Panti Sosial Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta (Filia Linda Hapsari, Induniasih, Sulistyaningsih)	51
Relationships Parenting and Family Characteristic son Nutrition Status in Childhood Elementary School Village School in Tugu, Depok City (Uswatul Khasanah, Junaiti Sahar, Widyatuti)	58
KELOMPOK KEILMUAN KEPERAWATAN KOMUNITAS	69
Analisis Spasial Dan Faktor Risiko Terjadinya Cedera Kepala Akibat Kecelakaan Lalu Lintas Pada Pengendara Sepeda Motor Di Wilayah Kabupaten Sleman (Heru Subekti, Rahadyan Magetsari, Lutfan Lazuari, Anis Fuad)	71
Pengalaman Remaja Sebagai Pendidik Sebaya Dalam Pencegahan Perilaku Seks Bebas Di Wilayah Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok (Diah Ratnawati, Astuti Yuni Nursasi, Henny Permatasari)	91
Pengalaman Anggota Kelompok Swabantu Dalam Memperoleh Dukungan Untuk Memberikan Asi Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Ciracas Jakarta Timur: Studi (Istianna Nurhidayati, Junaiti Sahar, Henny Permatasari)	136
Implementasi Teori <i>Caring</i> Jean Watson Dengan Diari Terapeutik (Detik): Pendekatan Dalam Mereduksi Skor Stres Melalui Catatan Harian Perasaan Odha Dampingan LSM Sadar Hati Kota Malang (Lukmanul Hakim, Kumboyono)	148

Efektivitas Terapi Komplementer Gabungan (Meditasi, Aromaterapi dan Musik) Terhadap Perubahan Tingkat Stres Siswa SMK Diponegoro Penawangan Kab Grobogan (Agustina Ari Handayani)	160
Perbandingan Kualitas Hidup Masyarakat Dengan Gagal Ginjal Stadium Akhir yang Menjalani Terapi Pengganti Ginjal (Nur Chayati)	167
Kelompok Swabantu Dalam Pencegahan Tingkat Kecacatan Klien Kusta Di Kabupaten Jember (Tantut Susanto)	173
Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Di Puskesmas Kabupaten Subang Tahun 2012 (Muhammad Saefulloh, Gunawan W)	180
Efektifitas Komunikasi Terapeutik Terhadap Perilaku Pasien Tuberkulosis Dalam Menjalani Pengobatan Di Puskesmas Pejaten Barat Jakarta Selatan Tahun 2013 (Reni Chairani)	186
Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah Dan Identifikasi Peran Faktor Determinan Sebagai Upaya Peningkatan Kesejahteraan Siswa Di Sekolah (Yoyok Bekti Prasetyo).....	193
Design Of Wei Chi 14 Meridian Exercise Which Has Low Impact, Beauty, Safety And Potential Movement To Increase Health For Community (Sutarno,S.St.,M. Kes)	210
Gebas Dede (Gerakan Bebas Demam Berdarah Desa) Sebagai Upaya Pencegahan Dan Penanggulangan Demam Berdarah Di Desa Lojejer Kecamatan Wuluhan Kabupaten Jember (Ferdiana Revitasari, Nurul Azizah, Devintania Kurniasti N. H., Wahyu Elok Pambudi, Akhmat Robbi Tricahyono, Tantut Susanto)	219
Pengaruh Penyuluhan Penyakit TB Paru Dengan Audio Visual Terhadap Perilaku Pencegahan Penularan Pada Keluarga Dengan Tb Paru Di Wilayah Kerja Puskemas Gurah (Moch. Maftuchul Huda Fita Eny Purwanti)	227
Pengaruh Abdominal Stretching Exercise Terhadap Penurunan Skala Nyeri Menstruasi Pada Remaja Siswi SMP Negeri 1 Indralaya(Ns. Putri Widita M., S.Kep., M.Kep ;Herliawati, S.Kp., M.Kes. ;Erpina S.Kep.)	234
Efektifitas “Paket Promkes Balita Sehat” Dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan Di Posyandu Di Kelurahan Maulafa Kupang, Tahun 2012 (Margaretha Teli, Skep, Ns, Msc).....	240
Beberapa Faktor Demografi Yang Berhubungan Dengan Tingkat Pengetahuan Kader Tentang Perawatan TBC Di Puskesmas Gatak Sukoharjo Tahun 2012 (Abi Muhlisin, M.Kep- Arum Pratiwi, M.Kep)	256
Promosi Kesehatan Menggunakan Metode Pendidikan Kesehatan Individual Terhadap Perilaku Pencegahan Penyakit TB Paru (Agrina, Ari Pristiana Dewi) ..	268
Upaya Peningkatan StatusKesehatan Masyarakat Melalui Praktik Profesi Keperawatan Komunitas (Poppy Fitriyani, Henny Permatasari, Tri Widyastuti Handayani)	279
KELOMPOK KEILMUAN KEPERAWATAN GERONTIK	283
Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Dasar Sehari-Hari Di Dusun Jodog Gilangharjo Pandak Bantul (Titih Huriyah, Ratna Lestari, Dian Suspiyanti)	285

Hubungan Karakteristik Dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada Agregat Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta (Thomas Aquino Erjinyuare Amigo, Junaiti Sahar, Sukihananto)	294
Pengalaman Lanjut Usia Mendapatkan Dukungan Keluarga Di Panti Sosial Tresna Wredha Abiyoso Provinsi D.I. Yogyakarta : Studi Fenomenologi (Nuurhidayat Jafar, Wiwin Wiarsih, Henny Permatasari)	309
Head Massage Therapy Effect Of Head Pain In The Elderly Social Institution Yogyakarta Provincial Unit Budhi Luhur (Induniasih, Wahyu Ratna, Atiek Badi'ah, Sutrisno)	319
Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok Sebagai Model Intervensi Keperawatan Untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsional Lansia (Bondan Palestin, Maryana, Sugeng, Budhy Ermawan)	325
Analisa Hubungan Faktor Demografi Dan Hipertensi Terhadap Terjadinya Cedera Pada Lansia Di Posbindu Matahari Rw 09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat (Syamsul Anwar, Isti Andriani)	342
Kualitas Hidup Lansia Hipertensi Dapat Meningkatkan Dengan Dukungan Penghargaan dan Emosional Keluarga (Agnes Dewi Astuti, Junaiti Sahar ² Dan Sukihananto)	350
Perbedaan Terapi Musik Dan Tehnik Relaksasi Progresif Terhadap Kualitas Tidur Lansia (Komang Ayu Henny Achjar)	359
Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Kualitas Hidup Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru (Herawati, Syamsul Arifin, Noor Kamelia) .	363
Efek Kombinasi <i>Kegel's Exercise, Bladder Training</i> Dan Pengaturan Diet Dalam Menurunkan Episode Inkontinensia Urin Pada Lansia Di Panti Wredha Propinsi D.I Yogyakarta (Wahyu Ratna, Sri Arini Winarti, Sari Candra Dewi, Maryana)	372
Penurunan Insomnia Melalui Stimulasi Cahaya Pada Lansia (Nasrudin)	380

KATA PENGANTAR
KETUA PANITIA KONAS II IPKKI

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah Yang Maha Kuasa, atas karuniaNya, Kongres Nasional Ke II Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas (IPKKI) dapat dilaksanakan di Yogyakarta. Shalawat serta salam semoga tercurah ke Junjungan Nabi Muhammad SAW, kepada keluarga, sahabat dan ummat akhir zaman.

Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas (IPKKI) adalah sebuah organisasi berhimpunnya para perawat dengan peminatan keperawatan komunitas yang dibentuk sebagai badan kelengkapan organisasi profesi untuk melakukan pengembangan dan pembinaan praktik keperawatan komunitas. Saat ini selain IPKKI pusat, IPKKI juga telah dideklarasikan di delapan provinsi di Indonesia.

Kegiatan Kongres Nasional Ke 2 di Yogyakarta diselenggarakan atas kerjasama seluruh panitia pusat maupun panitia daerah. Peserta berasal dari seluruh Indonesia dan dihadiri oleh tamu undangan dari organisasi profesi yang berada di bawah naungan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Pada kesempatan ini, saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya pada semua pihak yang telah membantu terlaksananya kegiatan ini. Hanya Allah yang bisa membalas semuanya. Akhir kata semoga kegiatan ini membawa manfaat bagi peningkatan kesehatan masyarakat Indonesia pada umumnya dan maju terus perawat kesehatan komunitas Indonesia.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yogyakarta, Oktober 2013
Ketua Panitia

Bondan Palestin, M.Kep.,Sp.Kom

**PRAKTIK KEPERAWATAN BERBASIS KELUARGA
DALAM MENYONGSONG PELAKSANAAN SJSN*)**

**Disusun oleh:
Dra.Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD**

**Dosen
Kelompok Keilmuan Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia**

*) Makalah disajikan pada Seminar Nasional Keperawatan dalam rangka Kongres Nasional II Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia di Yogyakarta, 30-31 Oktober 2013.

“Praktik Keperawatan Berbasis Keluarga Dalam Menyongsong Pelaksanaan SJSN: Model Perawat Sahabat Keluarga”

Latar belakang

Sistem jaminan sosial nasional sesuai undang-undang nomor 40 tahun 2004 merupakan tonggak bersejarah reformasi menyeluruh jaminan sosial di Indonesia, mengingat jaminan sosial yang ada saat ini bersifat parsial atau belum menyeluruh. Undang-undang nomor 40 tahun 2004 juga mengamanatkan perlunya jaminan sosial untuk seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan oleh suatu badan yang disebut Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS). Selanjutnya Undang-undang nomor 24 tahun 2011 menetapkan bahwa jaminan sosial nasional akan diselenggarakan oleh BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan kesehatan nasional akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang pelaksanaannya akan dimulai 1 Januari 2014. Jaminan kesehatan nasional ini merupakan bentuk perlindungan kesehatan untuk menjamin agar seluruh masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

Implementasi JKN sesuai UU SJSN dan UU BPJS perlu didukung oleh semua profesi kesehatan, terutama perawat/Ners mengingat perawat merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun di masyarakat. Perawat berinteraksi langsung dan terlama dengan masyarakat, karena perawat bekerja 24 jam dalam satu hari dan 7 hari dalam satu minggu. Potensi ini perlu menjadi pertimbangan dan perhatian yang serius oleh pemangku kebijakan, sehingga pemberdayaan perawat secara optimal melalui pelayanan dan asuhan keperawatan dapat mendorong implementasi JKN tepat sasaran dan optimal.

Pelayanan dan asuhan keperawatan bagian integral dari pelayanan kesehatan, sehingga kontribusi optimal perawat sesuai kompetensinya dapat memberikan dampak ungkit peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Namun pada kenyataannya belum semua perawat termasuk yang bekerja di Puskesmas dan wilayah sekitarnya diberdayakan secara optimal sesuai profesi dan kompetensinya. Seyogyanya pemanfaatan perawat tidak hanya untuk pelayanan dalam gedung rumah sakit, puskesmas atau di puskesmas rawat inap, namun jauh lebih penting adalah penempatan perawat di masyarakat dalam mendeteksi masalah kesehatan di masyarakat terutama di keluarga, sehingga intervensi dini dapat dilakukan dan tindakan promotif dan preventif untuk anggota keluarga/masyarakat yang belum secara aktual mengalami masalah juga dapat dilakukan, sehingga meminimalkan biaya rawat inap atau biaya pengobatan, pada akhirnya dana dapat dipergunakan untuk pembangunan yang dapat mensejahterakan masyarakat.

Pelayanan dan asuhan keperawatan di keluarga/rumah sangat penting dilakukan dengan beberapa alasan antara lain: Hemat biaya; lingkungan keluarga memberikan efek terapeutik bagi anggota keluarga; pemberdayaan keluarga lebih optimal; lama rawat di rumah sakit dapat diperpendek; dan kesempatan untuk merawat kasus-kasus penyakit terminal atau kronis yang tidak memerlukan perawatan lama di rumah sakit. Pelayanan keperawatan berbasis keluarga didasari asumsi bahwa kesehatan berdampak pada seluruh anggota keluarga, sehat dan sakit merupakan suatu peristiwa dalam keluarga, keluarga juga akan mempengaruhi proses dan keluaran asuhan keperawatan (Kaakinen, et.al, 2010; Friedman,

Bowden, & Jones, 2002). Keluarga berpengaruh secara bermakna terhadap kesehatan dan kesejahteraan anggota keluarganya, sehingga perawat memiliki komitmen moral dan etik melibatkan keluarga didalam asuhan keperawatan mereka (Wright & Leahey, 2009). Ditunjang pula dengan hasil kajian Depkes RI tahun 2000 diperoleh hasil: 97,7 % menyatakan perlu dikembangkan pelayanan kesehatan di rumah (Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medis, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan, RI, 2002) yang berarti perlu melibatkan keluarga secara aktif.

Pelayanan keperawatan berbasis keluarga disebut juga dengan perawatan di rumah (family home care), dimaksudkan untuk memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan yang dilakukan di rumah dengan melibatkan klien dan keluarga secara aktif mulai pengkajian sampai evaluasi. Pelayanan dan asuhan keperawatan dapat dilakukan oleh perawat secara mandiri atau berkolaborasi dengan profesi dan para profesional lainnya sesuai kebutuhan klien berdasarkan hasil pengkajian perawat dengan melibatkan keluarga. Pelayanan dan asuhan keperawatan berbasis keluarga perlu memegang prinsip efisien, efektif dan akuntabel.

Tujuan makalah ini memberikan gambaran kepada peserta seminar tentang praktik keperawatan berbasis keluarga dalam menyongsong pelaksanaan SJN khususnya JKN.

Pengertian Praktik Keperawatan Berbasis Keluarga atau keperawatan di rumah

Praktik yg dilakukan untuk pemulihan kondisi kesehatan klien yg dilaksanakan di tempat tinggalnya dan merupakan area spesialisasi dalam praktik keperawatan yg merupakan cabang dari keperawatan kesehatan komunitas (ANA dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Sedangkan Maurer dan Smith (2013), pelayanan sesuai kebutuhan klien dan keluarga yg direncanakan, dikoordinir dan disediakan oleh pemberi pelayanan kep di rumah melalui staf yang dipekerjakan, pengaturan sesuai kontrak yg disepakati atau kombinasi keduanya. Pengertian lain adalah semua pelayanan dan produk yg diberikan pada klien di rumahnya untuk mempertahankan, memulihkan, atau meningkatkan kesehatan fisik, mental dan emosional, ditujukan untuk mengoptimalkan tingkat kemandirian klien dan meminimalkan dampak kecacatan melalui pelayanan diluar institusi (Allender & Spradley, 2005; Canadian Nuses Association, 2013).

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa praktik keperawatan berbasis keluarga atau keperawatan di rumah merupakan praktik yang dilakukan untuk membantu memulihkan kesehatan klien dilakukan di rumahnya dengan melibatkan klien dan keluarga secara aktif untuk mencapai kemandirian klien dan keluarga. Praktik keperawatan berbasis keluarga memiliki beberapa elemen yakni: 1) klien; 2) keluarga klien; 3) Perawat; dan 4) tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan klien. Ketiga atau keempat elemen ini harus bersinergi untuk membantu klien mencapai kondisi kesehatan secara optimal dan mandiri. Praktik keperawatan berbasis keluarga didasari asumsi bahwa kesehatan akan berdampak pada seluruh anggota keluarga, sehat dan sakit merupakan suatu peristiwa yang terjadi dalam keluarga, dan keluarga akan mempengaruhi proses dan keluaran asuhan keperawatan dalam keluarga. Dengan demikian keterlibatan keluarga sebagai mitra perawat sangat penting untuk keberlanjutan asuhan keperawatan dan kualitas asuhan keperawatan yang baik (Kaakinen, et.al, 2010; Lyon, Bolla & Nies, 1998).

Peran dan fungsi perawat dalam praktik keperawatan berbasis keluarga/keperawatan di rumah

Ada 15 peran perawat dalam keperawatan keluarga (Kaakinen, et.al, 2009; Friedman, Bowden & Jones, 2002; dan Maurer & Smith, 2013). Namun secara sederhana digambarkan oleh Humphrey dan Milone-Nuzzo (dalam Capital health 2011, <http://www.cdha.nshealth.ca>, diunduh tanggal 10 Oktober 2013) peran dan fungsi perawat keluarga di rumah sebagai berikut:

1. Penetapan cakupan pembiayaan (*Determining financial coverage*):
Perawat perlu mengkaji dan membuat kontrak yang jelas dengan klien dan keluarga terkait siapa yang harus membayar pelayanan yang diberikan mulai dari awal kunjungan rumah sampai akhir selesainya pelayanan di rumah. Pada awal kunjungan rumah perawat pun harus mengkaji jenis pelayanan yang dibutuhkan berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan perawat dan program pengobatan yang ditetapkan dokter. Penelaahan yang dilakukan termasuk jenis pelayanan yang dijamin asuransi, jika klien dijamin asuransi. Untuk pelayanan yang tidak dijamin asuransi perawat harus mendiskusikan dengan klien dan keluarga siapa yang harus menanggung biaya tersebut.
2. Melakukan asuhan keperawatan langsung (*direct care*)
Direct care dimaknai sebagai intervensi keperawatan aktual yang diberikan pada saat kunjungan rumah (home visit). Kegiatan asuhan keperawatan langsung mencakup: pengkajian terhadap klien, misalnya mengkaji sistem kardiovaskuler pada klien hipertensi; melakukan prosedur keperawatan (misal mengganti balutan); dan penyuluhan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang diet dan cara minum obat. Fokus asuhan keperawatan yang direncanakan harus mencakup kurun waktu 24 jam, sehingga perlu diintegrasikan dengan keterlibatan keluarga dan atau pendamping klien (caregiver) lain yang berperanserta dalam asuhan klien. Penyusunan rencana asuhan termasuk tujuan jangka panjang dan jangka pendek yang harus dicapai dalam asuhan keperawatan klien serta alternatif penyelesaian masalah.

Keluarga dan atau *caregiver* dapat membantu memberikan asuhan kepada klien sebatas kemampuannya, tindakan yang dilakukan tidak membahayakan klien, pada saat perawat tidak ada di rumah klien, akan tetapi perawat harus siap dipanggil sewaktu-waktu dibutuhkan klien. Sesuai perkembangan kesehatan klien, maka kunjungan perawat dapat di kurangi bertahap, misalnya mulai dari tiap hari, tiga kali seminggu, dua kali seminggu dan satu kali seminggu dan seterusnya. Misalnya pada kasus luka diabetes kunjungan yang dilakukan untuk: 1) Perawatan luka; 2) Memantau perkembangan penyembuhan luka; 3) Kaji tanda dan gejala infeksi; 4) Kaji apakah prosedur sudah tepat dilakukan; dan 5) Koordinasikan dan komunikasikan kemajuan klien kepada dokter terkait pengobatan klien.

Perawat yang bekerjasama dengan klien tidak secara langsung memberikan pelayanan terkait kebersihan personal klien (misalnya mandi, ganti pakaian, dll), meskipun tindakan ini diperlukan untuk menunjang penyembuhan klien, namun perawat dapat mengkaji kebutuhan tindakan ini dan dapat mengajarkan keluarga untuk melakukan atau menyarankan kepada keluarga untuk menggunakan jasa *caregiver* yang dapat

melakukan tindakan tersebut. Perawat perlu menyediakan waktu untuk berdiskusi dengan klien terkait asuhan keperawatan yang dibutuhkannya. Jika klien membutuhkan asuhan keperawatan melebihi dari apa yang diperoleh sesuai asupan keluarga, maka perawat dapat mendiskusikan dengan keluarga alternatif pelayanan lain misalnya *respite care*, *daycare* atau bentuk pelayanan yang terstruktur lainnya.

3. Menjadi koordinator pelayanan

Perawat yang bekerja di rumah (*home care*) selain melakukan asuhan keperawatan langsung, juga melakukan pelayanan dan asuhan tidak langsung yakni bertanggung jawab dalam mengkoordinir pelayanan yang diberikan personil profesional lain seperti dokter, farmasi dan paraprofessional lain seperti fisioterapi, ahli diet, dan sebagainya, yang berkontribusi dalam pelayanan kesehatan klien di rumah. Peran utama perawat sebagai koordinator ini adalah mengkaji kebutuhan klien terhadap pelayanan dan menetapkan prioritas yang berdampak terhadap penyembuhan dan kemandirian klien. Perawat memfasilitasi pemenuhan kebutuhan tersebut dengan menghubungi parapihak yang dibutuhkan klien dengan persetujuan klien dan keluarga. Sebagai koordinator pelayanan, perawat juga harus memiliki wawasan tentang pelayanan yang tersedia di sekitar tempat tinggal klien dan bagaimana mengaksesnya. Perawat juga harus memiliki informasi yang terbaru tentang perkembangan klien dan tindakan yang dilakukan oleh parapihak yang terlibat dalam asuhan klien, serta melakukan konferensi kasus bila diperlukan.

4. Melakukan supervisi terhadap para profesional

Perawat yang bekerja di rumah dapat dibantu oleh asisten perawat atau caregiver yang dilatih untuk melakukan *personal care* atau keperawatan dasar dibawah supervisi perawat teregistrasi dan bersertifikat serta kinerja mereka perlu dipantau sekurang-kurangnya tiap dua minggu sekali.

5. Meyakinkan keberlanjutan perawatan klien

Perawat harus mengkomodir asuhan keperawatan untuk 24 jam dan meyakinkan agar asuhan yang diberikan kepada klien selama 24 jam sesuai dengan rencana yang disusunnya serta dimonitor agar keberlanjutan asuhan yang diberikan dapat dicapai. Pemantauan atau monitoring dilakukan melalui verbal klien, keluarga atau tim perawatan di rumah yang disampaikan langsung dan atau melalui telepon penting dilakukan. Jika terjadi perubahan kondisi klien yang membutuhkan rujukan ke tatatan layanan kesehatan lain misalnya rumah sakit, maka perawat yang merawat klien di rumah harus menyertakan semua rencana dan catatan perkembangan perawatan klien di rumah, sehingga dapat dijadikan bahan tindaklanjut perawatan di rumah sakit.

6. Menjadi advokat klien

Perawat juga dapat mengadvokasi klien bagaimana melakukan negosiasi pada pihak asuransi yang menjamin perawatan klien dan membantu menjelaskan prosedurnya. Seringkali prosedur asuransi membuat klien dan keluarga cemas akibat informasi yang diberikan pihak asuransi kurang dipahami dengan baik. Cemas ini dapat menghambat proses penyembuhan klien. Advokasi lain dapat diberikan perawat terkait fasilitas layanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh pasien termasuk alamat fasilitas tersebut. Khusus untuk klien yang tidak mampu, perawat dapat menganjurkan

kepada keluarga agar menghubungi dinas sosial untuk mendapatkan dukungan yang diperlukan klien dan keluarga dan memberitahukan pada keluarga bagaimana mengakses pelayanan tersebut.

Peran dan fungsi perawat tersebut dilaksanakan selama praktik, perawat dapat menggunakan beberapa model praktik keperawatan keluarga. Beberapa model keperawatan keluarga dapat dipilih sebagai kerangka kerja untuk melakukan asuhan keperawatan kepada keluarga. Pada makalah ini difokuskan menggunakan model Asuhan keperawatan berfokus pada keluarga (Family Centre Nursing/FCN) sebagai kerangka kerja dan kemitraan keluarga dan perawat (Nurse-Family Partnership/NFP) sebagai pendekatan dalam melakukan pelayanan dan asuhan keperawatan kepada anggota keluarga. Adapun alasan penulis menggunakan kedua model tersebut, model ini lebih sederhana dan melibatkan keluarga secara aktif dalam merawat anggota keluarga, perawat dan keluarga dapat bermitra dalam menyelesaikan masalah anggota keluarga, sehingga keberlanjutan asuhan keperawatan dapat dipertahankan.

Bentuk praktik keperawatan berbasis keluarga di rumah

Praktik keperawatan berbasis keluarga ini merupakan asuhan keperawatan memposisikan klien dalam konteks keluarga dan keluarga sebagai sistem. Masalah yang timbul pada anggota keluarga sebagai pengaruh dari keluarga dan satu anggota keluarga yang bermasalah akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain (Friedman, Bowden & Jones, 2003; Wright & Leahey, 2009).

1. Nurse-Family Partnership (NFP)

Asuhan keperawatan keluarga menggunakan NFP yang dilakukan pada klien secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi perilaku anggota keluarga yang lain maknanya perawat sekaligus dapat melatih anggota keluarga yang lain mengenal perilaku yang tidak sehat dan melakukan intervensi dini perilaku sehat. Keterlibatan keluarga sebagai mitra (NFP) dalam asuhan keperawatan keluarga dapat melatih anggota keluarga terutama caregiver utama di dalam keluarga untuk turut aktif mengenali atau mendeteksi perubahan pada anggota keluarga dan bersama perawat mengatasi risiko atau masalah yang dapat timbul pada anggota keluarga melalui peningkatan pemahaman tentang masalah yang dihadapi anggota keluarga.

Menurut Ball, Barnes, dan Meadows (2012), model NFP telah diujicobakan di UK dan USA pada ibu yang hamil anak pertama melalui kemitraan perawat dan keluarga dalam membantu keluarga khususnya ibu hamil anak pertama, dengan menjadikannya sebagai orang tua yang memiliki pengetahuan yang baik, sehingga dapat mempersiapkan anaknya untuk mencapai sukses di kemudian hari. Intervensi keperawatan mulai dari dalam kandungan sampai anak berusia 2 tahun. Model ini secara bermakna telah meningkatkan perilaku keluarga khususnya ibu sebagai caregiver utama dalam keluarga untuk mempersiapkan dirinya dan anaknya dengan baik serta keluarga merasa puas dengan apa yang dilakukan. Pendampingan yang dilakukan perawat di rumah klien melibatkan keluarga sebagai mitra, mulai dari masa kehamilan sampai anaknya berusia 2 tahun. Perawat melakukan beberapa sesi pelatihan dan pendampingan selama hamil terkait kesehatan ibunya, janinnya, perawatan selama kehamilan, proses persalinan. Setelah melahirkan perawat juga melakukan sesi pelatihan dan pendampingan tentang bagaimana ibu merawat dirinya

sendiri sehingga dapat merawat bayinya dengan baik, kesehatan bayi dan perawatan bayi serta masalah-masalah yang dapat timbul pada bayi baru lahir, imunisasi. Pada fase anak usia 1-2 tahun beberapa sesi pendampingan dilakukan terkait tumbuh kembang balita dan masalah yang perlu diantisipasi serta stimulasi tumbuh kembang. Pendampingan yang dilakukan tidak hanya terkait kesehatan, namun perawat juga memasukan materi yang turut berpengaruh terhadap kesehatan, misalnya pengaturan ekonomi dan bimbingan karir untuk keluarga sehingga keluarga dapat merencanakan masa depan keluarga dan anaknya lebih baik. Setiap sesi tidak hanya pemberian materi, juga ketrampilan yang harus dilatihkan pada keluarga. Tindakan yang memerlukan ketrampilan spesialistik keperawatan dilakukan langsung oleh perawat dan tindakan yang bersifat personal terkait ADL dan IADL, perawat mempersiapkan keluarga untuk menjadi mitra perawat. Selama perawat tidak di rumah klien, keluarga dapat menghubungi perawat apabila ada hal-hal yang menimbulkan keraguan pada keluarga atau perubahan kondisi klien. Perubahan kondisi klien yang memerlukan pemantauan yang ketat dari perawat atau memerlukan tindak lanjut intervensi spesialistik lain, maka dilakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat.

Tahap awal model ini, perlu dibangun hubungan saling percaya antara perawat dan keluarga, perawat haruslah memiliki kemampuan mengenali budaya keluarga dan memahami cara memotivasi keluarga untuk melakukan asuhan kepada anggota keluarga. Pendekatan ini dilakukan oleh sekelompok perawat 4-6 yang telah mendapatkan sertifikasi NFP, namun pendampingan terhadap keluarga tetap dilakukan perawat secara individu. Sekelompok perawat NFP disupervisi oleh satu orang supervisor yang telah berpengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan di rumah/masyarakat, dengan latar belakang pendidikan magister keperawatan atau Ners yang berpengalaman dan telah memiliki sertifikat NFP dan sertifikat pelatih.

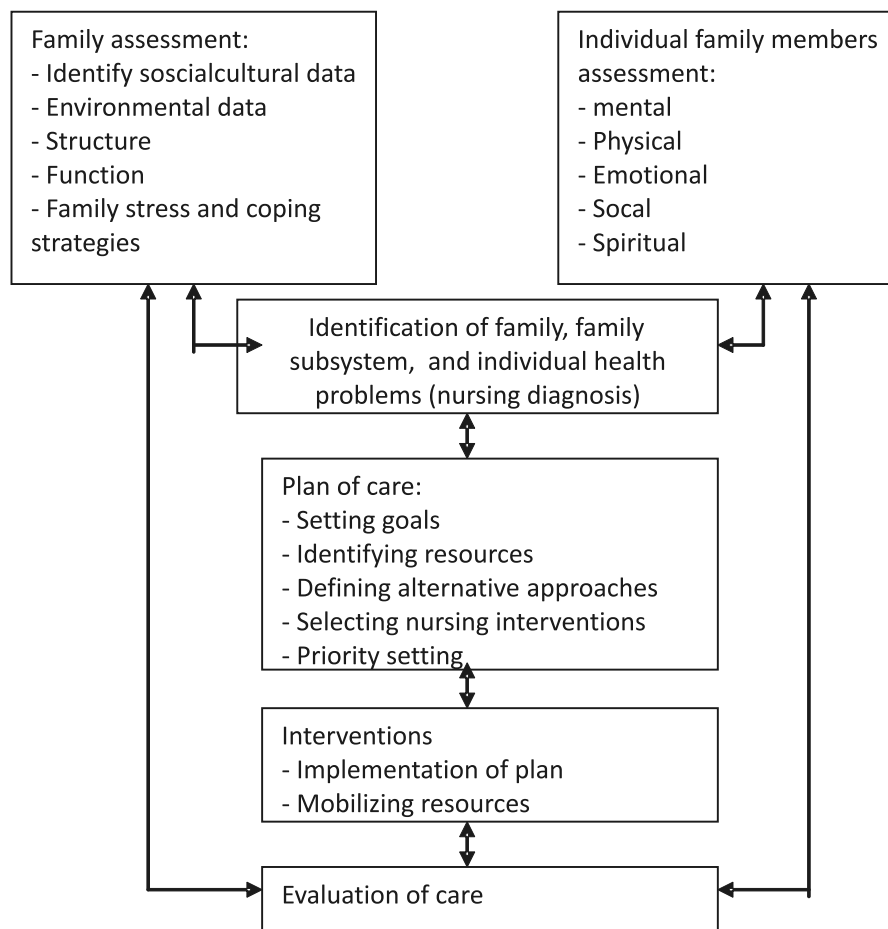
Pendampingan dilakukan perawat melalui kunjungan rumah (home visits) dan mendisain sesi pelatihan dan praktik di rumah sesuai kebutuhan keluarga berdasarkan pengkajian perawat saat pertama kali mengunjungi keluarga. Perawat pun secara berkala melakukan konferensi kasus (case conference) untuk membahas perkembangan asuhan yang diberikan dan atau melalui kunjungan rumah. Supervisor memberikan arahan untuk penyempurnaan asuhan keperawatan yang diberikan serta memastikan asuhan keperawatan yang diberikan timnya sudah sesuai. Tim NFP ini dapat dalam bentuk agensi swasta atau terintegrasi dengan pelayanan kesehatan yang ada.

2. Model *Family Centre Nursing* (FCN)

Praktik keperawatan menggunakan FCN sebagai kerangka kerja. Diawali dengan mengkaji dari dua sisi yakni individu klien yang mengalami masalah kesehatan dan keluarga sebagai konteks atau sistem yang mempengaruhi kesehatan anggota keluarga. Menurut Friedman, Bowens dan Jones (2004), pengkajian terhadap klien sebagai individu anggota keluarga yang bermasalah mencakup mental, fisik, emosi, sosial dan spiritual. Sedangkan pengkajian terhadap sistem keluarga mencakup sosial budaya keluarga, lingkungan, struktur, fungsi, stres dan strategi koping keluarga. Berdasarkan kedua kajian tersebut, maka dirumuskan masalah klien dan keluarga sebagai diagnosis keperawatan.

Berdasarkan diagnosis ini maka ditetapkan tujuan yang ingin dicapai untuk menyelesaikan masalah, mengidentifikasi sumber-sumber yang tersedia, mengidentifikasi alternatif penyelesaian masalah dan memilih bentuk intervensi yang sesuai dan memprioritaskan tindakan yang akan dilakukan. Selanjutnya berdasarkan rencana yang disusun diimplementasikan dengan memobilisasi sumber-sumber yang tersedia baik di dalam atau luar keluarga. Akhir dari tahapan proses ini dilakukan evaluasi sesuai tujuan dan indikator evaluasi, serta sebagai inpun untuk pengkajian lanjut pada individu klien atau sistem keluarga.

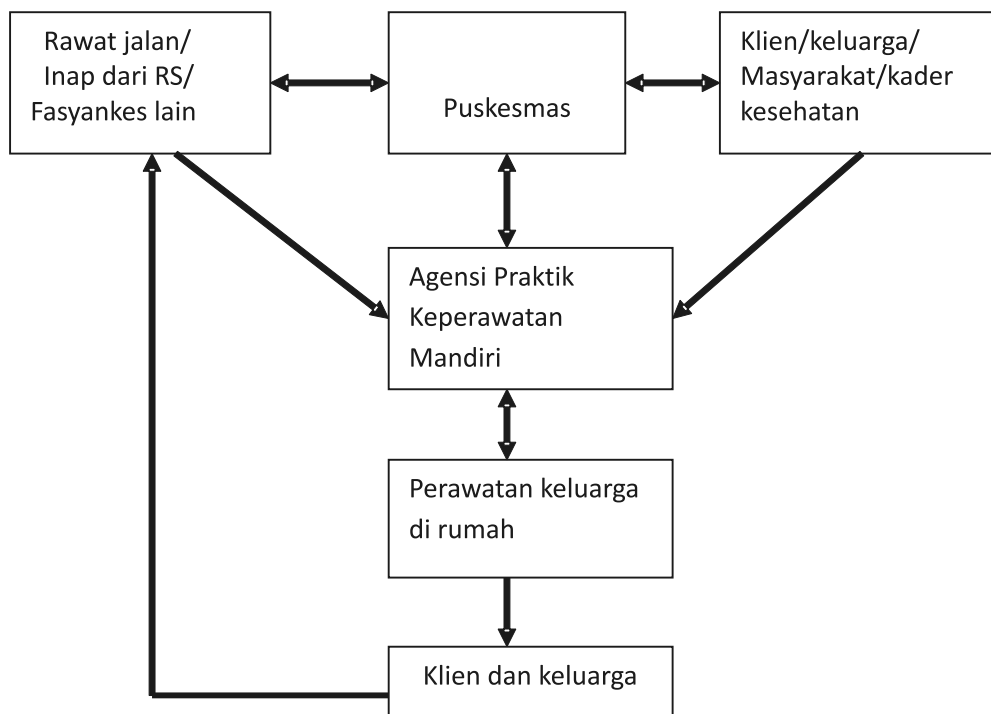
Menurut pandangan penulis model NFP dapat menjadi acuan dalam pelayanan dan asuhan keperawatan berbasis keluarga dengan melakukan modifikasi sesuai situasi dan kondisi di Indonesia atau lokal area untuk kasus-kasus yang lain seperti klien TB, kusta, pasca stroke, lansia DM, hipertensi, remaja dengan risiko dan lain-lain. Untuk perawat yang melakukan praktik berbasis keluarga ini sebelumnya perlu diberikan pelatihan terkait bagaimana melakukan asuhan keperawatan di rumah dengan melibatkan keluarga sebagai mitra. Titik masuk praktik keperawatan berbasis keluarga ini dimulai dari adanya kasus dari puskesmas, pasca rawat rumah sakit atau laporan kader setempat atau kebutuhan keluarga sendiri untuk asuhan keperawatan di rumah. Proses keperawatan dilakukan dapat menggunakan model *Family Centre Nursing* (FCN). Secara skematis FCN dapat digambarkan pada diagram berikut:



(Friedman, Bowens, dan Jones, 2004)

Mekanisme praktik keperawatan keluarga di rumah

Praktik keperawatan keluarga di rumah dapat dilakukan atas rujukan rumah sakit atau puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lain atau atas permintaan klien dan atau keluarga atau masyarakat/kader kesehatan. Mekanisme praktik yang dapat dilakukan oleh institusi pelayanan kesehatan yang ada atau menggunakan agensi praktik mandiri perawat, dapat digambarkan pada diagram berikut:



Pelaksanaan praktik keperawatan berbasis keluarga di rumah mengacu pada SJSN

Pelaksanaan praktik keperawatan berbasis keluarga perlu memenuhi beberapa persyaratan yakni persyaratan personel dan persyaratan agensi keperawatan mandiri (Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medis, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan, RI, 2002).

Persyaratan Personel Perawat, memiliki:

1. Surat tanda registrasi (STR) dan Surat Izin Perawat (SIP)
2. Sertifikat praktik keperawatan di rumah
3. Pengalaman bekerja di rumah sakit sebagai pelaksana perawatan minimal 2 tahun

Khusus untuk koordinator pelayanan berbasis keluarga kualifikasi pendidikan minimal lulusan Ners yang memiliki pengalaman praktik di rumah sakit minimal 2 tahun dan memiliki sertifikat keperawatan berbasis keluarga.

Persyaratan Agensi Keperawatan Mandiri, memiliki:

1. Izin Usaha dari Pemda setempat
2. Izin pelayanan dari Dinas Kesehatan setempat
3. Memiliki fasilitas untuk perawatan di rumah termasuk *home visit kits*, sesuai standar.

Praktik keperawatan yang dilakukan menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian. Semua proses keperawatan yang dilakukan didokumentasikan secara baik dan benar. Dokumentasi dapat menggunakan manual atau elektronik menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Bentuk intervensi keperawatan yang dapat dilakukan antara lain:

1. Perawatan luka terbuka/post op
2. Pemasangan kateter
3. Perawatan dekubitus
4. Pemberian /adm.insulin sesuai program dokter
5. Perawatan ostomi
6. Pemberian makanan melalui selang (nasogastric feeding)
7. Pendidikan kesehatan terkait masalah kes klien
8. Penatalaksanaan inhalasi pada klien COPD
9. Perawatan luka diabetes
10. Enema pada klien yang sulit buang air besar
11. Melatih ROM
12. Terapi komplementer sesuai sertifikat yg dimiliki
13. dll

Pelaksanaan praktik keperawatan berbasis keluarga di rumah mengacu pada SJSN seyogyanya dapat dilakukan di rumah dengan dukungan JKN, namun tahap awal JKN hanya menjamin pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang ditetapkan BPJS Kesehatan yakni puskesmas, klinik, atau rumah sakit sehingga praktik keperawatan berbasis keluarga perlu diintegrasikan dengan Fasyankes yang ada, karena pelayanan kesehatan berbasis keluarga di rumah dapat menghemat biaya rawat inap, pelayanan dan asuhan keperawatan yang dilakukan di rumah melibatkan semua anggota keluarga, sehingga tidak saja merawat yang sakit, sekaligus dapat memberikan informasi pada anggota keluarga yang risiko sakit akibat pola hidup yang kurang sehat dan deteksi serta intervensi dini dapat dilakukan. Misalnya adanya kasus lansia dengan diabetes dirujuk dari puskesmas untuk dilakukan praktik keperawatan di rumah untuk pengendalian faktor risiko yakni gula darah, diet dan olah raga. Pada saat melakukan asuhan keperawatan di rumah pada lansia yang menderita diabetes tersebut, perawat juga harus mengkaji pola makan keluarga, kebiasaan olah raga sekaligus mengkaji faktor risiko diabetes pada anggota keluarga yang lain. Tahap berikutnya JKN seyogyanya juga mencakup pelayanan keperawatan berbasis keluarga, untuk mengoptimalkan implementasi SJSN.

Penutup

Praktik keperawatan berbasis keluarga dapat menghemat biaya dan asuhan akan lebih efektif diberikan dilingkungan yang nyaman untuk klien dengan melibatkan secara aktif *caregiver* keluarga. Praktik ini dapat diberikan mulai dari yang sederhana sampai kompleks yang diberikan oleh perawat/ners sesuai kompetensi yang dimiliki. Agar hambatan dalam praktik keperawatan dapat diminimalkan, maka perawat/ners perlu dipersiapkan dengan baik mulai dari pendidikan formal atau melalui pelatihan terstruktur dan didukung dengan fasilitas peralatan yang memadai serta melatih perawat bagaimana beradaptasi dalam lingkungan keluarga yang mungkin berbeda budaya dengan perawat sendiri dan tetap memegang kode etik keperawatan Indonesia. Selanjutnya perlu didukung dengan pengelolaan yang baik.

Pada tahap awal dapat dilakukan perluasan (extended) dari pelayanan rumah sakit atau puskesmas sesuai ketentuan JKN, namun meningkatnya populasi dan untuk mendekatkan pelayanan ke masyarakat, serta pelayanan kesehatan yang diberikan lebih hemat biaya dan pelayanan efektif, maka agensi praktik keperawatan mandiri sudah saatnya dibangun dengan persiapan yang matang dan melalui mekanisme perizinan praktik keperawatan di rumah. Upaya ini perlu didukung dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang memperluas jaminan tidak saja untuk klien yang sakit di rumah sakit, klinik atau puskesmas, akan tetapi juga anggota keluarga yang memiliki risiko atau rentan dengan melibatkan profesi yang banyak bersentuhan langsung dengan masyarakat yakni perawat/ners, sehingga pelayanan kesehatan semakin meningkat dan kualitas hidup penduduk lebih baik..

Rujukan

- Allender, J.A., dan Spradley, B.W.(2005). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*, Philadelphia: Lippincott William's & Wilkins
- Ball, M., Barnes, P.J., dan Meadows, P. (2012). *Issues Emerging from the First 10 Pilot Sites Implementing the Nurse-Family Partnership Home-Visiting Programme in England*, London: Birkbeck University.
- Canadian Nurses Association. (2013). *Optimizing the role of nursing home care*, Ottawa: CNA
- Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medis, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan, RI. (2002) *Pedoman perawatan kesehatan di rumah*, Jakarta: Depkes, RI.
- Friedman, M.R., Bowdens, V.R., dan Jones, E.(2003). *Family Nursing: Research, Theory and Practice*, 5th edn, Philadelphia: WB. Saunders.
- Humphrey, C.J., dan Milone-Nuzzo, P. dalam *Capital health*. (2011). *Family practice nurse program*, <http://www.cdha.nshealth.ca/primary-health-care/family-practice-nurse-program>, diunduh, 10 Oktober 2013.
- Kaakinen, J.R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D.P., dan Hanson, S.M.H. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice and research*, 4th.ed, Philadelphia: F.A Davis, Co
- Lyon, L.C., Bolla, C.D, dan Nies, M.A. (1998) *The home visit and home health care*, Philadelphia: WB. Saunders.
- Maurer, F.A., dan Smith, C.M. (2013). *Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations*, 5th.edn, St.Louis: Elsevier-Saunders
- Stanhope, M., dan Lancaster, J.(2004). *Community health nursing*, St.Louis: The Mosby in Affiliate of Elsevier.
- Wright, L., dan Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*, 5th.edn, Philadelphia: F.A Davis, Co.
-



**KELOMPOK KEILMUAN
KEPERAWATAN
KELUARGA**

**PENGARUH TERAPI KELUARGA TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN
KELUARGA PADA PENDERITA DIABETES MELITUS**
*(The Effect of Family Therapy Toward Level of Family Independency to Diabetic
Mellitus Patient)*

Senja Paramita¹ Asep Iskandar² Fajar Tri Asih³

^{1,2} Jurusan Keperawatan, FKIK Unsoed, Purwokerto

³ Komite Perawat Komunitas, Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas

ABSTRACT

Diabetic mellitus is a disease that cannot be healed but it can be controlled. Therapy and treatment of diabetic mellitus need long term process and need family involvement. Family therapy is implemented in order to achieve the improvement of knowledge inside family in the term of proper treatment toward family members of diabetic mellitus also in order to know the preventive action of diabetic mellitus and improvement of health that will influence level of family independency. This study aims to identify the effect of family therapy toward level of family independency to diabetic mellitus patient in Puskesmas Purwokerto Utara II. This study used preexperiment with one group pre and post test design. The sampling method purposive sampling, with the total of sample are 33 respondents. The statistical analysis used Wilcoxon test. The results of statistical analysis with Wilcoxon test with $\alpha = 0.05$ which obtained the value of $Z = -4,350$ and $p = 0.000$. There was a significant effect of family therapy toward level of family independency to diabetic mellitus patient in Puskesmas Purwokerto Utara II.

Keywords: *Diabetic mellitus, Family Therapy, Level of Family Independ*

PENDAHULUAN

Diabetes Melitus merupakan salah satu jenis penyakit degeneratif yang bersifat kronis, tidak dapat disembuhkan namun dapat dikendalikan (Dinkes Jateng, 2006). Diabetes melitus atau dikenal oleh masyarakat dengan kencing manis menurut PERKENI (2011), kumpulan gejala yang timbul pada seseorang karena adanya peningkatan kadar gula dalam darah akibat kekurangan insulin, baik tidak sama sekali dihasilkan atau kadar insulin yang sedikit dihasilkan. Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2007 Indonesia menempati urutan keempat dengan jumlah penderita diabetes melitus terbesar di dunia setelah India, Cina, dan Amerika Serikat dengan prevalensi 8,6 % dari seluruh penduduk Indonesia. Penanganan yang tepat untuk menangani faktor penyebab serta komplikasi tersebut dapat dikendalikan dengan adanya kemauan merubah gaya hidup sehat dari penderita diabetes mellitus (Hendra, 2007). Pasien diabetes mellitus dalam hal gaya hidup, perlu perencanaan makan (diet), latihan (olahraga), pemantauan glukosa darah, terapi (bila diperlukan) dan pendidikan kesehatan. Oleh karena itu, peran dan dukungan kelompok keluarga, saudara dan penyuluhan gizi yang berkelanjutan sangat dianjurkan (Smeltzer dan Bare, 2007). Adanya pengalaman kesulitan bagi pasien, keluarga, dan komplikasi yang mungkin muncul pada saat pasien beradaptasi dengan semua perubahan yang terjadi akan berdampak terhadap kualitas serta kemandirian keluarga dalam menghadapi permasalahan kesehatan pasien diabetes melitus Goz et al (2007).

Konradsdottir dan Erla (2011), pemberian pendidikan dan intervensi dukungan terhadap keluarga menghasilkan hubungan positif terhadap kemampuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan anggota keluarga penderita diabetes melitus. Sementara penelitian Sutanto (2010) pemberian terapi keluarga berupa pendidikan kesehatan, pendampingan dan konseling dalam pengembangan keterampilan, serta pengembangan keterampilan keluarga dalam berkomunikasi efektif terhadap peningkatan tingkat kemandirian keluarga dengan permasalahan remaja. Penelitian yang dilakukan oleh Sjattar, Elly, Burhanuddin, dan Sitti (2011), membuktikan bahwa penerapan model keluarga untuk keluarga yang merupakan integrasi dari konsep model dan teori keperawatan *Self Care* dan *Family Centered Nursing* dengan cara edukasi suportif pada keluarga yang dilakukan sebanyak tiga kali pertemuan selama tiga minggu sangat berpengaruh terhadap kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita tuberkulosis.

METODE PENELITIAN

Analisis data penelitian menggunakan data primer dan data sekunder yang diperoleh pada bulan Desember 2012 – Januari 2013. Analisis hasil penelitian menggunakan Wilcoxon. Populasi di ambil dari pasien Puskesmas Purwokerto Utara II yang menderita diabetes melitus beserta keluarganya, jumlah populasi yang didapatkan sebanyak 62. Penarikan sampel dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 33 keluarga dengan anggota keluarga berpenderita diabetes melitus yang bertempat tinggal di Kelurahan Sumampir, Kelurahan Pabuaran, Kelurahan Gerendeng, dan Kelurahan Karangwangkal. Keempat kelurahan tersebut merupakan empat kelurahan wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Utara II.

Kuesioner penelitian untuk Tingkat Kemandirian Keluarga Diabetes Melitus mengacu pada Indikator Dampak Keperawatan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Tingkat Kemandirian Keluarga yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006) dengan dilakukan modifikasi agar lebih spesifik untuk diterapkan kepada keluarga dengan berpenderita diabetes melitus. Kuesioner ini dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu. Hasil uji validitas didapatkan 13 pertanyaan valid dengan reliabilitas 0,713.

HASIL PENELITIAN

Jumlah responden pada penelitian ini berjumlah 33. Gambaran umum responden penelitian dapat dilihat dari beberapa karakteristik sebagai berikut:

Tabel 1.

Karakteristik umur responden diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Utara II

Variabel	n	Min	Mak	Rerata	SD
Usia (bulan)	14	29	75	56,242	12,111

Tabel 1 menjelaskan bahwa responden termuda berusia 29 tahun dan tertua berusia 75 tahun dengan rata-rata usia pada rentang pra lansia (45-59), 56,24 tahun.

Tabel 2.
Karakteristik jenis kelamin responden diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Utara II

Jenis Kelamin	Frekuensi	(%)
Laki-laki	27	81,8
Perempuan	5	15,2
Total	33	100

Tabel 2 diketahui karakteristik jenis kelamin responden pada kelompok intervensi sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu 27 responden (81,8%). Sedangkan untuk responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 5 responden (15,2%).

Tabel 3.
Karakteristik pendidikan responden diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Utara II

Pendidikan	Frekuensi	(%)
Tidak sekolah	1	3
Lulus SD	9	27,3
Lulus SMP	7	21,2
Lulus SMA	11	33,3
Lulus Akademi/PT	5	15,2
Total	33	100

Tabel 3 menjelaskan karakteristik pendidikan responden sebagian besar lulus SMA yaitu 11 responden (33,3%) dan responden yang paling sedikit yaitu tidak sekolah hanya 1 responden (3%).

Tabel 4.
Karakteristik pekerjaan responden diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Utara II

Pekerjaan	Frekuensi	(%)
Ibu rumah tangga	4	12,1
Buruh	8	24,2
Wiraswasta	8	24,2
PNS	4	12,1
Pensiunan	9	27,3
Total	33	100

Tabel 4 menjelaskan karakteristik pekerjaan responden yang didapatkan dalam penelitian antara lain ibu rumah tangga, buruh, wiraswasta, PNS, dan pensiunan. Terdapat dua jenis pekerjaan yang memiliki jumlah sama dan menjadi pekerjaan yang banyak dimiliki oleh responden yaitu buruh sebanyak 8 responden (24,2%) dan pensiunan sebanyak 9 responden (27,3%).

Tabel 5.
Karakteristik pendapatan perbulan responden diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Utara II

Pendapatan perbulan	Frekuensi	(%)
< Rp 1.000.000	13	39,4
Rp 1.000.000 – Rp 2.000.000	9	27,3
>Rp 2.000.000	11	33,3
Total	33	100

Tabel 5 menjelaskan pendapatan perbulan responden dengan anggota keluarga penderita diabetes melitus mayoritas memiliki pendapatan per bulan < Rp 1.000.000 sebanyak 13 responden (39,4%).

Tabel 6.
Karakteristik tahap perkembangan keluarga responden diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Utara II

Tahap perkembangan	Frekuensi	(%)
Anak prasekolah / anak tertua berusia 2,5 tahun – 6 tahun	2	6,1
Anak sekolah / anak tertua berusia 7 tahun – 12 tahun	4	12,1
Remaja / anak tertua berusia 13 tahun – 20 tahun	4	12,1
Dewasa (pelepasan)	13	39,4
Pertengahan	6	18,2
Usia lanjut	4	12,1
Total	33	100

Tabel 6 menjelaskan karakteristik tahap perkembangan keluarga yang didapatkan dalam penelitian antara lain anak prasekolah / anak tertua berusia 2,5 tahun – 6 tahun, anak sekolah / anak tertua berusia 7 tahun – 12 tahun, remaja / anak tertua berusia 13 tahun – 20 tahun, dewasa (pelepasan), pertengahan, usia lanju. Sebagian besar berada pada fase dewasa (pelepasan) sebanyak 13 responden (39,4%).

Tabel 7.
Gambaran tingkat kemandirian keluarga pada penderita diabetes melitus Puskesmas Purwokerto Utara II

Tingkat Kemandirian	Terapi keluarga			
	Sebelum		Sesudah	
	Frekuensi	(%)	Frekuensi	(%)
TK I	24	72,7	8	24,2
TK II	7	21,2	9	27,3
TK III	1	3	12	36,4
TK IV	1	3	4	12,1
Total	33	100	33	100

Tabel 7 menjelaskan tingkat kemandirian keluarga responden sebelum dilakukan terapi keluarga terbanyak berada di Tingkat Kemandirian I (TK I) dengan jumlah 24 responden (72,7%) dan setelah dilakukan terapi keluarga tingkat kemandirian keluarga responden paling banyak berada pada tingkat III dengan jumlah responden sebanyak 12 responden (36,4%).

Tabel 8.
Hasil analisis statistik Wilcoxon

Variabel	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp. Sig (2 tailed)
Terapi keluarga sebelum dan sesudah	12	276	-4,350	0.000

Pengujian hipotesis dalam penelitian ini dapat melalui perbandingan Z hitung dengan Z tabel. Nilai Z hitung dihasilkan -4,350 dengan Z tabel ($\alpha=0,05$) yaitu -1,96, sehingga Z hitung > Z tabel. Dengan demikian H_a diterima dan H_0 ditolak. Berarti dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh terapi keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pada penderita diabetes melitus Puskesmas Purwokerto Utara II.

PEMBAHASAN

Umur responden termuda pada penelitian ini 29 tahun sedangkan tertua 75 tahun. Rata-rata umur responden 56,24 tahun. Menurut penelitian Rimajunita (2010), tidak ada hubungan umur dengan tingkat kemandirian seseorang. Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari (2009), bahwa terdapat hubungan antara umur dengan kemandirian seseorang dalam hal ini khususnya lansia, dimana semakin meningkatnya umur maka semakin berkurangnya kemampuan lansia dalam beraktifitas sehari-hari. Menurut Komnaslansia (2010) dan Papalia (2008) dengan meningkatnya umur maka secara alamiah akan terjadi penurunan kemampuan fungsi untuk merawat diri sendiri maupun berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya, dan bergantung pada orang lain.

Jumlah responden laki-laki sebanyak 27 responden (81,8%) dan responden wanita sebanyak 5 responden (15,2%). Jumlah responden laki-laki dapat dilihat jumlahnya lebih banyak dibandingkan responden perempuan. Menurut penelitian Rimajunita (2010) berdasarkan hasil perhitungan statistik tidak terdapat hubungan jenis kelamin dengan tingkat kemandirian ($p>0,05$). Perbedaan tingkat kemandirian ini dipengaruhi oleh tradisi daerah tempat tinggal, dimana laki-laki hanya bertugas mencari uang sedangkan wanita untuk pekerjaan yang menyangkut mengurus rumah dan keluarga adalah tanggung jawab wanita (Rimajunita, 2010). Pada penelitian yang dilakukan di Islandia oleh Konradsdottir dan Erla tahun 2011 dikatakan bahwa adaptasi seorang laki-laki yang disini berperan sebagai ayah lebih baik dibandingkan seorang wanita, adaptasi disini adalah berupa adaptasi atas penerimaan pendidikan jangka pendek dan dukungan intervensi pada keluarga yang anggota keluarganya menderita diabetes melitus tipe 1.

Pendidikan responden sebagian besar yaitu lulus SMA 11 responden (33,3%) dan yang paling kecil yaitu tidak sekolah yang hanya 1 responden (3%). Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kasus diabetes dapat terjadi pada orang dengan pendidikan tinggi maupun dasar. Sesuai dengan pendapat Yusra (2011), tingkat pendidikan mempengaruhi

perilaku seseorang dalam mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya, serta memilih dan memutuskan tindakan atau terapi yang akan dijalani untuk mengatasi masalah kesehatannya.

Pekerjaan jumlah 9 responden (27,3%) sebagai pensiunan, pekerjaan buruh dan wiraswasta masing-masing 8 responden (24,2%), dan ibu rumah tangga dan PNS masing-masing 4 responden (12,1%). Karakteristik pekerjaan responden dilihat berdasarkan pekerjaan kepala keluarga yang terdapat di Kartu Keluarga. Pekerjaan dengan jumlah terbanyak pada penelitian ini sebagai pensiunan kemungkinan terdapat hubungan dengan usia responden pada penelitian ini yang memang berusia tua. Menurut Komnas Lansia tahun 2011 angkatan kerja merupakan kelompok penduduk lansia yang aktif melakukan kegiatan ekonomi, mencakup melakukan kegiatan usaha bekerja atau berusaha dan mereka yang aktif mencari pekerjaan atau usaha. Sedangkan penduduk bukan angkatan kerja mencakup mereka yang sedang bersekolah, mengurus rumah tangga, dan mereka yang melakukan kegiatan lainnya seperti pensiun, penerima kiriman, atau jompo.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa jumlah responden yang berpenghasilan <Rp 1.000.000 sebanyak 13 responden (39,4%) tidak jauh berbeda dengan yang berpenghasilan >Rp 2.000.000 sebanyak 11 responden (33,3%), dan sisanya dengan responden sejumlah 9 berpenghasilan dari rentang Rp 1.000.000 – Rp 2.000.000. Menurut Gautam et al (2009), terdapat hubungan antara kualitas hidup pasien diabetes melitus dengan keadaan sosial ekonomi pada keluarga tersebut.

Tahap perkembangan yang ditemukan pada penelitian ini yang memiliki angka terbesar berada pada tingkat perkembangan keluarga dewasa (pelepasan) sebanyak 13 responden (39,4%) sedangkan tahap perkembangan dengan nilai terkecil adalah tahap perkembangan tahap anak prasekolah atau anak tertua berusia 2,5 tahun – 6 tahun sebanyak 2 responden (6,1%). Menurut Christensen & Jannet (2009) apabila sebuah keluarga belum dapat menyelesaikan tahap perkembangan yang seharusnya sudah dapat dilakukan kemungkinan terdapat kesalahan dalam sistem keluarga tersebut. Sehingga dapat menyebabkan ketidakbahagiaan, merasa tidak diakui oleh masyarakat, dan kesulitan dalam mencapai keselarasan dan aktualisasi diri.

Hasil penelitian yang dilakukan di Kelurahan Sumampir, Kelurahan Pabuaran, Kelurahan Gerendeng, dan Kelurahan Karangwangkal yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Utara II pada bulan Januari – Februari 2013, untuk melihat pengaruh terapi keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pada penderita diabetes melitus. Data yang diperoleh menggunakan analisis *Wilcoxon* dengan menggunakan program komputer diperoleh hasil nilai $p=0.000$ ($p > \alpha=0,05$) yang berarti terdapat pengaruh terapi keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pada penderita diabetes melitus.

Beberapa hal penting yang dapat dilakukan untuk mendukung anggota keluarga yang menderita diabetes tipe II yaitu dengan meningkatkan kesadaran dirinya untuk mengenali penyakit diabetes melitus tipe II, bahwa penyakit tersebut tidak dapat disembuhkan, sehingga pasien memiliki kesadaran yang tinggi untuk mengelola penyakitnya. Selain itu tinggal bersama dengan anggota keluarga yang sakit dan memberikan bantuan, menyediakan waktu, mendorong untuk terus belajar dan mencari tambahan pengetahuan tentang diabetes melitus merupakan bentuk-bentuk kegiatan yang bisa dilakukan keluarga dalam rangka memberi dukungan pada anggota keluarga yang sakit (Mills, 2008).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat pengaruh terapi keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pada penderita diabetes melitus. Hasil uji *Wilcoxon*, nilai $p < \alpha$, dengan nilai $p=0.000$ ($\alpha=0,05$).

SARAN

Terapi keluarga hendaknya dijadikan program tetap yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan dalam upaya meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes melitus dan keluarga. Penelitian ini dapat dijadikan sumber referensi bahan kajian untuk menjadi bahan ajar keperawatan komunitas dan keluarga, khususnya stimulasi peningkatan tingkat kemandirian keluarga pada penderita diabetes melitus dengan menggunakan terapi keluarga. Masyarakat dengan anggota keluarga berpenderita diabetes melitus dapat melakukan dan memanfaatkan anjuran yang disampaikan ketika terapi keluarga untuk keluarga dengan penderita diabetes melitus secara rutin dan benar, dengan melakukan peningkatan kesehatan dengan menjaga berat badan, olahraga secara rutin, serta mengikuti penyuluhan tentang penyakit diabetes melitus.

RUJUKAN

1. Chritensen. P.J., Janet, K.W. (2009). *Proses keperawatan aplikasi model konseptual*. Jakarta: EGC.
2. Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2006). *Profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2006 rakyat sehat negara kuat*. Jawa Tengah: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
3. Gautam, Y., Sharma, A.K., Bhatnagar, M.K., & Trehan, R.R. (2009). A cross sectional study of QOL of diabetic patient at tertiary care hospital in Delhi. India: *Indian Journal Community Medicine*, 34 (4), 346-350.
4. Goz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S., & Cetin, I. (2007). Effect of the diabetic patient's perceived social support in their quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1353-1360.
5. Hendra. (2007). *Faktor-faktor penyebab peningkatan kadar glukosa dalam darah pada penderita diabetes melitus Tipe 2*. www.scribd.com.
6. Komisi Nasional Lanjut Lansia. (2010). *Profil penduduk lanjut usia 2009*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.
7. Konradsdottir, Elisabet & Erla, K.S. (2011). How effective is a short-term education and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes?. Iceland: *Journal for specialist in pediatric nursing* 16 (2011) 295-304.
8. Mills, L. (2008). Diabetes: Self-esteem and family. Diakses dari www.americanchronicle.com pada tanggal 12 Maret 2012.
9. Papalia, D.E., Old, W.S., Feldman R.D. (2009). *Human development (psikologi perkembangan)* edisi kesembilan. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
10. PERKENI. (2011). *Konsensus pengendalian dan pencegahan diabetes mellitus tipe 2 di indonesia 2011*. Jakarta: Perkumpulan Endokrinologi Indonesia.

11. Rimanjunita. (2011). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemandirian lansia di wilayah kerja Puskesmas Lampasari Kecamatan Payakumbuh Utara tahun 2010. Padang: *Fakultas Kedokteran Universitas Andalas*.
 12. Sari, I.M. (2009). Hubungan antara karakteristik personal dengan kemandirian dalam *activity of daily living* (ADL) pada lansia di Panti Wredha Dharma Bhakti Pajang Surakarta tahun 2009. Surakarta: *Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah*.
 13. Sjattar, E.L., Elly, N., Burhanuddin, B., & Sitti, W. (2011). *Pengaruh penerapan model keluarga untuk keluarga terhadap kemandirian keluarga merawat penderita TB paru peserta DOTS di Makasar (integrasi konsep keperawatan self care dan family-centered nursing*. Makassar. www.googlecendikia.com.
 14. Smeltzer, S.C., Brenda G. Bare. (2007). *Buku ajar keperawatan medikal-bedah vol 2*. Jakarta: EGC.
 15. Susanto, T. (2010). Pengaruh terapi keperawatan keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga dengan permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja di kelurahan ratujaya kecamatan pancoran mas kota depok. malang : *Jurnal Keperawatan ejournal.umm.ac.id*
 16. World Health Organization. (2007). *Prevalence of diabetes worldwide (on-line)*. www.who.com.
 17. Yusra, A. (2011). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. Depok: Universitas Indonesia.
-

HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN HOME CARE DENGAN PENURUNAN PENYAKIT INFEKSI PADA BALITA MALNUTRISI DI KOTA YOGYAKARTA
(The Relationship between Home Care Compliance with Decreased of Infectious Diseases of Children UnderFive with Malnutrition In Yogyakarta)

Titih Huriah¹, Gita Kartika²

¹ Departemen Keperawatan Komunitas PSIK FKIK, titih_psikum@yahoo.com

² Mahasiswa PSIK FKIK UMY

ABSTRACT

Malnutrition is a major public health problem worldwide and is the cause of one to two million preventable child deaths each year. Malnutrition is one of a big health problem in Indonesia, including Yogyakarta Special Region. A problem of malnutrition was influenced directly by two factors, food consumption and infectious diseases. Recent advances in the treatment of malnutrition have enabled severely waste children to recover at home, but home care program is determined by several factors, one of which is compliance nurse. The purpose of this study was to determine the relationship between nurses compliance in doing home care with decreased episodes of infectious diseases in children under five with malnutrition in the city of Yogyakarta. The research method was descriptive correlation with cross-sectional design. Samples were children under five with malnutrition in the city of Yogyakarta and the use of sampling techniques was consecutive sampling for children under five and purposive sampling for nurses. The number of samples are 35 children and 18 nurses. Analysis used the Spearman Rank test. The results showed a decline in infectious disease episodes before and after treatment indicated by the mean value 0.71 before treatment and become 0.00 after home care treatments for diarrhea. Majority of the nurses said to be obedient in terms of quantity rather than quality. The result of relation between nurses compliance in home care and the decrease in infectious disease was showed by P value = 0.939, more than 0.05 level. Conclusion is there is no relation between compliance nurse in doing home care with the decreases of infectious disease episodes in children under five with malnutrition in Yogyakarta. Suggestion from this research is public health centers and other health institutions have to evaluate and apply existing programs in health centers so as to improve the competence of nurses.

Keywords: *compliance, home care, infectious disease episodes.*

PENDAHULUAN

Balita adalah anak yang berusia dibawah 5 tahun (0 sampai 60 bulan).. Pada usia balita merupakan periode penting pada tumbuh kembang sehingga memerlukan asupan gizi yang sesuai dengan kebutuhannya⁴. Salah satu permasalahan yang saat ini sering dialami balita terutama di negara miskin dan berkembang adalah malnutrisi pada balita.

Malnutrisi adalah kondisi defisiensi energy dan protein yang secara progresif menyebabkan kerusakan mukosa sehingga menurunkan resisten terhadap kolonisasi dan invasi kuman patogen yang pada akhirnya akan menurunkan sistem imunisasi sehingga akan mempengaruhi insiden penyakit infeksi seperti diare, ISPA, ISK, dan demam yang berkontribusi menjadi penyebab kekurangan gizi atau malnutrisi pada balita atau menjadi

faktor yang memperberat keadaan balita malnutrisi⁵.

Malnutrisi masih menjadi suatu permasalahan di Indonesia termasuk di Daerah Istimewa Yogyakarta. Pada tahun 2010 angka kejadian balita gizi buruk berturut-turut di kabupaten di DIY adalah: Kulonprogo 0,88%, Bantul 0,58%, Gunung Kidul 0,70%, Sleman 0,66% dan kota Yogyakarta 1,01% dari 17.676 balita yang ditimbang¹. Malnutrisi pada balita menjadi suatu hal yang sangat serius karena dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya sehingga rentan mengalami masalah kesehatan, seperti infeksi dan penyakit kronis².

WHO sejak tahun 2007 telah mensosialisasikan program *community-based management of severe acute malnutrition* dan Puskesmas merupakan salah satu institusi kesehatan yang menerapkan dan melaksanakan program *home care* untuk balita malnutrisi. Program *home care* di puskesmas dapat dilakukan oleh perawat puskesmas, hal ini dengan pertimbangan tenaga keperawatan merupakan tenaga kesehatan terbesar di Indonesia.

Home care adalah suatu sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisinya⁶. Berbagai keuntungan dari pelayanan *home care* bagi klien yaitu pelayanan akan lebih sempurna, holistic dan komprehensif. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat yaitu faktor internal (pengetahuan, sikap, kemampuan, motivasi) dan faktor eksternal (karakteristik organisasi, karakteristik kelompok, karakteristik pekerjaan, karakteristik lingkungan). Faktor-faktor yang mempengaruhi penyakit infeksi yaitu kebersihan lingkungan dan sanitasi, pola asuh, pemberian ASI, usia anak.

Keberhasilan program *home care* ditentukan oleh beberapa faktor salah satunya adalah kepatuhan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah. Kepatuhan perawat dalam menerapkan standar keperawatan masih rendah yang dipengaruhi oleh faktor pelatihan standar asuhan dan pengetahuan perawat³, berdasarkan penjelasan di atas penulis ingin mengetahui hubungan antara tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan penyakit infeksi pada balita malnutrisi di kota Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan adalah *deskriptif correlational* dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah balita malnutrisi dengan atau tanpa komplikasi yang berjumlah 72 balita dan 77 perawat yang ada di 18 puskesmas wilayah Kota Yogyakarta. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling* untuk balita dan *purposive sampling* untuk perawat. Hasil validasi didapatkan jumlah balita malnutrisi adalah 35 orang dan untuk perawat 18 orang dari perwakilan setiap puskesmas.

Variabel bebas penelitian ini adalah tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dan variabel terikat adalah penurunan episode penyakit infeksi. Intervensi dan pengukuran untuk kepatuhan perawat dilihat dari frekuensi kunjungan ke rumah balita malnutrisi dengan skala pengukuran yang digunakan adalah skala rasio. Penurunan episode penyakit infeksi dilihat dari frekuensi menderita penyakit infeksi selama 14 hari terakhir

yang di ukur pada awal perlakuan dan setelah perlakuan *home care*. Penurunan penyakit infeksi diukur dengan menggunakan alat ukur berupa daftar pertanyaan atau kuesioner yang diberikan kepada orang tua (ibu) balita malnutrisi berupa tanda dan gejala dari penyakit infeksi seperti diare, ISPA, ISK, yang diderita balita malnutrisi. Batasan ISPA adalah gejala demam, batuk, beringus dan sesak napas. Batasan diare adalah berak cair ≥ 3 kali dalam sehari. Skala pengukuran yang digunakan untuk episode penyakit infeksi adalah skala rasio dan penilaiannya dengan melihat perbedaan nilai sebelum dan sesudah perlakuan *home care*.

Setelah sampel ditetapkan selanjutnya dilakukan pengumpulan data. Cara pengambilan data berupa data sekunder yang didapatkan dari format pengkajian penyakit infeksi dan daftar kehadiran atau kunjungan perawat dalam setiap intervensi selama tiga bulan dan setelah itu peneliti menyimpulkan hasil penelitian yang diperoleh dari analisis data. Cara pengumpulan data dengan metode wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur untuk mengetahui kejadian penyakit infeksi yang terjadi pada balita malnutrisi.

Analisis univariat untuk memberikan gambaran karakteristik masing-masing variabel penelitian dengan menggunakan distribusi frekuensi dan prosentase pada masing-masing kelompok. Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan episode penyakit infeksi pada balita malnutrisi menggunakan uji statistik yaitu dengan uji hipotesis korelatif dengan uji *Spearman Rank (Rho)*. Peneliti juga mendapatkan persetujuan kelayakan etika penelitian dari komite etik Fakultas Kedokteran UGM untuk melakukan penelitian.

HASIL PENELITIAN

1. Frekuensi Karakteristik Responden

Tabel 1.

Distribusi frekuensi karakteristik responden jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, ASI, status imunisasi, pengasuh.

No	Karakteristik	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	22	62.9
	Perempuan	13	37.1
2	Tingkat Pendidikan Ibu		
	SD	3	8.6
	SMP	8	22.9
	SMA	17	48.6
	D3/S1	7	20

No	Karakteristik	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
3	Tingkat Pendidikan Bapak		
	SD		
	SMP	3	8.6
	SMA	6	17.1
	D3/S1	22	62.9
		4	11.4
4	Status Imunisasi		
	Lengkap	34	100
5	Pemberian ASI		
	Tidak eksklusif	21	60
	Eklusif	14	40
6	Penghasilan Orang Tua		
	Kurang dari UMR	17	48.6
	Sama atau lebih dari UMR	18	51.4
7	Pengasuh Anak		
	Pembantu	1	2.9
	Nenek	7	20
	Ibu	27	77.1
8	Pekerjaan orang tua		
	Buruh	6	17.1
	Swasta	16	45.7
	Wiraswasta	12	34.3
	PNS	1	2.9

Sumber : data primer

Tabel 1 memperlihatkan bahwa pada karakteristik jenis kelamin responden mayoritas laki- laki 22 orang. Berdasarkan tingkat pendidikan orang tua, mayoritas responden berpendidikan SMA 17 orang begitupun dengan tingkat pendidikan bapak mayoritas SMA 22 orang, untuk pekerjaan orang tua responden mayoritas adalah swasta 16 orang, status imunisasi 34 orang, pemberian ASI mayoritas balita mendapatkan ASI tidak eksklusif 21 orang, penghasilan orang tua mayoritas diatas UMR 18 orang, dan untuk pengasuh anak mayoritas 27 orang diasuh oleh ibu.

Tabel 2.

Distribusi deskriptif karakteristik responden berdasarkan usia, jumlah saudara, usia ibu.

No	Karakteristik	Min	Mak	Mean	SD
1	Usia	4	59	32.00	13.207
2	Jumlah saudara	0	6	2.21	1.388
3	Usia ibu	19	44	32.43	6.518

Sumber : data primer

Dari tabel 2 karakteristik usia didapatkan nilai rata-rata (*mean*) usia adalah 32 bulan, karakteristik berdasarkan jumlah saudara responden nilai *mean* adalah 2 orang, karakteristik berdasarkan usia ibu responden nilai *mean* adalah 32.43 tahun.

1. Analisis univariat

a. Deskriptif kepatuhan

Tabel 3.

Distribusi deskriptif kepatuhan perawat dalam melakukan *homecare* pada balita malnutrisi

No		Min	Mak	Mean	Sd
1	Kepatuhan perawat	2	7	6.18	1.623

Sumber : data primer

Berdasarkan tabel 3 frekuensi kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* memiliki nilai *mean* 6.18 kali kunjungan.

b. Deskriptif episode penyakit infeksi

Tabel 4.

Distribusi deskriptif penurunan penyakit infeksi pada balita malnutrisi

No	Episode penyakit infeksi	Min	Max	Mean	SD
1	Sebelum				
	ISK	0	4	.12	.686
	ISPA	0	7	1.59	2.324
	Diare	0	6	.71	1.528
	Demam	0	2	.06	.343

No	Episode penyakit infeksi	Min	Max	Mean	SD
2	Sesudah				
	ISK	0	0	.00	.000
	ISPA	0	3	.09	.514
	Diare	0	0	.00	.000
	Demam	0	2	.12	.478

Sumber : data primer

Berdasarkan tabel 4 episode penyakit infeksi sebelum perlakuan, penyakit infeksi yang mengalami penurunan yang signifikan adalah diare dan ISK dengan nilai *mean* untuk diare 0.71 sebelum perlakuan dan setelah perlakuan nilai menjadi *mean* 0.00 sedangkan ISK nilai *mean* 0.12 sebelum perlakuan dan setelah perlakuan nilai menjadi *mean* 0.00.

2. Analisis bivariat : Uji hipotesis hubungan antara kepatuhan perawat dalam melakukan *Home care* dengan penurunan episode penyakit infeksi pada balita malnutrisi

Tabel 5.

Hubungan antara tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan episode penyakit infeksi pada balita malnutrisi.

	<i>Sig.(2-Tailed)</i>	<i>r</i>
Kepatuhan perawat dengan episode penurunan penyakit infeksi	0.939	0.014

Sumber : data primer

Berdasarkan data tabel 5 dengan menggunakan *SPSS.15* uji *sperman's rho* diperoleh nilai koefisien sebesar 0.014 bernilai lemah yang artinya tingkat kepatuhan perawat tidak memiliki keeratan yang kuat dengan penurunan penyakit infeksi pada balita dan nilai $P = 0.939 > 0.05$ maka H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan penyakit infeksi pada balita malnutrisi di kota Yogyakarta.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden berdasarkan usia anak di kategorikan dari umur 4-59 bulan dengan rata-rata 32.00 dan *Standart deviasiasi* 13.207. Didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Sintamurniwati (2006) bahwa semakin muda umur anak (0-24 bulan) makin besar resiko terjadinya penyakit dimana sistem pertahanan tubuh anak yang belum matur menyebabkan kekurangan antibody sehingga memudahkan terjadinya penyakit infeksi⁷.

Karakteristik usia orang tua khususnya usia ibu di kategorikan dari usia 19-44 tahun dengan nilai rata-rata 32.43 dengan *SD* 6.518. pada saat penelitian rata-rata usia orang tua khususnya ibu balita masih sangat muda yaitu dibawah 20 tahun. Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu dalam mengasuh anak. Hal ini di dukung oleh pernyataan oleh WHO dan BKKBN dimana rentang umur 20-40 merupakan usia pada fase dewasa sehingga semakin cukup umur seseorang maka, tingkat kemampuan dan kekuatan dalam berfikir dan bekerja akan menjadi lebih matang⁸.

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, di dapatkan bahwa mayoritas responden adalah laki-laki 22 orang namun jenis kelamin tidak menjadi tolak ukur balita mengalami malnutrisi karena sebelum validasi jumlah laki-laki dan perempuan hampir sebanding hal ini di dukung juga oleh penelitian yang dilakukan Adisasmiti (2007) dalam Rizky (2007) bahwa jenis kelamin bukan faktor mempengaruhi terjadinya diare pada balita di Indonesia namun faktor yang mempengaruhi diantaranya lingkungan, pemberian ASI eksklusif, status gizi, prilaku dan pengetahuan ibu⁹.

Karakteristik tingkat pendidikan orang tua responden, mayoritas jenjang pendidikan responden adalah SMA yang berjumlah 22 orang. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan. Hal ini mendukung pernyataan oleh Nursalam (2003) dan Notoatmodjo (2007) bahwa tingkat pendidikan adalah tingkatan suatu proses yang berkaitan dalam pengembangan aspek kepribadian manusia yang mencakup pengetahuan, nilai, sikap, keterampilan, dan bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar orang lain dapat memahami¹⁰.

Karakteristik pekerjaan orangtua responden mayoritas adalah swasta 16 orang. Andini (2002) dalam Risky (2007) menyatakan bahwa status pekerjaan orang tua berpengaruh terhadap status kesehatan anak dimana status pekerjaan orang tua berkaitan dengan pendapatan sehingga mempengaruhi pemenuhan kebutuhan keluarga khususnya kebutuhan anak baik materi maupun psikologis.

Karakteristik berdasarkan status imunisasi responden mayoritas responden dengan kategori status imunisasi lengkap. Dari hasil yang didapatkan mayoritas responden memiliki status imunisasi yang lengkap dengan prosentase 100.0 %. Depkes RI (2005) dalam Hasanah (2007) menyatakan bahwa imunisasi merupakan suatu usaha memberikan kekebalan pada tubuh bayi dan anak terhadap penyakit tertentu dan meningkatkan kesehatan khususnya bayi baru lahir agar memperoleh kekebalan

sedini mungkin terhadap penyakit berbahaya¹¹.

Karakteristik pemberian ASI responden berdasarkan hasil yang didapatkan mayoritas responden tidak mendapatkan ASI eksklusif dengan prosentase 60.0 % dan yang mendapatkan ASI secara eksklusif memiliki prosentase 40.0%. pada saat penelitian rata-rata ibu sudah memberikan makanan selain ASI pada usia kurang dari 6 bulan sehingga hal tersebut dapat mempengaruhi status kesehatan balita dan hal ini mendukung oleh pernyataan oleh Hasanah (2007) ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi usia 0-6 bulan pemberian makanan atau minuman tambahan kepada bayi sebelum usia 0-6 bulan dapat mempengaruhi status gizinya.

Karakteristik pengasuh anak sehari-hari berdasarkan hasil yang didapatkan mayoritas responden di asuh oleh ibu dengan prosentase 77,1 % sedangkan sisanya di asuh oleh pembantu 2.9 % dan nenek 20 %. Dalam hal pemenuhan status gizi bayi dan anak peran orang tua khususnya ibu sangat penting karena orang terdekat dengan bayi dan anak adalah ibu.

1. Kepatuhan

Mayoritas perawat termasuk dalam kategori patuh dalam melakukan *home care* dengan nilai *mean* 6.18 kali dengan *SD* 1.623 kali, dengan nilai Min 2 kali kunjungan dan nilai Mak 7 kali kunjungan. Menurut pernyataan perawat, faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* ketersediaan waktu dan adanya rolling pekerjaan sehingga menghambat perawat untuk melakukan penelitian. Hal ini mendukung pernyataan Sarwono (1997) dalam Asti (2012), bahwa secara umum faktor yang mempengaruhi kepatuhan seseorang yakni; pengetahuan dan keahlian mengenai isu-isu yang ada, motivasi yang menyangkut tentang perilaku, sikap, dan keyakinan¹². Oleh sebab itu kepuasan dan kepercayaan pasien terhadap perawat dapat di tingkatkan dengan meningkatkan pelayanan keperawatan yang profesional dan kepatuhan perawat terhadap suatu tugas.

2. Episode Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi terbanyak yang dialami oleh balita sebelum perlakuan *home care* adalah ISPA nilai rata-rata 1.59 dan diare dengan nilai rata-rata 0.71 diikuti dengan ISK nilai rata-rata 0.12. Setelah perlakuan *home care* penurunan angka penyakit diare dan ISK lebih besar dibandingkan ISPA dari data deskriptif penyakit infeksi menunjukkan bahwa dalam 3 bulan perlakuan *home care* yang dilakukan perawat penyakit ISPA memiliki nilai rata-rata 0.09 sedangkan diare dan ISK hampir sepenuhnya tidak terjadi lagi. Penelitian ini mendukung penelitian Rasmaliah (2004), bahwa setiap anak diperkirakan mengalami 3-6 episode ISPA setiap tahunnya. 40%-60% dari kunjungan di puskesmas adalah oleh penyakit ISPA¹³. Hal ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Ayu (2008) dari hasil data jumlah kunjungan kasus ISPA dan diare pada balita di PKM Mangarabombang menunjukkan kasus ISPA lebih tinggi dibandingkan kasus diare pada bulan November 2007 sampai dengan bulan Maret.

3. Hubungan Tingkat Kepatuhan Perawat Dengan Penurunan Episode Penyakit Infeksi.

Uji hipotesis dengan menggunakan uji *spermank's rank* diperoleh nilai $P < 0,05$ maka H_0 di terima dan H_a ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan penyakit infeksi pada balita malnutrisi di kota Yogyakarta dan diperoleh nilai $(r) 0.014$ yang berarti memiliki keeratan hubungan yang lemah antara tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan penyakit infeksi pada balita malnutrisi di Kota Yogyakarta.

Hal ini terjadi dikarenakan untuk kepatuhan perawat, peneliti tidak melihat kualitas dari perawat melainkan kuantitas perawat dalam melakukan *home care* dimana untuk tingkat kepatuhan perawat menilai dari jumlah frekuensi kunjungan perawat dan dari hasil dokumentasi perawat dalam melakukan tindakan *home care*. Pada akhir penelitian ini perawat hanya mengisi kuesioner di awal tindakan tetapi di akhir tindakan tidak banyak perawat melakukan pengisian dokumentasi atau kuesioner dari penelitian sehingga untuk menilai kualitas perawat peneliti tidak melakukannya hal ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Tyas (2010) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam pendokumentasian asuhan perawat yang dominan yaitu unsur tenaga dan motivasi dibandingkan dengan unsur sarana, pelatihan, *supervise*, *punishment*, *reward* dan waktu

Pernyataan diatas tidak mendukung penelitian yang dilakukan oleh Elly (2008) yang mengatakan bahwa kepatuhan perawat pada tahap pelaksanaan tindakan keperawatan sangat baik, pelaksanaan tindakan keperawatan dalam arti perawat mau dan mampu memberikan perawatan yang spesifik untuk menghilangkan, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan pasien dan mampu melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru yang terjadi pada pasien salah satunya dengan cara pelaksanaan program *home care*. Sedangkan untuk penyakit infeksi banyak faktor yang mempengaruhi yaitu Usia ibu balita yang relatif masih sangat muda untuk memenuhi kebutuhan balita dan satu pemberian ASI¹⁴.

Penelitian yang dilakukan oleh Ayu (2008) bahwa faktor yang menjadi kontribusi dalam penurunan angka kejadian penyakit pada balita KEP adalah adanya peningkatan praktik pengasuhan anak, khususnya praktik pemeliharaan kesehatan atau kebersihan anak sehingga dapat mencegah terjadinya penyakit infeksi seperti diare dan ISPA pada balita juga adanya perbaikan pemberian makan pada anak. Praktik pemberian makan secara langsung akan mempengaruhi kuantitas dan kualitas makanan, meningkatkan asupan energi dan protein sehingga penyediaan zat-zat gizi untuk pembentukan zat kekebalan pada anak meningkat.

Oleh sebab itu kepatuhan perawat bukanlah faktor yang berkontribusi secara langsung penurunan penyakit infeksi melainkan proses atau pendidikan yang diberikan secara langsung kepada orang tua balita terkait pemberian pengetahuan tentang pemberian makanan atau pengetahuan tentang penyakit infeksi yang terjadi pada balita malnutrisi.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan selama 3 bulan, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan perawat dalam melakukan *home care* dengan penurunan episode penyakit infeksi pada balita malnutrisi di Kota Yogyakarta. Bagi institusi kesehatan untuk lebih mengevaluasi dan mengaplikasikan program yang ada di puskesmas sehingga dapat meningkatkan kompetensi perawat.

RUJUKAN

1. Dinkes Provinsi DIY. 2010, Profil Kesehatan DIY Tahun 2010, Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
2. WHO. (2012). *Malnutrition: Maternal, newborn, child and adolescent health*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/malnutrition/en Diunduh pada tanggal 21 Oktober 2012.
3. Darawad, Muhammad. Hussami, Mahhmoud. 2012, *Investigating Jordanian Nurses Handwashing Beliefs, Attitude, And Compliance*, American journal of infection control, No xxx (2012) 1-5
4. Muaris, Hindah. (2006). *Sarapan sehat untuk anak balita*, Gramedia pustaka utama, Jakarta.
5. Ayu, S. (2008). Pengaruh Program Pendampingan Gizi Terhadap Pola Asuh, Keadian Infeksi dan Status Gizi Balita Kurang Energi Protein, Thesis, Master Gizi Masyarakat. UNDIP, Semarang.
6. Neis, M.A. & Mc. Ewen, M. (2011), *Community Health Nursing*, W.B. Saunders Company, Philedelphia.
7. Sinthamurniwy. (2006). Faktor-Faktor Resiko Kejadian Diare Akut Pada Balita (Study Kasus Di Kabupaten Semarang). Thesis, Megister Epidemiologi. UNDIP, Semarang.
8. Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
9. Rizki. (2007). *Prevalensi Infestasi Nematode Usus pada Balita dengan Gizi Buruk dan Hubungannya dengan Factor-Faktor Resiko di Kecamatan Kasihan, Kabupaten Bantul, Yogyakarta*. Skripsi strata satu. FKIKUMY, Yogyakarta.
10. Notoatmodjo. (2007). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
11. Hasanah, Nur. (2007). Gambaran Penyakit ISPA Balita Di Puskesmas Kasihan Bantul Yogyakarta. Skripsi Starata Satu. FKIKUMY. Yogyakarta.
12. Asti. Helen tri juni. (2012). *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pada Petugas Cleaning Service di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Skripsi strata satu. PSIK-FKIKUMY, Yogyakarta.
13. Rasmaliah. (2004). Infeksi saluran penapasan akut (ISPA) dan penanggulangannya. Fakultas kesehatan masyarakat universitas sumatera utara. <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-rasmaliah9.pdf>, diakses tanggal 7 september 2013.
14. Elly. Aprianti. (2011). *Gambaran Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Asuhan Keperawatan di Zaal Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Lahat*. Skripsi strata satu. Akademi Keperawatan Pemda Lahat, Sumatra Selatan.

**EFEKTIFITAS PROMOSI KESEHATAN TENTANG PENYAKIT DEMAM
BERDARAH DAN CARA PENCEGAHANNYA MELALUI METODE
PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERILAKU KELUARGA DALAM
PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN)**

Arneliwati¹, Febriana Sabrian²

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas dari promosi kesehatan tentang penyakit demam berdarah dan cara pencegahannya melalui metode pendidikan kesehatan terhadap perilaku keluarga dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) di Kelurahan Sidomulyo Barat Kecamatan Tampan Pekanbaru. Penelitian ini menggunakan desain *quasi-experiment* dengan model *one group (pretest-posttest) design* dimana seluruh responden diberikan pendidikan kesehatan tentang demam berdarah dan cara pencegahannya. Jumlah sampel 30 orang, dengan teknik pengambilan secara *simple random sampling* dari seluruh populasi yang ada. Alat ukur yang digunakan adalah lembar kuesioner yang terdiri dari tiga variabel untuk mengukur perilaku, yakni variabel pengetahuan, sikap dan tindakan. Analisis yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat dengan uji *T Dependent*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terlihat peningkatan nilai rata-rata yang signifikan antara sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan untuk masing-masing variabel pengetahuan, sikap dan tindakan, dengan *p value* untuk ketiga variabel adalah 0,000 pada alpha 5%. Hal ini membuktikan bahwa pendidikan kesehatan tentang demam berdarah dan cara pencegahannya dinilai efektif terhadap perilaku keluarga dalam memberantas sarang nyamuk. Diharapkan bagi Puskesmas untuk secara rutin melakukan kegiatan promotif tentang pencegahan demam berdarah.

Kata kunci: pendidikan kesehatan, demam berdarah, perilaku keluarga

PENDAHULUAN

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular dan merupakan masalah umum kesehatan masyarakat di Indonesia, sejak tahun 1968 jumlah kasusnya cenderung meningkat dan penyebarannya bertambah luas. Keadaan ini erat kaitannya dengan peningkatan mobilitas penduduk sejalan dengan semakin lancarnya hubungan transportasi serta tersebar luasnya virus *Dengue* dan nyamuk penularnya di berbagai wilayah di Indonesia (Depkes RI, 2005).

Penyakit ini termasuk salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan wabah, maka sesuai dengan Undang-Undang No. 4 Tahun 1984 tentang wabah penyakit menular serta Peraturan Menteri Kesehatan No. 560 tahun 1989, setiap penderita termasuk tersangka DBD harus segera dilaporkan selambat-lambatnya dalam jangka waktu 24 jam oleh unit pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, poliklinik, balai pengobatan, dokter praktik swasta, dan lain-lain) (Depkes RI, 2005).

^{1,2}. Dosen pada Departemen Keperawatan Komunitas Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Riau.

Jumlah kasus DBD Provinsi Riau tahun 2009 sebanyak 1.603 kasus dengan angka kesakitan/*Incidence Rate* (IR= 30,21 PER 100.000 penduduk) dan kematian sebanyak 27 orang (CFR= 1,7%). Angka CFR =1,7% di Provinsi Riau sudah melebihi Indikator Nasional yaitu CFR akibat DBD kurang dari 1%. Angka kematian tertinggi akibat DBD adalah dari kabupaten Pelalawan sebesar 4,9% (61 kasus, 3 orang meninggal), Kabupaten Kuansing sebesar 4,3% (46 kasus, 2 orang meninggal), Kabupaten Indragiri Hilir sebesar 4,2% (72 kasus, 3 orang meninggal), Kabupaten Kampar sebesar 2,5% (81 kasus, 2 orang meninggal), Kabupaten Rokan Hilir sebesar 2,4% (82 kasus, 2 orang meninggal), Kabupaten Indragiri Hulu sebesar 1,8% (56 kasus, 1 orang meninggal), Kabupaten Bengkalis sebesar 1,4% (276 kasus, 4 orang meninggal), Kabupaten Siak sebesar 1,2% (169 kasus, 2 orang meninggal), Kota Dumai sebesar 0,8% (246 kasus, 2 orang meninggal), Angka tertinggi kasus DBD di Provinsi Riau adalah kota Pekanbaru sebesar 1,3% (397 kasus, 4 orang meninggal), target cakupan 161 persen cakupan adalah 30,77% (Dinkes Riau,2009).

Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru tahun 2009 mencatat kasus demam berdarah dengue sebanyak 397 kasus, kondisi lingkungan di Kelurahan Sidomulyo Barat kurang bersih, banyak got/parit warga terdapat sampah, ini akibat warga membuang sampah di sembarang tempat, diduga pengetahuan masyarakat tentang demam berdarah masih kurang antara lain tentang 3M yaitu menutup, menguras, dan mengubur. Dibuktikan dengan banyak rumah warga di samping rumahnya terdapat barang-barang bekas yang menumpuk seperti kaleng yang bisa menampung air sehingga air tergenang dan bisa menjadi tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes Aegypti* yang mengakibatkan penyakit demam berdarah dengue.

Upaya pencegahan dan penanggulangan telah dilakukan. Upaya-upaya tersebut antara lain berupa kegiatan pemutusan rantai penularan DBD dengan melakukan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) melalui gerakan 3M (menguras, menutup, mengubur), Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB), abatisasi selektif, *foging* atau pengasapan pada semua lokasi kasus terjangkau. Pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan yang dilakukan dengan tujuan untuk merubah perilaku masyarakat. Pendidikan kesehatan itu adalah suatu upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, kelompok dan masyarakat mencakup peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku (Depkes, 2007).

Keberhasilan pendidikan kesehatan dapat dilihat dari adanya peningkatan pengetahuan dan sikap yang mendukung terjadinya perubahan perilaku tersebut. Pendidikan kesehatan tentang DBD berkaitan erat dengan peran serta masyarakat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan DBD yang dapat dilakukan seperti kegiatan PSN-DBD. Masyarakat seharusnya memahami bahwa PSN-DBD adalah cara yang paling utama, efektif dan sederhana, karena vaksin untuk mencegah dan obat untuk membasmi virusnya belum tersedia. Kegiatan PSN-DBD ini harus didukung oleh peran serta masyarakat secara terus menerus dan berkesinambungan mengingat nyamuk ini telah tersebar luas di seluruh tempat baik di rumah-rumah, sekolah dan tempat-tempat umum (Depkes,2006).

Berdasarkan uraian dan fenomena diatas maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang” Efektifitas promosi kesehatan tentang penyakit demam berdarah dan cara pencegahannya melalui metode pendidikan kesehatan terhadap perilaku keluarga dalam pemberantasan sarang nyamuk (PSN)”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian pra-pasca tes dalam satu kelompok (*one group pre test and post test design*). Kelompok subjek diobservasi terlebih dahulu sebelum dilakukan intervensi dan kemudian akan diobservasi kembali setelah dilakukannya intervensi. Pengujian dilakukan dengan membandingkan hasil pra-tes dan pasca-tes. Namun tetap tanpa melakukan perbandingan dengan pengaruh perlakuan yang dikenakan pada kelompok lain (Nursalam, 2003).

Penelitian dilaksanakan di Kelurahan Sidomulyo Barat Kecamatan Tampan Pekanbaru karena wilayah ini merupakan wilayah dengan angka tertinggi kejadian DBD di Pekanbaru. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 30 orang dengan teknik pengambilan sampel yaitu *simple random sampling*.

Alat pengumpulan data yang digunakan untuk mengukur pengetahuan dan sikap adalah lembar kuesioner yang mengacu pada kerangka konsep yang telah dibuat. Adapun isi dari kuesioner tersebut adalah terdiri dari : 1) Data demografis keluarga, 2) Data yang berhubungan dengan perilaku keluarga terhadap demam berdarah. Pengumpulan data dimulai dengan melakukan observasi sebanyak dua kali dan memberikan pertanyaan pada sampel sebanyak dua kali juga dalam bentuk soal yang sama. Bentuk pengumpulan data yang digunakan adalah pertanyaan tertutup untuk pengetahuan dengan teknik *multiple choice*. Untuk sikap menggunakan skala likert yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju. Sedangkan untuk mengukur tindakan, peneliti menggunakan lembar observasi yang berbentuk *dichotomy question*.

HASIL

Hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

Analisis Univariat

1. Homogenitas sampel penelitian

Tabel.1 *Variasi sampel penelitian*

Variabel	F	ρ value
Usia	0,155	0,319

Tabel 1 menunjukkan uji *Levene test* variabel usia. Nilai ρ value yang didapatkan adalah 0,319 ($\alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa kelompok responden berasal dari populasi yang memiliki variasi yang sama.

2. Karakteristik Responden

Tabel.2 *Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik responden*

Variabel	Frekuensi (n= 30)	
	f	%
Usia		
Dewasa	25	83.3
lansia	5	16.7
Jumlah	30	100
Pendidikan		
Tinggi	20	66.7
Rendah	10	33.3
Jumlah	30	100
Pekerjaan		
Pedagang	20	66.7
PNS	5	16.7
Buruh	5	16.7
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 2, diketahui distribusi umur responden terbanyak berada pada rentang usia dewasa, Pendidikan responden terbanyak yaitu tinggi dan pekerjaan responden terbanyak adalah pedagang

3. Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk

Tabel 3. *Distribusi frekuensi perilaku PSN sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan*

Variabel Perilaku PSN	Sebelum		Setelah	
	f	(%)	f	(%)
Pengetahuan				
Tidak baik	1	3,3	0	0
Kurang	2	6,7	0	0
Cukup	19	63,3	1	3,3
Baik	8	26,7	29	96,7
Jumlah	30	100	30	100
Sikap				
Tidak baik	15	50	15	50
Baik	15	50	15	50
Jumlah	30	100	30	100

Variabel Perilaku PSN	Sebelum		Setelah	
	f	(%)	f	(%)
Tindakan				
Tidak baik	9	30	0	0
Kurang	4	13,3	4	13,3
Cukup	15	50	17	56,7
Baik	2	6,7	9	30
Jumlah	30	100	30	100

Berdasarkan tabel diatas, terlihat nilai statistik dari masing-masing variabel (pengetahuan, sikap dan tindakan) yang diukur sebelum (*pre-test*) dan setelah (*post-test*) dilakukan pendidikan kesehatan tentang demam berdarah dan perilaku pencegahannya. Terlihat perubahan pengetahuan dan tindakan dari responden sebelum dan sesudah diberikannya pendidikan kesehatan.

Analisis Bivariat

Tabel 4. Perbedaan pengetahuan, sikap dan tindakan pada keluarga sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang demam berdarah

Variabel Perilaku PSN	Mean		SD	p value
	Pre	Post		
Pengetahuan	14,43	19,90	3,655	0,000
Sikap	65,03	69,47	6,616	0,001
Tindakan	4,77	6,33	1,524	0,000

Berdasarkan tabel di atas, dari hasil uji statistik *paired sample T-Test* didapatkan rata-rata (*mean*) variabel pengetahuan, sikap dan tindakan sebelum diberikan pendidikan kesehatan adalah 14,43 ; 65,03 ; dan 4,77. Setelah diberikan pendidikan kesehatan, didapatrata-rata (*mean*) variabel pengetahuan, sikap dan tindakan sebesar 19,90 ; 69,47 dan 6,33. Standar deviasi yaitu 3,655; 6,616; 1,524.

Terlihat peningkatan nilai rata-rata antara sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan untuk masing-masing variabel pengetahuan, sikap dan tindakan. Peningkatan ini dinilai cukup signifikan karena dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai *p value* untuk ketiga variabel adalah 0,000 pada alpha 5%.

PEMBAHASAN

Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata ketiga variabel yang diukur untuk mengetahui perilaku keluarga. Perbedaan yang signifikan ini terlihat sebelum dan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang demam berdarah dan pencegahannya. Hal ini membuktikan bahwa pendidikan kesehatan

tentang demam berdarah yang dilakukan dinilai efektif untuk perilaku pemberantasan sarang nyamuk pada keluarga di Kelurahan Sidomulyo Barat Pekanbaru.

Hasil penelitian ini dilihat dari tiga variabel, yakni pengetahuan, sikap dan perilaku. Menurut (Setiawati dan Dermawan, 2008), Pengetahuan merupakan hasil dari proses pembelajaran dengan melibatkan indra penglihatan, pendengaran, penciuman dan pengecap. Pengetahuan akan memberikan penguatan terhadap individu dalam mengambil keputusan dalam berperilaku. Hal tersebut tercermin dalam pendidikan kesehatan dilaksanakan dengan metode visual dengan media infocus dan leaflet serta dijelaskan oleh pemberi materi/ penyampai pesan, dengan metode seperti ini membuat responden lebih cepat menyerap apa yang disampaikan. Metode tersebut melibatkan indra penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan masyarakat meliputi pengetahuan tentang penyebab demam berdarah, vektor demam berdarah serta ciri – cirinya, cara penularan demam berdarah, sasaran demam berdarah, tanda dan gejala demam berdarah, cara pencegahan demam berdarah dan cara penanganan pasien yang terkena penyakit demam berdarah. Setelah dilaksanakan pendidikan kesehatan responden diberikan kesempatan untuk bertanya. Pertanyaan paling banyak tentang tanda dan gejala, cara penularan, cara pencegahan, dan cara penanganan. Umpan balik dari responden yang dicerminkan dengan rasa ingin tahu responden yang sangat tinggi menjadi suatu alasan peningkatan pengetahuan responden setelah dilakukan pendidikan.

Selanjutnya, sikap merupakan suatu respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus, sikap belum merupakan tindakan tapi baru bisa ditafsirkan sehingga sikap dapat diartikan sebagai kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Menurut Campbell (1950, dalam Taufik, 2007) menyatakan bahwa sikap merupakan sindroma atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain. Setelah responden mendapatkan pendidikan kesehatan sebagai stimulus, responden mendapatkan tambahan informasi sebagai sumber pengetahuan tentang demam berdarah, responden juga mengalami perbaikan sikap yang ditunjukkan dengan peningkatan jumlah responden yang memiliki sikap baik yang kemudian akan dilakukan dalam bentuk tindakan nyata.

Menurut Taufik (2007) tindakan atau praktik adalah semua aktivitas manusia dalam memelihara kesehatan, setelah responden sadar, tahu, dan mengerti tahap selanjutnya adalah responden tersebut mau melakukan anjuran yang berhubungan dengan kesehatan seperti melakukan perubahan untuk tindakan yang berhubungan dengan pencegahan demam berdarah yang tercermin dalam hasil penelitian pada variabel tindakan. Selain dari adanya peningkatan pengetahuan dan sikap, perubahan tindakan yang sangat terlihat dari masyarakat juga tak lepas dari peran serta aparat pemerintahan seperti Lurah, RW serta RT setempat yang menyediakan petugas untuk memantau jentik (Jumantik). Kegiatan tersebut dilaksanakan satu kali dalam satu bulan setiap hari sabtu pagi. Kegiatan tersebut dilakukan oleh petugas dan didukung oleh masyarakat setempat.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan perbedaan yang signifikan antara pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat tentang demam berdarah sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan ($p \text{ value} = 0,000$). Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan sangat

efektif dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat tentang demam berdarah dan pencegahannya yang berbentuk perilaku pemberantasan sarang nyamuk.

REKOMENDASI

Berdasarkan hasil penelitian, disarankan kepada petugas Puskesmas untuk secara rutin memberikan pendidikan kesehatan terkait demam berdarah dan pencegahannya kepada masyarakat sehingga dapat memberikan dampak positif terhadap perubahan perilaku masyarakat. Bagi penelitian selanjutnya, dapat dilakukan penelitian dengan desain berbeda dan metode pendidikan kesehatan yang berbeda pula dalam rangka promosi kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan. (2010). Program Penanggulangan Demam Berdarah. Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan. (2010). Profil Kesehatan Provinsi Riau .
- Edelman & Mandle. (2006). *Health promotion life throught the live span*. St Louis: Mosby.
- Fertman & Allensworth. (2010). *Health promotionprograms from theory to practice*. St Louis: Mosby.
- Hastono, S.P. (2007). Modul analisa data. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- Hidayat, A. A. (2007). Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Masjoer, Arief. (2008). Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta: Media Aesculapius.
- M Iqbal, Hasan. (2002). Pokok-pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasi. Jakarta: Graha Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). Promosi Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of nursing research: Methods, apraissal, and utilization*. Phladelphia: Lippincont.
- Setiawati, S. (2008). Proses Pembelajaran Dalam Pendidikan Kesehatan. Jakarta: Trans Info Media.
- Taufik, M. (2007). Prinsip-prinsip Promosi Kesehatan Dalam Bidang Keperawatan untuk Perawat dan Mahasiswa Keperawatan. Jakarta: Info Media.
- WHO. (1999). Demam Berdarah dengue: Diagnostik, Pengobatan, Pencegahan dan pengendalian. Edisi 2. Jakarta: EGC.
-

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK REMAJA, KELUARGA DAN POLA ASUH
KELUARGA DENGAN PENGENDALIAN RISIKO PENYALAHGUNAAN
NAPZA PADA AGGREGATE REMAJA DI KELURAHAN TUGU KOTA DEPOK**
*(The Relationship between Characterized in Teenagers, Family and Family's
Parenting Skill with Risk Management of Drug's Abuse on Teenagers Aggregate in
Tugu Depok)*

Intan Asri Nurani¹, Junaiti Sahar², Ety Rekawati³

¹Direktur dan staf dosen Akademi Keperawatan Al-Ikhlas Cisarua Bogor.

² Wakil Dekan dan Staf Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

³Manajer Mahalum dan Staf Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

ABSTRACT

Changes in adolescence is the risk of causing them to behave negatively including drug abuse, so they are expected to do the risk control. The aims of this research is to identify adolescent's and family's characteristics, parenting style, and their relationship with risk control of drugs abuse in Adolescent at Kelurahan Tugu Kota Depok. This is a quantitative research with cross sectional methods. There are 157 adolescents as sample, with result that 81,5% families are having authoritarian parenting style, insufficient risk control of drug abuse is identified in 51% of sample and the dominant variable correlated with risk control of drug abuse are mother's education, family income, and family smoking behaviour. Advice given is to improve nursing care of families especially about parenting style and communication, also to develop a community health nursing program through anticipatory guidance that supported by the local government especially for adolescence in Kelurahan Tugu Kota Depok..

Keywords: adolescent, family, parenting style, risk control, drugs

PENDAHULUAN

Perubahan-perubahan karakteristik pada masa remaja ditambah dengan faktor-faktor eksternal seperti kemiskinan, eksploitasi, pelecehan, pengangguran, kenakalan remaja, penyalahgunaan zat (NAPZA), HIV-AIDS, akses terbatas terhadap pendidikan, pola asuh yang tidak efektif dan gangguan mental pada orang tua diprediksi sebagai penyebab timbulnya masalah-masalah remaja juga menjadikan remaja sebagai kelompok beresiko dalam komunitas¹⁸. Kompleksnya permasalahan remaja membutuhkan penanganan, pembinaan dan kerja sama yang aktif dari berbagai pihak serta seluruh potensi yang ada di masyarakat.

Pembinaan yang paling mendasar dan utama adalah yang dilakukan oleh keluarga, dalam mengasuh anak seringkali keluarga tidak konsisten dalam menjalankan aturan yang telah disepakati atau keadaan sebaliknya dalam mengasuh anak penuh dengan aturan yang ketat dan disiplin, hal tersebut justru dapat memicu masalah dalam perkembangan remaja seperti perilaku agresif, tidak patuh, dan perasaan ingin bebas melakukan apa saja termasuk penyalahgunaan NAPZA⁹. Penelitian Ariani (2006) mendapatkan hasil bahwa

karakteristik remaja dan pola asuh berkaitan erat dengan perilaku remaja, sehingga keluarga senantiasa harus melakukan kontrol dan mempertahankan aturan yang telah disepakati secara konsisten untuk menghindari masalah dalam perkembangan remaja¹.

Salah satu masalah yang banyak terjadi pada remaja dan menjadi masalah global adalah penyalahgunaan NAPZA oleh remaja. Peredaran NAPZA dan penyalahgunaannya di kalangan remaja sudah mencapai tahap yang mengkhawatirkan, menurut UNODC (2004), penyalahguna NAPZA di Indonesia berjumlah 3,2 juta orang atau setara dengan 1,5% dari total jumlah penduduk dengan estimasi akan terus terjadi peningkatan.

Meningkatnya kasus penyalahgunaan NAPZA yang melibatkan remaja sebagai jumlah terbanyak yang menyalahgunakan, menurut Allender&Spradley (2005) disebabkan karena remaja merupakan populasi yang memiliki risiko terbesar menyalahgunakan NAPZA. Remaja menjadi kelompok berisiko menyalahgunakan NAPZA dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko seperti 1) psikologis; koping yang maladaptif, rendahnya kepercayaan diri remaja, dan gangguan kejiwaan, kegagalan akademik dan kurangnya komitmen pada pendidikan, pemberontak, 2) keluarga; riwayat keluarga (genetis), tipe keluarga, pola asuh keluarga, konflik dalam keluarga, orang tua yang menggunakan NAPZA atau memperbolehkan remaja menyalahgunakan NAPZA, 3) sosial; tekanan teman sebaya, teman dan lingkungan yang berhubungan dengan NAPZA, pengalaman mencoba NAPZA, 4) kontekstual; kurangnya pendidikan dan informasi mengenai NAPZA, informasi mengenai NAPZA yang salah, keberadaan NAPZA, nilai budaya yang mendukung penyalahgunaan NAPZA, kemajuan teknologi, kebijakan hukum mengenai obat-obatan, dan menjadi kaum minoritas^{1, 20}.

Penyalahgunaan NAPZA pada remaja seharusnya dapat dicegah dengan pengendalian risiko yang tepat. Terdapat beberapa usaha yang dapat dikategorikan sebagai pengendali risiko pada tahap pencegahan primer khususnya bagi remaja baik yang menargetkan langsung pada mengubah perilaku remaja ataupun dengan mengembangkan aktifitas alternatif yang diminati oleh remaja dan bimbingan dalam antisipasi masalah (Allender&Spradley,2005; Stanhope, 2004; Steinberg, 2002). Pengendalian tersebut termasuk diantaranya 1) kesehatan mental yang positif termasuk didalamnya kemampuan mengurangi kecemasan atau stres dan perilaku asertif dalam menolak ajakan atau tekanan dari kelompok sebaya untuk menyalahgunakan NAPZA; 2) prestasi akademik, meliputi motivasi belajar dan prestasi remaja; 3) keluarga, melalui pola komunikasi yang efektif; 4) kegiatan remaja yang positif; termasuk kemampuan memanfaatkan waktu luang serta keikutsertaan dalam kegiatan yang positif²⁴.

Hasil wawancara awal oleh penulis pada 8 orang remaja di RW 05 Kelurahan Tugu yang dilakukan pada September 2011 didapatkan bahwa mayoritas remaja di wilayah mereka merokok, 1 orang sudah pernah mencoba ganja, ekstasi, dan beberapa NAPZA lainnya, serta tidak ada aktifitas rutin yang positif dari remaja di wilayahnya. Sementara wawancara dengan ketua RW 04 dan RW 05, serta petugas PKPR di Puskesmas, mereka menyatakan bahwa belum ada kegiatan yang berjalan untuk mengendalikan risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja di lingkungannya.

Fenomena yang telah dijelaskan tersebut menunjukkan besarnya risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja, apabila tidak dikendalikan secara optimal. Berdasarkan hasil penelitian-penelitian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa remaja di Kelurahan Tugu memiliki potensi yang besar dalam menyalahgunakan NAPZA namun belum diketahui dengan jelas bagaimana hubungan karakteristik remaja, karakteristik keluarga dan pola asuh keluarga dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA

pada remaja, sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan karakteristik remaja, karakteristik keluarga dan pola asuh keluarga dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan potong lintang. Populasi dalam penelitian ini adalah remaja di Kelurahan Tugu Kota Depok dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriterianya adalah remaja usia 10 – 19 tahun, belum pernah menikah, tinggal bersama keluarga, bisa berkomunikasi dengan bahasa Indonesia dengan baik, bisa membaca dan menulis, serta bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Sampel dipilih secara proporsional dari 19 RW yang ada di kelurahan tugu, penentuan unit sampel lalu dipilih secara aksidental di setiap RW. Jumlah sampel seluruhnya adalah 157 responden. Data diambil menggunakan kuisioner yang mengukur pola asuh keluarga dan pengendalian risiko remaja menggunakan skala likert.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata usia remaja adalah remaja awal yaitu 54,8% dengan karakteristik jenis kelamin yang menunjukkan proporsi remaja laki-laki lebih banyak (59,2%) dibandingkan dengan proporsi remaja perempuan (40,8 %). Pendidikan remaja di Kelurahan Tugu yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah tingkat \geq SLTA sebanyak 38,9%. Pada karakteristik keluarga didapatkan proporsi sebanyak 67,5% remaja tinggal dalam keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak tanpa ada keluarga lain yang tinggal bersama di rumah. Keadaan ekonomi responden rata-rata (54,8%) sudah berada di atas Upah Minimum Regional Kota Depok tahun 2012. Pendidikan orang tua yang terbanyak adalah tingkat \geq SLTA yaitu sebanyak 77,1% (ayah) dan 65% (ibu) dengan ada 65% keluarga yang memiliki kebiasaan merokok di dalam rumah dan terlihat oleh remaja.

Mayoritas keluarga dengan anak remaja menerapkan pola asuh demokratis, yaitu sebanyak 81,5%. Didapatkan bahwa metode yang paling sedikit dipilih oleh orang tua adalah pola asuh permisif yaitu 3,2%, dimana orang tua hanya memiliki kontrol minimal terhadap anaknya. sebagian besar pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA oleh responden remaja masih tergolong kurang baik yaitu sebanyak 51%.

Tabel 1
 Hubungan Usia, Jenis Kelamin, dan Tingkat Pendidikan Remaja dengan Pengendalian Risiko Penyalahgunaan NAPZA oleh Remaja di Kelurahan Tugu Kota Depok tahun 2012

No	Karakteristik Remaja	Pengendalian Risiko				Σ		OR (95% CI)	P Value
		Baik		Kurang					
		n	%	n	%	n	%		
1	Usia						-	0,085	
	- Remaja awal	39	50,6	47	58,8	86	100		2,169
	- Remaja tengah	18	23,4	10	12,5	28	100		(0,898- 5,240)
	- Remaja akhir	20	26,0	23	28,8	43	100		1,048 (0,503- 2,184)
2	Jenis Kelamin:						-	0,718	
	- Laki-laki	44	57,1	49	61,3	93	100		1,185
	- Perempuan	33	42,9	31	38,8	64	100		(0,627- 2,242)
3	Pendidikan Remaja						-	0,021	
	- SD	23	29,9	15	18,8	38	100		0,370
	- SLTP	21	27,3	37	46,3	58	100		(0,159- 1,750)
	- SLTA	33	42,9	28	35,0	61	100		0,769 (0,338- 1,750)

Usia remaja awal memiliki pengendalian risiko yang paling baik diantara usia remaja lainnya yaitu 50,6%, dibandingkan dengan usia remaja pertengahan memiliki pengendalian risiko baik hanya 23,4%. Hasil uji statistik pada jenis kelamin remaja didapatkan $p\text{ value} > 0,05$ yang berarti tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin remaja dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja.

Walaupun demikian didapatkan data bahwa perempuan lebih cenderung memiliki pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA yang lebih baik dibanding laki-laki, yaitu hanya 38,8% remaja perempuan memiliki pengendalian risiko yang kurang baik dibandingkan laki-laki yang memiliki kecenderungan 61,3% memiliki pengendalian risiko yang kurang baik.

$P\text{ value}$ untuk variabel tingkat pendidikan remaja adalah 0,021, hal ini menunjukkan ada hubungan antara tingkat pendidikan remaja dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA oleh remaja. Dari hasil penelitian diketahui bahwa

remaja dengan tingkat pendidikan \geq SLTA memiliki pengendalian risiko yang lebih baik dibandingkan dengan tingkat pendidikan lainnya, yaitu 42,9% remaja dengan tingkat pendidikan \geq SLTA dibandingkan dengan remaja tingkat pendidikan SD hanya 29,9%.

Tabel 2

Hubungan tipe keluarga, pendidikan ayah, pendidikan ibu, penghasilan keluarga dan kebiasaan merokok dalam keluarga dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA oleh remaja di Kelurahan Tugu Kota Depok tahun 2012 (n=157)

Karakteristik Keluarga	Pengendalian Risiko				Σ		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang					
	n	%	n	%	n	%		
Tipe Keluarga								
- Keluarga Inti	55	71,4	51	63,8	106	100	- 0,847	0,643
- Keluarga Besar	21	27,3	23	28,8	44	100	(0,419-1,711)	
- Orangtua tunggal	1	1,3	6	7,5	7	100	(0,018-1,328)	
Pendidikan Ayah								
- SD	9	11,7	4	5,0	13	100	- 0,485	0,322
- SLTP	12	15,6	11	13,8	23	100	(0,116-2,034)	
- \geq SLTA	56	72,7	65	81,3	121	100	(0,112-1,311)	
Pendidikan Ibu								
- SD	13	16,9	5	6,3	18	100	- 0,364	0,104
- SLTP	18	23,4	19	23,8	37	100	(0,108-1,230)	
- \geq SLTA	46	59,7	56	70,0	102	100	(0,105-0,952)	
Penghasilan Keluarga:								
- < Rp. 1.424.979								0,043
- > Rp. 1.424.979	28	36,4	43	53,8	71	100	- 2,034	
	49	63,6	37	46,3	86	100	(1,073-3,854)	
Kebiasaan merokok dalam keluarga								
- Ada	44	57,1	58	72,5	102	100	- 1,977	0,064
- Tidak	33	42,9	22	27,5	55	100	(1,015-3,852)	

Pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja yang tinggal di keluarga inti memiliki pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA yang baik sebanyak 71,4% sementara remaja yang tinggal dengan keluarga besar memiliki pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA baik sebesar 27,3%. Tingginya tingkat pendidikan ayah dan ibu tidak memiliki hubungan dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA oleh remaja, hal ini terlihat dari nilai *pvalue* keduanya lebih dari 0,05. Walaupun demikian prosentase remaja yang memiliki pengendalian diri baik sebesar 72,7% pada ayah dengan tingkat pendidikan \geq SLTA, dimana terjadi peningkatan bila dibandingkan dengan tingkat SD yang hanya sebesar 11,7%. Pada pendidikan ibu juga terjadi hal yang sama, ibu dengan tingkat pendidikan SLTA memiliki remaja dengan pengendalian baik sebesar 59,7% dibandingkan dengan SD sebesar 16,9%.

Remaja dengan keluarga yang berpenghasilan rendah memiliki pengendalian risiko pengendalian risiko NAPZA dengan kategori baik sebesar 36,4% sedangkan remaja dengan keluarga yang berpenghasilan tinggi memiliki pengendalian risiko baik sebesar 63,6%. Hasil ini menunjukkan adanya pengendalian yang baik pada remaja dengan status ekonomi menengah, didukung juga oleh nilai *pvalue* pada variabel ini yang menunjukkan ada hubungan yang nyata antara penghasilan keluarga dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA yaitu sebesar 0,043 ($p < 0,05$). Nilai *odd ratio* 2,034 memiliki arti bahwa penghasilan keluarga berpeluang 2 kali lebih besar mempengaruhi pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja. Sementara itu kebiasaan merokok dalam keluarga menjadi salah satu risiko dalam penyalahgunaan NAPZA oleh remaja, hal ini terlihat dari tingginya prosentase kurangnya pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA remaja dalam keluarga yang memiliki kebiasaan merokok yaitu sebesar 72,5%.

Tabel 3

Hubungan pola asuh keluarga dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA oleh remaja di Kelurahan Tugu Kota Depok tahun 2012 (n=157)

Pola Asuh Keluarga	Pengendalian Risiko						OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang		Σ			
	N	%	N	%	n	%		
- Permisif	3	3,9	2	2,5	5	100	-	0,546
- Demoktis	59	76,6	69	86,3	128	100	0,570 (0,092-3,528)	
- Otoriter	15	19,5	9	11,3	24	100	1,111 (0,155-7,974)	

Pola asuh keluarga remaja di Kelurahan Tugu Kota Depok mayoritas adalah demokratis dan 76,6% remaja dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA yang baik berada pada keluarga dengan pola asuh ini, sementara pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA yang baik pada remaja pada keluarga dengan pola asuh permisif

hanya sebesar 3,9%. Hasil uji statistik menunjukkan mendapat *pvalue* lebih dari 0,05 yang berarti tidak ada hubungan antara pola asuh keluarga dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja.

Selanjutnya dari pemodelan multivariat diketahui variabel yang paling dominan dalam mempengaruhi risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja adalah penghasilan keluarga yang memiliki peluang 2,2 kali lebih besar mempengaruhi pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA setelah dikontrol oleh variabel pendidikan ibu dan kebiasaan merokok dalam keluarga. Melalui uji interaksi didapatkan bahwa tidak ada interaksi antara variabel pendidikan ibu, penghasilan keluarga dan kebiasaan merokok dalam keluarga dengan *pvalue* 0,567 ($p > 0,05$), artinya hubungan pendidikan ibu dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA tidak dipengaruhi oleh tinggi atau rendahnya status ekonomi keluarga dan kebiasaan merokok dalam keluarga.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian mendapatkan bahwa pengendalian risiko tidak terlalu signifikan diantara usia remaja. Pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA semakin berkurang seiring pertumbuhan usia remaja, yaitu remaja awal 50,6%, remaja tengah 23,4% dan remaja akhir 26%. Data ini sesuai dengan hasil penelitian Millstein et al dalam Papalia (2004), bahwa penyalahgunaan NAPZA pada remaja yang berawal dari remaja awal dan semakin meningkat di sepanjang masa remaja. Remaja perempuan lebih cenderung memiliki pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA yang baik dibanding laki-laki, hal ini didukung oleh penelitian dari Riyanto (2002) yang menyatakan bahwa perempuan lebih berperilaku sehat daripada laki-laki. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Ariani (2006) yang mendapatkan hasil bahwa laki-laki 3,6 kali lebih berpeluang berperilaku tidak sehat termasuk merokok dibandingkan perempuan.

Remaja yang masih duduk dibangku Sekolah Dasar cenderung belum menemui pergaulan baru dari dimiliki selama ini, sehingga seperti terlihat dalam penelitian ini kecenderungan pengendalian risiko tergolong kurang pada tingkat pendidikan SD yaitu hanya sebesar 18,8% dan meningkat menjadi 46,3% pada tingkat SLTP. Hal ini terjadi karena ketika seorang remaja memasuki sekolah menengah pertama (SLTP) terjadi banyak perubahan baik dari perubahan lingkungan maupun fisik yang dialami oleh semua remaja. Masa transisi menuju sekolah menengah ini dapat menimbulkan stres karena perubahan terjadi secara simultan dengan banyak perubahan lain baik di dalam diri individu, keluarga, maupun sekolah¹⁸.

Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa 56,7% remaja menyatakan jarang hingga tidak pernah berkomunikasi dengan orang tua mengenai masalah yang mereka hadapi dan 46,5% remaja menyatakan orang tuanya tidak pernah bertanya tentang kegiatan remaja. Hal tersebut menunjukkan pola komunikasi dalam keluarga belum berlangsung dengan baik, sehingga prosentase pengendalian risiko yang kurang baik pada remaja yang tinggal dengan keluarga inti juga tinggi yaitu 63,8%. Kecenderungan kurangnya pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja ini dapat disebabkan oleh kesibukan orang tua dengan pekerjaan atau aktifitas lain sehingga waktu untuk anak kurang atau tidak ada. Keberadaan orang tua juga mempunyai pengaruh, misalnya orang tua yang jarang berada di rumah menyebabkan komunikasi berkurang bahkan tidak ada sama sekali⁴.

Pendidikan ayah responden dalam penelitian ini cukup tinggi yaitu 72,7% sudah

menyelesaikan SLTA atau sederajat. Peran ayah sebagai kepala keluarga dalam budaya Indonesia masih sangat berperan terutama sebagai pengambil keputusan dalam keluarga. Keputusan yang diambil oleh seorang kepala keluarga akan mendukung perkembangan remaja bila ayah memiliki wawasan yang luas berkaitan dengan tumbuh dan kembang/remajanya, pengetahuan ini diperoleh apabila ayah memiliki pendidikan yang memadai sebab orang tua dengan pendidikan yang tinggi memiliki kemampuan kognitif yang lebih baik¹⁸.

Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ariani (2006) mendapatkan bahwa pendidikan ayah yang rendah berisiko 5,5 kali terhadap peluang terjadinya perilaku remaja yang tidak baik; merokok, agresif, seksual.

Prosentase remaja yang memiliki pengendalian diri baik sebesar 59,7% pada ibu dengan tingkat pendidikan SLTA, dimana terjadi peningkatan bila dibandingkan dengan tingkat SD yang hanya sebesar 16,9%. Ariani (2006) dalam penelitiannya menyatakan bahwa pendidikan yang tinggi juga berkaitan dengan kemampuan merawat kesehatan dan kualitas pengasuhan yang lebih baik sehingga remaja dapat tumbuh dan berkembang secara optimal dan dapat mengendalikan risiko penyalahgunaan NAPZA. Sehingga dapat penulis simpulkan, pendidikan ibu yang tinggi juga dapat menjadi salah satu cara yang baik dalam membangun komunitas yang sehat.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa adanya hubungan nyata antara penghasilan keluarga dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA yaitu sebesar 0,043 ($p < 0,05$). Minimnya fasilitas dan besarnya tantangan yang dihadapi dapat membuat remaja dengan status ekonomi yang rendah mudah terlibat masalah dan pernah mengalami pengalaman negatif semasa hidupnya, seperti kekerasan fisik, sulit akses pada pendidikan, serta lingkungan yang tidak terstruktur¹⁸.

Kebiasaan merokok yang aktif terdapat dalam 65% keluarga responden dalam penelitian ini. Kebiasaan merokok dalam keluarga, baik yang dilakukan oleh orang tua maupun anggota keluarga lainnya, menjadi salah satu risiko dalam penyalahgunaan NAPZA oleh remaja. Hal ini terlihat dari tingginya prosentase pengendalian risiko kurang dalam keluarga yang memiliki kebiasaan merokok yaitu sebesar 72,5%. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariani (2006) tentang hubungan kebiasaan merokok dalam keluarga dengan perilaku remaja: merokok, agresif, seksual mendapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara keduanya ($p < 0,05$ dan OR: 3,557).

Responden dengan pengendalian risiko yang baik berasal dari keluarga yang menerapkan pola asuh demokratis yaitu 86,3% dari jumlah responden, sementara hanya 19,5% remaja dari keluarga yang otoriter memiliki pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA yang baik. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Marini (2005) yang mendapatkan bahwa remaja yang diasuh dengan pola asuh demokratis menunjukkan perilaku asertif yang lebih baik dibandingkan dengan pola pengasuhan lain ($p < 0,05$, OR: 2,951).

Hasil analisis multivariat didapatkan bahwa variabel yang paling dominan mempengaruhi pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja di Kelurahan Tugu Kota Depok adalah penghasilan keluarga dengan *p value* 0,028 dan OR: 2,170 yang berarti penghasilan keluarga dapat 2,2 kali berisiko mempengaruhi pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA setelah dikontrol oleh variabel pendidikan ibu dan kebiasaan merokok dalam keluarga. Hasil yang sama diungkapkan oleh Kartono (2003, dalam Sumiati, 2009) yang menyatakan bahwa kemiskinan menjadi penyebab buruknya perilaku dan kesehatan mental remaja.

SIMPULAN

Penelitian ini membuktikan dan menjawab pertanyaan penelitian yang diajukan bahwa ada pengaruh karakteristik remaja, keluarga dan pola asuh keluarga dengan pengendalian risiko penyalahgunaan NAPZA pada remaja dimana didapatkan bahwa faktor yang paling mempengaruhi pengendalian risiko adalah karakteristik keluarga terutama status sosioekonomi.

Orang tua yang memiliki sosial-ekonomi rendah menciptakan situasi rumah dimana orang tua memiliki otoritas yang jelas terhadap anaknya, lebih banyak menggunakan hukuman fisik untuk mendisiplinkan anaknya, dan menggunakan komunikasi yang bersifat satu arah¹⁸. Hal tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang memiliki status ekonomi rendah cenderung menerapkan pola asuh otoriter.

Keluarga dengan status ekonomi rendah cenderung tidak memperhatikan pendidikan anak remajanya, seperti dinyatakan oleh Benveniste et al. (2003, dalam Santrock 2007) bahwa orang tua yang miskin cenderung memasukan anak ke dalam sekolah dengan fasilitas yang tidak memadai dan orang tua kurang terlibat dalam aktivitas sekolah anak-anaknya. Hal lain yang mendukung juga dinyatakan oleh Bradley et al. (2001) bahwa remaja dengan ekonomi rendah jarang membaca dan kurang memiliki akses untuk buku-buku dan komputer. Status sosioekonomi dapat menjadi faktor dominan dalam menentukan tempat tinggal, biasanya keluarga dengan status ekonomi rendah tinggal di lingkungan yang lebih berbahaya, dan secara fisik lebih buruk, lebih sesak, lebih berisik, dan dengan layanan perkotaan yang kurang memadai (Myers et al, 1996; Brody et al, 2001 dalam Santrock, 2007).

Penulis berpendapat, bahwa rendahnya penghasilan keluarga memberikan banyak dampak negatif bagi remaja. Pola asuh otoriter, pendidikan yang rendah, dan lingkungan tempat tinggal yang negatif yang diakibatkan rendahnya status ekonomi keluarga menjadikan remaja tidak berdaya mengendalikan risiko penyalahgunaan NAPZA.

RUJUKAN

1. Allender, J.A. dan Spradley, B.W. (2005). *Community health nursing promoting and protecting the public's health*. Sixth edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
2. _____ (2001). *Community health nursing concept and practice*. Fifth edition. Philadelphia: Lippincott Wilkins.
3. Ariani, N.P. (2006). *Hubungan karakteristik remaja, keluarga dan pola asuh dengan perilaku remaja: merokok, agresif, dan seksual pada siswa SMA dan SMK di kecamatan Bogor Barat*. Program Magister Ilmu Keperawatan. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Departemen Sosial RI. (2001). *Masalah NAPZA dan bahaya penyalahgunaannya; mekanisme terjadinya penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA, gejala-gejala klinis serta upaya penyembuhannya*. Jakarta: Direktorat Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Korban NAPZA.
5. Friedman, et al. (2010). *Family Nursing: Research, Theory and Practice*. (Fifth Edition). New Jersey: Prentice Hall.
6. Harahap, C.F. (2008). *Peran komunikasi keluarga terhadap kecenderungan penyalahgunaan narkoba pada remaja, studi kasus pada keluarga pecandu di Kecamatan Kali Deres Jakarta Barat*. Program pasca sarjana, Program Studi Kajian Ketahanan Nasional Konsentrasi Kajian Strategik Penanganan Narkoba, Universitas Indonesia.

7. Hawari, D. (2002). *Penyalahgunaan NAZA (Narkotik, alkohol, & zat adiktif)*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
 8. Hurlock, E.B. (1999). *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. Jakarta : Erlangga.
 9. Hockenberry, J.M. (2005). *Essentials of pediatric nursing*. Seventy edition. USA: Mosby Company.
 10. Joewana, S. (2003). *Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif*. Edisi dua. Jakarta: EGC.
 11. Marini, L., Andriani, E. (2005). *Perbedaan asertivitas remaja ditinjau dari pola asuh keluarga*. PSIKOLOGI, Volume I, no. 2, 46-53.
 12. Murray, McA. (2003). *Community health and wellness a socioecological approach*. USA: Mosby.
 13. Nurani, I.A. (2011). *Laporan akhir praktik aplikasi keperawatan komunitas II*. Program Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan-Universitas Indonesia.
 14. Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (2004). *Human development*. Ninth edition. Mc Graw-Hill companies.
 15. Rahmania, H.N., Putra, M.G.B.A. (2006). *Hubungan antara persepsi terhadap pola asuh otoriter orang tua dengan kecenderungan pemalu (shyness) pada remaja awal*. Jurnal INSAN vol. 8 no.3, 211-219.
 16. Riyanto (2002). *Analisis faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perilaku sehat siswa SLTP Negeri wilayah Jakarta Timur dalam konteks keperawatan komunitas*. Program Magister Ilmu Keperawatan, FIK-UI.
 17. Sadarjoen, S.S., (2005). *Pernak pernik hubungan orang tua-remaja*. Jakarta: Penerbit buku Kompas.
 18. Santrock, J.W. (2007). *Adolescence*. Eleventh edition. USA: The McGraw-Hill Companies.
 19. Soemadi, A. (2003). *Pola asuh keluarga dan pergaulan teman sebaya pada remaja yang melakukan tawuran*. FISIP-UI.
 20. Steinberg, L. (2002). *Adolescence*. Sixth edition. USA: McGraww-Hill Companies.
 21. Sumiati, Dinarti, Nurhaeni, H., Aryani, R. (2009). *Kesehatan jiwa remaja dan konseling*. Jakarta: TIM.
 22. Tarwoto, et al. (2010). *Kesehatan remaja, problem dan solusinya*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
 23. Tasman (2004). *Hubungan lingkungan eksternal remaja dengan risiko penyalahgunaan NAPZA pada siswa di SMA-SMK Kecamatan Beji Kota Depok*. Program Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
 24. Tomey, A.M., Alligood, M.R. (2000). *Nursing theorist and their work*. Sixth edition. USA: Mosby company.
-

25. Wamomeo, A. (2009). *Hubungan pola asuh keluarga, perilaku teman sebaya, dan karakteristik remaja dengan perilaku kekerasan pada remaja di Kelurahan Pancoran Mas kota Depok*. Program Magister Ilmu Keperawatan. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
 26. Widyatuti (2002). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kekerasan pada siswa Sekolah Lanjutan Tingkat Atas di Jakarta Timur*. Program Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
 27. _____(2003). *Karakteristik individu yang berhubungan dengan perilaku kekerasan pada siswa sekolah lanjutan tingkat atas di Jakarta Timur*. Jurnal Keperawatan Indonesia, vol 7, No.2 September 2003, 67-76.
 28. Wium, N., Wold, B. (2006). *Family and school influences on adolescent smoking behavior*. Health education Journal vol 106 no 6, 465-469.
 29. UNODC (2010). *Data kasus narkoba di indonesia*. Jakarta: UNODC.
 30. UNFPA (2005). *Data remaja*. Jakarta: UNFPA.
-

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEKAMBUIHAN PADA PENYALAHGUNA NARKOTIKA DI PANTI SOSIAL PAMARDI PUTRA PURWOMARTANI KALASAN SLEMAN YOGYAKARTA

(The Relationship Between Family Support And Relapse Of Drug Abuser In The Social Institution Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta)

Filia Linda Hapsari¹, Induniasih², Sulistyaningsih³

¹ Mahasiswa STKES A.Yani Yogyakarta, ² POLTEKES Yogyakarta, ³ STKES A.Yani Yogyakarta, sulis_win@yahoo.co.id

ABSTRACT

Drug abuse is one of the cause death, there is 15.000 every year. Report of BNK Yogyakarta the case of drug abuse are 12.848 students of elementary school; 110.870 of junior high school and senior high school students. Relapse is one of the effect drug of abuse that cause addiction for both acute/cronic disease. The factor that influence of relapse is family support. Family support can make relapse decreasing.

This study aimed to determine the relationship between family support and relapse of drug abuser in the Social Institution Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta. The study was quantitative non experimental with observational cross sectional design. Population of drug abuse that lead rehabilitation in Social Institution Pamardi Putra Purwomartani were 24 people. The analysis technique used Spearman Rank to see the variables relation and correlation coefficient test would use to find out the strenght of relation. There search was conducted in Social Institution Pamardi Putra Purwomartani on July 18th, 2011. On this study, there were 24 respondents. The respondent who had moderate family support was 50% with high relapsing 54,2%. There was any relation between family suport and relapse of drug abuser, with significant value 0,802. That indicate strenght relation. There is any relation between family support and relapse of drug abuser in Social Institution Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta.

Keyword: family support, relapse, drug abuser

PENDAHULUAN

Penyalahgunaan narkotika dan obat-obat terlarang (narkoba) di Indonesia semakin mengkhawatirkan. Berdasarkan Badan Narkotika Nasional (BNN) pada tahun 2000 angka kematian yang disebabkan narkotika mencapai 15.000 orang pertahun. Penelitian BNN pada tahun 2009 terdapat kasus penyalahgunaan narkotika sebanyak 123.718 orang yang pelakunya adalah pelajar, sedangkan dari data Badan Narkotika Kota (BNK) Yogyakarta pada tahun 2009 terdapat kasus penyalahgunaan narkotika sebanyak 12.848 pelajar SD dan 110.870 pelajar SMP dan SMA.

Badan Narkotika Nasional (2005) mengungkapkan bahwa penyalahgunaan NAPZA terkait dengan tiga faktor. Faktor pertama yaitu faktor lingkungan yang mencakup hubungan tidak harmonis dengan orangtua, lingkungan rawan NAPZA, kurang kontrol sosial, dan tekanan kelompok sebaya. Faktor yang kedua adalah faktor individu yang mencakup keinginan mencoba-coba, ingin diterima, mengikuti tren, mencari kenikmatan sesaat, mencari perhatian, dan mengikuti tokoh idola. Faktor ketiga yaitu faktor zat yang mencakup ketergantungan fisik dan psikis, mudah didapat, dan relatif murah.

Badan Narkotika Nasional (2006), mempunyai upaya pencegahan narkoba meliputi: pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier. Pencegahan primer ditunjukkan pada anak-anak dan generasi muda yang belum pernah menyalahgunakan narkoba, kegiatannya berupa penyuluhan dan pendidikan tentang narkoba. Pencegahan sekunder adalah pencegahan yang ditunjukkan pada anak-anak atau generasi muda yang sudah mulai mencoba-coba menyalahgunakan narkoba. Kegiatan pencegahan sekunder menitikberatkan pada kegiatan deteksi secara dini terhadap anak yang menyalahgunakan narkoba, konseling perorangan dan keluarga pengguna. Pencegahan tersier adalah pencegahan yang ditujukan pada korban narkoba atau orang yang pernah memakai narkoba. Kegiatan ini dalam bentuk bimbingan sosial dan konseling terhadap korban dan keluarga.

Badan Narkotika Kota (BNK) Yogyakarta (2010), menangani masalah narkoba ini dengan tiga hal yaitu, secara respresif, preventif, dan rehabilitasi. Respresif yakni mencari dan menindak pelaku penyalahgunaan narkoba. Preventif yaitu dengan melibatkan masyarakat sebagai pelaku utama dalam usaha mengantisipasi penyalahgunaan narkoba dan menciptakan kader-kader anti narkoba yang berbasis kewilayahan dan sekolah. Rehabilitasi merupakan carayang berfokus pada dukungan kegiatan rehabilitasi melalui Program Terapi Rumatan Methadon (PTRM).

Pengguna narkoba yang menjalani rehabilitasi sering mengalami kekambuhan. Kekambuhan merupakan salah satu akibat dari penyalahgunaan narkoba yang disebabkan karena adiksi sebagai suatu penyakit yang bersifat kronis atau akut (Ginarni, 2009). Berdasarkan penelitian sebelumnya oleh Ginarni (2009) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan pada penyalahguna NAPZA, diperoleh hasil berbagai macam faktor yang menyebabkan kekambuhan antara lain adalah faktor sugesti dan stress, serta faktor yang paling utama adalah faktor teman.

Dari uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pada penyalahguna narkoba di Panti Sosial Pamardi Putra Purwomartani Sleman. Angka kekambuhan di panti sosial ini memang relatif kecil, hanya 20% dari penyalahguna, namun setiap tahunnya ada penyalahguna yang kambuh sehingga harus menjalani rehabilitasi kembali. Panti sosial ini memiliki program yang memberikan dukungan keluarga berupa pertemuan antara penyalahguna dengan anggota keluarga, namun program ini tidak berjalan dengan baik karena tidak dilakukan secara rutin dan terkadang anggota keluarga tidak datang untuk mengikuti program, sehingga dukungan keluarga yang diberikan tidak maksimal. Penelitian ini bertujuan untuk melihat adanya hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pada penyalahguna narkoba di Panti Sosial Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif non eksperimen dengan desain *crosssectional*. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga, sedangkan variabel terikat adalah kekambuhan. Penelitian ini dilakukan di Panti Sosial Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta dengan jumlah subyek penelitian 24 orang.

Data identitas dan dukungan keluarga serta kekambuhan responden dikumpulkan melalui pengisian kuesioner. Kemudian dilakukan *crosscheck* dengan petugas panti sosial untuk mengetahui kekambuhan, sedangkan gambaran umum Panti Sosial Pamardi Putra dikumpulkan melalui observasi dan wawancara dengan petugas panti sosial. Data hasil penelitian dianalisis tiap variabel untuk mengetahui distribusi frekuensi dari karakteristik variabel, kemudian dilakukan analisa dengan menggunakan uji Spearman Rank untuk melihat hubungan antara dua variabel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristiknya

No	Karakteristik	Frekuensi	Presentasi
1	Umur		
	< 20	10	41,7
	20-30	12	50,0
	>30	2	8,30
2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	24	100
	Perempuan	0	0
3	Status Pernikahan		
	Menikah	2	8,30
	Belum Menikah	22	91,7
4	Pendidikan		
	SD	2	8,30
	SMP	12	50,0
	SMS	9	37,5
	SI	1	4,20
5	Pekerjaan		
	Bekerja	5	20,8
	Tidak Bekerja	19	79,2

Tabel 1. menunjukkan sebagian besar responden berumur 20-30 tahun sebanyak 50%. Menurut Narendra *cit* Wulandari (2006) menjelaskan bahwa remaja sering dianggap sebagai suatu periode yang paling sehat dalam siklus kehidupan. Akan tetapi pertumbuhan sosial pada pola kehidupan masyarakat sangat mempengaruhi pola tingkah laku dan jenis penyakit pada golongan usia remaja ini, salah satunya adalah penyalahgunaan alkohol dan obat terlarang yang semuanya akan menentukan kehidupan pribadi dan akan merupakan masalah keluarga. Jenis kelamin responden seluruhnya laki-laki. Menurut Hawari (2006), laki-laki mempunyai resiko kambuh lebih besar daripada perempuan yaitu 60%. Pendidikan sebagian besar responden adalah SMP sebanyak 50%. Menurut Notoatmodjo (2007), salah satu yang mempengaruhi perilaku adalah pengetahuan, sehingga dengan pengetahuan atau pendidikan yang rendah dapat mempengaruhi perilaku yang rendah mengenai status kesehatan.

2. Dukungan keluarga

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Presentasi
Tinggi	9	37,5
Sedang	12	50,0
Rendah	3	12,5

Tabel 2. menunjukkan sebagian besar responden memiliki dukungan keluarga yang sedang sebanyak 12 orang (50%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga sedang dengan kecambuhan yang tinggi, hal ini mungkin terjadi karena beberapa faktor. Menurut Cohen & Syme *cit* Wulandari (2006) terdapat enam faktor yang dianggap mempengaruhi keefektifan pemberian dukungan sosial keluarga, yaitu pemberi dukungan, jenis dukungan, penerima dukungan, permasalahan, waktu pemberian dukungan, dan lamanya pemberian dukungan.

Karakteristik atau ciri-ciri penerima dukungan akan menentukan keefektifan dukungan. Karakteristik ini seperti kepribadian, kebiasaan, dan peran. Proses yang terjadi dalam dukungan itu dipengaruhi oleh kemampuan penerima dukungan untuk mencari dan mempertahankan dukungan. Menurut Soewandi (2004), mayoritas penyalahguna narkoba mempunyai kepribadian yang lebih tertutup dan kecenderungan neurotis dibandingkan yang bukan penyalahguna, sehingga hal ini kemungkinan menjadi salah satu faktor penyebab dukungan keluarga rendah. Selain itu dari 24 responden menjawab 52% dukungan berasal dari ibu. Hal ini menyebabkan semakin efektif dukungan yang diberikan dari pemberi dukungan. Namun, hal ini tidak disertai dengan waktu pemberian dukungan, dibuktikan hasil wawancara dengan petugas panti bahwa keluarga jarang mengunjungi responden.

3. Kekambuhan Penyalahguna Narkoba

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kekambuhan Penyalahguna Narkoba

Kekambuhan pada Penyalahguna Narkotika	Frekuensi	Presentasi
Tidak Kambuh	6	25,0
Rendah	3	12,5
Sedang	2	8,30
Tinggi	12	54,2

Kekambuhan pada penyalahguna narkotika di Pantii Sosial Pamardi Putra menunjukkan kekambuhan tinggi sebanyak 54,2%. Menurut Destrianita (2009) kekambuhan yang tinggi salah satunya disebabkan oleh ketidak harmonisan keluarga sehingga memberikan dukungan keluarga yang rendah pada penyalahguna narkotika. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan beberapa responden bahwa terdapat penyalahgunayang kedua orang tuanya berpisah/bercerai yaitu sebanyak 23%. Dari hasil wawancara dengan beberapa responden mengenai kepuasan responden dengan program yang diberikan di pantii ini, dari 24 responden mayoritas merasa puas dengan program yang telah diberikan. Namun, terdapat beberapa respoden yang menyatakan ketidak puasannya pada program konseling yang dikarenakan kurangnya waktu yang diberikan. Hal ini menyebabkan tidak adanya wadah atau tempat dimana responden dapat mencurahkan perasaannya kepada orang yang benar-benar responden percaya. Keadaan ini dapat menimbulkan stress yang mempengaruhi kekambuhan sesuai dengan Hawari (2006) bahwa keadaan stress atau frustrasi dapat memperkuat terjadinya kekambuhan.

4. Hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pada penyalahguna narkotika diPantii Sosial Pamardi Putra Purwomartani

Tabulasi silang dan hasil uji statistik hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pada penyalahguna narkotika di Pantii Sosial Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4. Tabulasi silang dukungan keluarga dengan kekambuhan pada penyalahguna narkotika di Pantii Sosial Pamardi Putra Purwomartani

Dukungan Keluarga	KekambuhanpadaPenyalahguna Narkotika								TOTAL		rs	p-value
	Tidak Kambuh		Rendah		Sedang		Tinggi		f	%		
	f	%	f	%	f	%	f	%				
Tinggi	5	55,6	3	33,3	1	11,1	0	0	9	100	0.802	0,005
Sedang	1	8,30	0	0	1	8,3	10	83,3	12	100		
Rendah	0	0	0	0	0	0	3	100	3	100		
	6		3		2		13		24			

Tabel 4 menunjukkan dari dukungan keluarga tinggi sebanyak 55,6% tidak mengalami kekambuhan. Sedangkan responden dengan dukungan keluarga rendah semua mengalami kekambuhan tinggi.

Hasil perhitungan statistik menggunakan uji *Spearman Rank* seperti disajikan pada tabel 4 diperoleh *p-value* sebesar $0,005 < (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kekambuhan pada penyalahguna narkotika di Panti Sosial Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta. Nilai koefisien korelasi sebesar 0,802 menunjukkan kekuatan hubungan antara dukungan keluarga dengan kekambuhan pada penyalahguna narkotika adalah kuat.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan kekambuhan pada penyalahguna narkotika di Panti Sosial Pamardi Putra Purwomartani Kalasan Sleman Yogyakarta dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga mempunyai hubungan keeratan yang tinggi dengan kekambuhan pada penyalahguna narkotika dengan kejadian kekambuhan penyalahguna narkotika sebagian besar sedang dan memperoleh dukungan yang sedang dari keluarga

Saran

Dari penelitian yang telah dilakukan disarankan panti sosial atau pusat rehabilitasi hendaknya memilih waktu yang tepat untuk melaksanakan dengan rutin program yang mempertemukan anggota keluarga dengan penyalahguna narkotika dengan memberikan konseling kepada keluarga tentang perlunya dukungan kepada pengguna narkotika untuk mencegah kekambuhan, mendorong keluarga untuk ikut terlibat dalam penyembuhan penyalahguna narkotika dengan memberikan dukungan. Bagi keluarga hendaknya memberikan dukungan, perhatian Bagi penyalahguna narkotika hendaknya dapat berbagi perasaannya tidak hanya pada konselor namun dapat dengan keluarga, teman atau perawat yang dipercaya sehingga mengurangi beban dalam kehidupannya dengan tujuan tidak lagi menyalahgunakan narkotika sebagai penyelesaian masalah.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Narkotika Nasional. 2006. *Modul pelatihan petugas rehabilitasi sosial dalam pelaksanaan program one stop centre (OSC)*. Jakarta: Pusat Terapi dan Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional

Destrianita, S. 2009. *Faktor-Faktor Psikologis yang Berperan pada Kekambuhan (Relapse) Pecandu Narkoba (Studi Kasus pada Pecandu Narkoba di Pusat Rehabilitasi Narkoba Rumah Damai Semarang)*. Tesis. Fakultas Ilmu Pendidikan Psikologi, Universitas Negeri Semarang.

Friedman, MM. 1998. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik Edisi 1*. Jakarta: EGC

- Ginarni, NM. 2009. *Analisa Faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan pada Resident NAPZA di Panti Sosial Pamardi Putra "Sehat Mandiri" Purwomartani, Kalasan, Yogyakarta. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Gadjah Mada*
- HawariD. 2006. *Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAZA(Narkotika, Alkohol, & Zat Adiktif) edisi2. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*
- Martono, LH, dan Joewana, S. 2006. *Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkoba Berbasis Sekolah. Jakarta: BalaiPustaka*
- Martono, LH, dan Joewana, S. 2006. *Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkoba Berbasis Sekolah. Jakarta: Balai Pustaka*
- Nurdiana, Syafwani, Umbransyah. 2007. *Peran Serta Keluarga Terhadap Tingkat Kekambuhan Klien Skizofrenia. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan.*
- Riwidikdo, H. 2010. *Statistik Kesehatan: Belajar Mudah Teknik Analisis Data dalam Penelitian Kesehatan (Plus Aplikasi SPSS). Yogyakarta: Mitra Cendekia Press*
- Setiadi. 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Surabaya: GrahaIlmu*
- Setyowati, S, dan Murwani, A. 2008. *Asuhan Keperawatan Keluarga konsep dan Aplikasi Kasus. Yogyakarta: Mitra Cendekia Press*
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta*
- Soewandi, H. 2004. *Gangguan Mental Pada Napi Penyalahguna NAPZA di LP Wirogunan Yogyakarta. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Gadjah Mada*
- Wulandari, RT. 2006. *Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Stres pada Narapidana Penyalahguna NAPZA di Lembaga Pemasarakatan Wirogunan Yogyakarta. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Gadjah Mada.*
- Wulandari, Liftiah, Budiningsih. 2009. *Kecerdasan Adversitas dan Intensi Sembuh pada Pengguna Narkoba di Panti Rehabilitasi. Jurnal. Fakultas Ilmu Pendidikan Jurusan Psikologi, Universitas Negeri Semarang*
-

RELATIONSHIPS PARENTING AND FAMILY CHARACTERISTICS ON NUTRITION STATUS IN CHILDHOOD ELEMENTARY SCHOOL VILLAGE SCHOOL IN TUGU, DEPOK CITY

Uswatul Khasanah¹, Junaiti Sahar², Widyatuti³
e-mail uswatulkhasanah65@yahoo.co.id

ABSTRAK

Latar Belakang : Kelompok anak usia sekolah beresiko dalam siklus pertumbuhan dan perkembangan, memerlukan unsur gizi dengan jumlah yang lebih besar dari kelompok umur yang lain. Adanya pengaruh pola asuh dan karakteristik keluarga meliputi pendidikan orang tua, status pekerjaan orang tua, pendapatan keluarga, tipe keluarga, dan pengasuh anak dapat meningkatkan risiko status gizi.

Tujuan : Penelitian ini mengidentifikasi hubungan pola asuh dan karakteristik keluarga terhadap status gizi anak usia sekolah.

Metode : Penelitian ini dengan pendekatan *cross sectional*, pada 157 responden.

Hasil : Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara: Pendidikan ibu; status pekerjaan ibu; pendapatan keluarga; tipe keluarga; pengasuh anak, dan pola asuh terhadap status gizi anak usia sekolah ($p < 0.05$). Faktor dominan yang mempengaruhi status gizi adalah pola asuh, tingkat pendapatan keluarga, pendidikan ibu, tipe keluarga, status pekerjaan ibu, dan pengasuh anak. Pola asuh merupakan variabel paling dominan yang berhubungan dengan status gizi anak usia sekolah.

Kesimpulan : Hal ini diperlukan intervensi pemerintah melalui Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan untuk pemberdayaan masyarakat terutama orang tua anak usia sekolah untuk meningkatkan status gizi yang baik bagi anggota keluarganya

Kata Kunci : Pola asuh keluarga, karakteristik keluarga, status gizi anak usia sekolah

PENDAHULUAN

Agregat anak usia sekolah sebagai kelompok usia beresiko (*at risk*), karena kelompok ini berada pada tahap pertumbuhan dan perkembangan biologis, psikologi, kognitif, dan psikososial. Pengertian Resiko adalah bahaya yang dapat terjadi akibat sebuah proses yang sedang berlangsung atau kejadian yang akan datang. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan pada anak usia sekolah adalah faktor resiko sosial ekonomi, faktor resiko perilaku, faktor resiko biologis, dan faktor ketersediaan makanan. Faktor sosial ekonomi meliputi pendapatan, pendidikan, budaya dan agama, faktor ketersediaan makanan termasuk kualitas, keamanan, dan jumlah terhadap makanan, faktor resiko perilaku seperti gaya hidup, jenis aktifitas anak, pola makan yang tidak sehat, sedangkan faktor biologis meliputi usia, jenis kelamin, dan daya tahan tubuh.

Upaya untuk mengantisipasi terjadinya masalah gizi pada anak usia sekolah, diperlukan *modelling* pola makan yang sehat sejak dini melalui keluarga. Selain itu, dapat ditingkatkan melalui kegiatan promosi kesehatan tentang gizi. Strategi utama promosi kesehatan yaitu kegiatan pendidikan kesehatan tentang gizi yang bertujuan untuk melakukan perubahan pola sehat dan perbaikan status kesehatan dengan memberi pengetahuan, informasi, sikap dan praktik sehat tentang gizi tersebut¹.

Pendidikan gizi bagi anak usia sekolah diberikan di sekolah dengan melibatkan guru, staf sekolah, masyarakat sekolah, dan orang tua. Wadah kegiatan pendidikan gizi tersebut ada dalam program kesehatan sekolah dikenal dengan usaha kesehatan sekolah (UKS). Ruang lingkup UKS meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah

Kemampuan orang tua untuk mengambil keputusan berdampak luas pada kehidupan seluruh anggota keluarga dan menjadi dasar pola pengasuhan yang tepat dan bermutu, termasuk asupan nutrisi². Pola asuh keluarga berhubungan langsung dengan keadaan gizi anak dan usaha anak untuk makan dan turut menentukan volume makan pada anak³. Peningkatan kemampuan pola asuh ibu dalam praktek pemberian makan menyebabkan penambahan berat badan anak. ⁴Bahwa memberikan makanan dan perawatan anak yang benar mencapai status gizi yang baik melalui pola asuh yang dilakukan orangtua kepada anaknya akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Orang tua dianggap sebagai kunci utama, karena diharap lebih awal dalam memahami aturan, nilai, dan prinsip, sehingga dapat ditiru oleh anggota keluarganya⁵. Kebiasaan makan bersama akan berdampak dalam memberikan *modelling* dari orang tua bagi anak⁶.

Status gizi penduduk umur 6-14 tahun dapat dinilai berdasarkan IMT yang dibedakan menurut umur dan jenis kelamin. Menghasilkan peta masalah kesehatan yaitu prevalensi nasional untuk gizi kurang pada anak laki-laki sebesar 13,3%, sedangkan pada anak perempuan usia sekolah 10,9%, sedangkan prevalensi nasional untuk anak laki-laki usia sekolah kategori status gizi lebih sebesar 9,5%, dan kategori status gizi lebih pada anak perempuan usia anak sekolah 6,4%. Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian “hubungan pola asuh keluarga dan karakteristik keluarga dengan status gizi pada anak usia sekolah di SD Negeri Kelurahan Tugu Kota Depok”

METODE PENELITIAN

Desain pada penelitian ini merupakan studi korelasi dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini adalah siswa SD Negeri Kelurahan Tugu yang berjumlah 157. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner yang menyediakan alternatif jawaban. Prosedur pengambilan sampel dilakukan secara *proporsional sampling*. Pengolahan data menggunakan bantuan program komputer SPSS. Analisis data univariat menghasilkan frekuensi dan proporsi, analisa bivariat menggunakan rumus *Chi-Square*, dan analisa multivariat menggunakan regresi logistik berganda menghasilkan variabel yang paling dominan mempengaruhi variabel terikat. Prinsip etika dalam pengambilan data dipenuhi oleh peneliti melalui bukti lembar persetujuan menjadi responden dalam penelitian yang sudah ditandatangani, menggunakan prinsip keadilan, menguntungkan dan tidak merugikan responden.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik anak usia sekolah

Jenis kelamin anak usia sekolah sebagian besar perempuan (66.9%) dengan distribusi status gizi terbesar yaitu status gizi normal (73.2%).

Karakteristik Keluarga

Tingkat pendidikan bapak dan ibu sebagian yaitu pendidikan tinggi (minimal SMA) sebesar 94.3% dan 94.9%. Status pekerjaan ibu lebih banyak tidak bekerja

yaitu sebesar 56.1%, sedangkan bapak lebih banyak bekerja yaitu 96.8%. Distribusi pendapatan keluarga diperoleh sebagian besar di atas UMR wilayah Depok (1.2 juta) sebesar 53,5%. Tipe keluarga menunjukkan sebagian besar keluarga inti yaitu 68,2%, sedangkan distribusi pengasuh anak usia sekolah mayoritas oleh orang tua atau anggota keluarga sendiri, sejumlah 67,5%.

Gambaran Pola Asuh Keluarga

Pola asuh keluarga sebagian besar pola asuh demokratis yaitu sebesar 75,8 lebih besar jika dibanding distribusi pola asuh permisif (9.6) dan otoriter (14.6%).

Hubungan tingkat pendidikan keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan status gizi anak usia sekolah (*p value* 0.032) dan tidak adanya hubungan yang bermakna antara pendidikan bapak dengan status gizi anak usia sekolah (*p value* 0.06).

Hubungan Status Pekerjaan keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan bapak dengan status gizi anak usia sekolah (*p value* 1.00), dan adanya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan ibu dengan status gizi anak usia sekolah (*p value* :0.000).

Hubungan pendapatan keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Hasil analisa bivariat menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendapatan keluarga dengan status gizi anak usia sekolah (*p value* 0.012) dan diketahui pendapatan keluarga yang < 1.2 juta berisiko 2.7 kali lebih tinggi untuk mempunyai anak usia sekolah dengan status gizi yang bermasalah (OR:2.7; 95%CI: 1.29-5.6).

Hubungan tipe keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Hasil analisa bivariat menunjukkan ada hubungan bermakna antara tipe keluarga dengan status gizi anak usia sekolah (*p value* 0.000)

Hubungan pengasuh anak dengan status gizi anak usia sekolah

Hasil analisa bivariat menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara pengasuh anak dengan status gizi anak usia sekolah (*p value* 0.001)

Hubungan pola asuh keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pola asuh keluarga (permisif, demokratis, dan otoriter) dengan status gizi anak usia sekolah (*p value* 0.001). Pola asuh keluarga demokratis pola asuh demokratis akan dapat mencegah anak dengan status gizi bermasalah sebesar 9.9 kali lebih tinggi jika dibandingkan pola asuh permisif.

Analisis Faktor Yang Paling Berhubungan

Analisis multivariat memperoleh pemodelan akhir yaitu variabel karakteristik keluarga (pendidikan bapak dan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan, tipe keluarga, yang

mengasuh anak, pola asuh keluarga). Hasil analisis dari uji multivariat diperoleh bahwa pola asuh demokratis, memiliki nilai OR yang paling tinggi (69,96) berarti variabel tersebut sebagai variabel yang paling dominan mempengaruhi status gizi anak usia sekolah, variabel tersebut dapat mencegah sebesar sekitar 70 kali mencegah anak berstatus gizi masalah, dibandingkan dengan bentuk pola asuh permisif dan otoriter setelah dikontrol variabel pendidikan bapak dan ibu, status pekerjaan ibu, pendapatan dan tipe keluarga inti, dan pengasuh anak. Analisis lainnya, didapatkan bahwa bapak dengan tingkat pendidikan tinggi berisiko 39 kali mencegah terjadinya status gizi anak usia sekolah bermasalah jika dibanding dengan pendidikan bapak yang rendah setelah dikontrol dengan variabel pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, tipe keluarga, yang mengasuh anak, dan pola asuh otoriter. Hasil analisis selanjutnya dijelaskan bahwa pendapatan keluarga yang kurang dari RP. 1,2 juta akan berpeluang 36 kali terhadap status gizi anak usia sekolah yang bermasalah dibanding dengan pendapatan ≥ 1.2 juta per bulan setelah dikontrol oleh variabel pendidikan ibu, pekerjaan ibu, tipe keluarga, yang mengasuh anak, dan pola asuh otoriter.

Hasil analisis lanjut diterangkan bahwa pendidikan ibu yang rendah berisiko 5.4 kali terhadap anak dengan status gizi yang bermasalah dibanding dengan pendidikan ibu yang tinggi setelah dikontrol variabel pekerjaan ibu, dan pengasuh anak. Hasil analisis lainnya menunjukkan bahwa jika dalam keluarga yang mengasuh anak adalah orang tua atau anggota keluarga sendiri, maka akan berpeluang 0.2 kali mencegah status gizi anak bermasalah jika dibandingkan dengan yang mengasuh orang lain, setelah dikontrol variabel, pekerjaan ibu, tipe keluarga. Hal lain ditunjukkan bahwa tipe keluarga besar akan berisiko mempunyai anak usia sekolah dengan status gizi bermasalah jika dibanding dengan tipe keluarga lainnya setelah dikontrol variabel status pekerjaan ibu. Hasil analisis dari pemodelan akhir multivariat dapat disimpulkan bahwa variabel yang paling besar terhadap status gizi anak usia sekolah adalah pola asuh demokratis.

Gambaran karakteristik Anak usia sekolah

Hasil penelitian diperoleh sebagian besar anak usia sekolah di SD Negeri Kelurahan Tugu memiliki anak dengan status gizi baik. Hal ini menunjukkan adanya pergeseran pendapat bahwa pada umumnya anak yang bersekolah di SD Negeri diasumsikan status gizinya bermasalah disebabkan salah satu faktor yaitu rendahnya golongan ekonomi. Hal ini sesuai dengan penjelasan dari departemen kesehatan bahwa masalah gizi di Indonesia masih didominasi oleh kekurangan zat gizi yang disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya tingkat ekonomi keluarga².

Hasil penelitian diperoleh 26,8% anak usia sekolah dengan status gizi bermasalah, meskipun berbeda cukup signifikan jika dibandingkan dengan status gizi normal, namun presentase tersebut lebih tinggi jika dibandingkan dengan hasil⁷Riskesdas 2007 untuk wilayah Jawa Barat, berarti hal ini menjadi fokus perhatian, karena keadaan tersebut mempengaruhi anak usia sekolah dalam menurunkan atau meningkatkan presentase status gizi baik atau bermasalah (kurus, sangat kurus, gemuk, dan obesitas) maupun tidak bermasalah. Peristiwa ini dapat terjadi, karena karakteristik anak usia sekolah rentan dipengaruhi oleh orang-orang di luar keluarganya, dan lingkungan^{1,8,9,10}. Gambaran tersebut menekankan adanya *modelling* dari keluarga yang baik.

Gambaran Karakteristik Keluarga

Tingkat pendidikan bapak maupun ibu cukup baik mayoritas minimal SMA sejumlah 94%. Hal ini akan mudahnya orang tua menerima informasi gizi, sehingga pengetahuan meningkat dan dapat mempengaruhi status gizi anak. Hal ini sesuai hasil penelitian bahwa tingkat pengetahuan orang tua akan mempengaruhi pola konsumsi energi dan protein anak; akan mempengaruhi status gizi anak yang baik; akan mempengaruhi peningkatan berat badan balita; Kurangnya pengetahuan gizi terutama ibu akan timbul kekurangan gizi pada anak; pengetahuan gizi ibu yang baik akan menjadikan status gizi anak juga lebih baik^{11,12,13}.

Status pekerjaan ibu responden di SDN kelurahan Tugu sebagian besar tidak bekerja, sedangkan status pekerjaan bapak responden mayoritas bekerja. Variabel ini berkaitan dengan waktu luang keluarga untuk mengasuh, merawat anak, dan meningkatkan gizi. Hal ini diperjelas dengan konsep yang mengemukakan bahwa Ibu-ibu yang bekerja dari pagi hingga sore tidak memiliki waktu yang cukup bagi anak-anak dan keluarga¹⁴. Ibu-ibu yang bekerja tidak mempunyai cukup waktu untuk memperhatikan makanan anak sesuai dengan kebutuhan dan kecukupan serta kurang perhatian dan pengasuhan kepada anak¹⁴.

Tingkat pendapatan keluarga responden di SDN Kelurahan Tugu sebagian besar di atas standar UMR (Upah *Minimum Regional*) Kota Depok Jawa Barat sebesar 53.5%, sedangkan gambaran tipe keluarga responden di SDN Kelurahan Tugu 68.2% keluarga inti. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga responden tidak dikategorikan keluarga miskin, yang akan mempengaruhi penerapan perhatian keluarga terhadap anggota keluarga, apalagi pengasuh anak usia sekolah di SDN kelurahan Tugu sebesar 67.5% oleh orangtua atau anggota keluarga sendiri. Keadaan seperti ini sangat mendukung optimalnya asupan nutrisi bagi anak-anaknya.

Gambaran Pola Asuh Keluarga

Distribusi pola asuh sebagian besar demokratis. Bahwa mengasuh anak secara demokrasi cenderung lebih efektif dari pola asuh lainnya¹⁵. Karakteristik anak usia sekolah terhadap pola makan mudah dipengaruhi oleh teman dan lingkungan di luar rumah, memiliki makanan favorit, kesukaan anak hanya pada satu jenis makanan, menyukai cemilan, maka pola asuh demokratis akan menggambarkan orang tua memberikan pengarahan dan pengertian tentang dampak positif dan negatif terhadap status gizi anak, dan tidak mengabaikan adanya *reward* dan *punishment* bagi anak jika anak mematuhi atau melanggar aturan yang ada.

Kesimpulan bahwa pola asuh demokratis berarti orang tua akan memberikan peraturan yang luwes serta memberikan penjelasan bagi peraturan dan perilaku makan yang diharapkan, ada komunikasi timbal balik antara orang tua dan anak. Hal ini dapat menimbulkan optimalnya status gizi anak.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang mengemukakan ada hubungan yang sangat kuat antara pola asuh dengan status gizi balita. Dunia anak adalah dunia yang khas, bukan miniatur dunia orang dewasa, maka semangat berkomunikasi kepada anak adalah bukan memberitahukan sesuatu yang dianggap baik dari sudut pandang orang dewasa, melainkan duduk sejajar bersama anak, berempati, dan menemani anak.

Pola asuh baik mempunyai status gizi baik, dan pola asuh buruk mempunyai status gizi yang kurang. Wilayah Jakarta, Bogor dan Lombok Timur menunjukkan adanya perbedaan kelompok keadaan gizi rendah dan tinggi yang disebabkan perbedaan pola pengasuhan keluarga¹⁶. Anak-anak akan mengkonsumsi makanan yang bergizi apabila

orangtua memberi contoh, terlibat dan memotivasi sepenuhnya terhadap anak tersebut¹⁷. Kehangatan, dan dukungan orang tua terhadap anak akan berpengaruh pada ketertarikan anak untuk melakukan aktifitas yang positif.

Hal ini sejalan dengan pendapat bahwa status gizi pada usia 6-12 tahun sangat dipengaruhi oleh keluarga dan saudara tuanya^{2,18,19}. Kemampuan keluarga untuk mengambil keputusan berdampak luas pada kehidupan seluruh anggota keluarga dan menjadi dasar penyediaan pola pengasuhan yang tepat dan bermutu, termasuk asuhan nutrisi².

Hubungan Tingkat Pendidikan Keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Penelitian ini menunjukkan sebagian besar tingkat pendidikan formal ibu dan bapak minimal SMA, hal ini menunjukkan latar belakang pendidikan orang tua anak SD di SDN Kelurahan Tugu mayoritas pendidikan tinggi. Hal ini sesuai pendapat bahwa perilaku anak dalam melakukan asupan makanan dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan orang tua²⁰ mengemukakan perilaku kesehatan manusia akan mencapai kesejahteraannya, jika didukung adanya tingkat pendidikan yang tinggi. Orang tua yang memiliki pendidikan tinggi cenderung memiliki kemampuan kognitif yang lebih baik. Hal ini disebabkan orang tua akan mendapatkan informasi yang lebih banyak sehingga dalam memberikan keputusan yang berkaitan dengan pendidikan dan permasalahan anak akan lebih baik pula.

Hubungan Status Pekerjaan Keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Hasil uji statistik hubungan pada penelitian ini didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan ibu dengan status gizi anak usia sekolah. Ibu yang bekerja akan memiliki waktu yang kurang cukup bagi anak-anak¹⁴, dikarenakan ibu akan mempunyai peran ganda yaitu sebagai ibu rumah tangga dan wanita pekerja, sehingga kurangnya memperhatikan makanan anak yang sesuai dengan kebutuhan¹⁴. Hal ini dapat mempengaruhi keadaan gizi keluarga khususnya anak usia sekolah.

Ibu lebih termotivasi untuk merubah perilaku makan anak-anak dibanding ayah, untuk menunjang hal ini, maka diperlukan waktu yang cukup bagi ibu²¹, selain itu dikemukakan perilaku makan anak akan mengikuti perilaku makan ibu, begitu pentingnya waktu luang seorang ibu, untuk memperhatikan status gizi anak usia sekolah. Ibu cenderung lebih berpengaruh daripada ayah dalam mengambil keputusan atau membawa aspirasi anak-anaknya²². Hasil penelitian dan pendapat tersebut dibuktikan oleh penelitian tentang mencontoh keluarga khususnya ibu²³ menyatakan bahwa ibu mempunyai hubungan kuat sebagai model bagi perilaku makan anak dibanding ayah.

Hubungan Tingkat Pendapatan Keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Hasil uji statistik hubungan pada penelitian ini didapatkan bahwa terdapat adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendapatan keluarga dengan status gizi anak usia sekolah. Interpretasi nilai OR tersebut maksudnya adalah status gizi anak usia bermasalah akan naik sekitar 3 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan tingkat pendapatan keluarga yang rendah.

Hal ini dapat diartikan akan menurunnya daya beli makanan pada setiap keluarga, sehingga kebutuhan pemenuhan gizi tidak adekuat, dan pada akhirnya menimbulkan status gizi keluarga mengalami penurunan^{24,25}. Keterbatasan pendapatan keluarga, mengakibatkan kesulitan keluarga memiliki sarana yang mendukung status gizi anak, maka berpengaruh juga terhadap penerapan asupan gizi seimbang untuk meningkatkan status gizi anggota keluarga.

Pendapatan yang meningkat akan semakin besar peluangnya untuk membeli makanan yang lebih beragam dan jumlah yang lebih banyak dibanding dengan tingkat pendapatan rendah¹⁴. Apabila ibu dan anak diintervensi dengan nutrisi dan diterapkan pada negara-negara miskin, maka sepertiga kasus *stunting* usia dibawah tiga tahun dapat direduksi dan menurunkan lebih seperempat angka kematian ibu dan anak. Keluarga minoritas dan pendapatan rendah berisiko mempunyai gizi yang kurang baik, kemiskinan berkontribusi dalam kurangnya pemenuhan asupan gizi⁸.

Hubungan Tipe Keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Ada hubungan bermakna antara tipe keluarga dengan status gizi anak usia sekolah. Hasil penelitian di atas, sesuai dengan beberapa pendapat dan penelitian diantaranya kurang energi protein akan sedikit dijumpai pada keluarga yang jumlah anggota besar²⁶. Distribusi makanan akan semakin sedikit jika jumlah anggota 6 orang atau lebih, anak-anak dalam keluarga tunggal atau *single parent* berada dalam kondisi yang kurang menguntungkan jika dibandingkan anak-anak yang tinggal dalam keluarga yang lengkap orang tuanya.

Komposisi keluarga yang tidak lengkap membuat anak tidak menemukan role model dari keluarga, selain itu anak akan kekurangan perhatian dari orang tua, karena orang tua akan mengutamakan mencari nafkah dalam setiap harinya. Komposisi keluarga sebagai tipe keluarga besar, maka sangat rentan terjadi ketidakadekuatan gizi bagi anak-anaknya. Dengan demikian keluarga besar, maupun keluarga *single parent* sama-sama berisiko terjadi status gizi bermasalah. Berbeda dengan jumlah anggota keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Hal ini akan memudahkan orang tua dalam memberikan perhatian dalam pemenuhan kebutuhan gizi anggota keluarga.

Hubungan Pengasuh Anak dengan status gizi anak usia sekolah

Hasil uji statistik antara pengasuh anak dengan status gizi anak usia sekolah ditemukan hubungan yang signifikan. Masa pengasuhan, lingkungan pertama yang berhubungan dengan anak adalah orang tuanya. Domain dalam pengasuhan keluarga meliputi perhatian atau dukungan, rangsangan psikososial, persiapan dan penyimpanan makanan, praktek kebersihan, dan sanitasi lingkungan serta penggunaan pelayanan kesehatan. Domain tersebut sebagian besar dapat diperoleh dari orang tua dan antar anggota keluarga. Anak dalam masa pengasuhan oleh orang tua dan anggota keluarga sendiri, akan merasa lebih aman, nyaman dan mendapat perhatian yang penuh karena peranan fungsi afektif keluarga yang optimal.

Keluarga yang terdiri dari dua atau lebih individu yang saling ketergantungan antara satu dengan yang lain melalui dukungan emosional dan fisik, dengan demikian keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan anggotanya, memberi asuhan fisik, emosional dan

mengarahkan pembentukan kepribadian²⁷. Pernyataan tersebut menggambarkan kekuatan kontak emosional yang kuat di antara anggota keluarga dalam satu keluarga tersebut. Keluarga juga dianggap sebagai faktor penting dalam melaksanakan dan mendukung perilaku kesehatan bagi anggota keluarga.

Hubungan Pola Asuh Keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Hasil uji statistik diketahui adanya hubungan yang signifikan antara pola asuh keluarga (permissif, demokratis dan otoriter) dengan status gizi anak usia sekolah. Nilai OR menunjukkan pola asuh demokratis akan dapat mencegah 9.9 kali terhadap kejadian status gizi bermasalah jika dibandingkan dengan pola asuh permissif, sedangkan pola asuh otoriter berisiko 1.83 kali memiliki anak dengan status gizi bermasalah. Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan pola asuh yang penuh dengan hukuman, terlalu keras seperti pada keluarga yang menerapkan pola asuh otoriter, maka anak akan rentan terjadi stress, sehingga akan berdampak pada pola makan anak itu sendiri. Orang tua yang terlalu memberikan perlindungan dan selalu menuruti keinginan anak, cenderung tidak mendapatkan batasan, penerapan aturan tidak konsisten, dan orang tua jarang menerapkan hukuman bagi anak-anaknya¹⁵.

Anak usia sekolah dalam keluarga dengan bentuk pola asuh seperti ini, berarti tanpa pengawasan dari orang tua, sehingga anak bebas untuk melakukan apa saja, untuk memenuhi kepuasan sendirinya termasuk dalam pemenuhan kebutuhan pola makan. Bentuk pola asuh demokratis lebih baik dari pada pola asuh permissif dan otoriter, karena dalam pola asuh ini, keluarga akan memberikan bimbingan yang sesuai dengan kondisi anak dan perkembangan anak¹⁵.

Variabel yang dominan terhadap status gizi Anak Usia Sekolah setelah dikontrol dengan variabel independen lainnya

Hasil uji multivariat pada penelitian ini diperoleh bahwa dari enam variabel independen yang diduga berhubungan dengan status gizi anak usia sekolah, hanya dua variabel yang tidak memiliki hubungan yang signifikan yaitu variabel pekerjaan bapak dan pendidikan ibu. Variabel independen yang mempunyai hubungan paling dominan adalah pola asuh demokratis dengan peluang sebesar 70 kali dapat mencegah status gizi anak bermasalah dibandingkan bentuk pola asuh keluarga yang lainnya. Karakteristik anak usia sekolah terhadap pola makan sesuai penjelasan sebelumnya bahwa anak mudah dipengaruhi oleh teman dan lingkungan di luar rumah, memiliki makanan favorit, kesukaan anak hanya pada satu jenis makanan, menyukai cemilan dengan pola asuh demokratis, orang tua memberikan pengarahan dan pengertian pada anak dalam mengkonsumsi jenis makanan, penjelasan jenis makanan, cemilan, dan minuman yang sehat, pentingnya hidup sehat, menetapkan aturan di rumah, dan tidak mengabaikan adanya *reward* dan *punishment* bagi anak jika anak mematuhi atau melanggar aturan yang ada¹⁵. Penerapan pola asuh permissif pada anak, maka berisiko terjadi perilaku yang tidak baik dibandingkan pola asuh otoriter dan demokratis²⁸. Peranan orang tua berpengaruh terhadap berat badan dan diet²⁹.

KESIMPULAN DAN SARAN

1. Hasil penelitian diperoleh jenis kelamin sebagian besar perempuan, dan sebagian besar status gizinya baik.
2. Ada hubungan bermakna antara bentuk pola asuh dengan status gizi anak usia sekolah. Kontribusi keluarga dalam meningkatkan status gizi anak usia sekolah, penting dilakukan melalui contoh pola asuh keluarga yang baik
3. Ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi pada anak usia sekolah. Tingkat pendidikan ibu akan menunjang ibu dalam memperoleh berbagai macam pengetahuan tentang informasi gizi bagi anak usia sekolah.
4. Ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status gizi pada anak usia sekolah, dan tidak ada hubungan antara status pekerjaan bapak dengan status gizi pada anak usia sekolah
5. Ada hubungan antara tingkat pendapatan keluarga dengan status gizi pada anak usia sekolah. Hal ini disebabkan dengan adanya pendapatan keluarga yang memadai, maka orang tua mampu untuk menyediakan makanan sehat yang lebih bervariasi.
6. Ada hubungan yang bermakna antara tipe keluarga dengan status gizi pada anak usia sekolah.
7. Ada hubungan antara pola asuh keluarga dengan status gizi anak usia sekolah

Dinkes bekerjasama dengan Depdikbud kota Depok dalam mengintegrasikan pendidikan gizi, membuat kebijakan kerjasama dengan puskesmas dalam pemberdayaan keluarga, sosialisasi prinsip gizi seimbang.

Pihak puskesmas mengadakan pelatihan guru UKS dengan melibatkan komite orang tua siswa, pengembangan kegiatan perkesmas dan kadarzi yang telah ada.

Kepala SD mengoptimalkan program Trias UKS yaitu pendidikan kesehatan, pekayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah, mengadakan *breakfast and lunch* program, advokasi kepada pihak terkait untuk pengalokasian dana terhadap perlengkapan UKS, KMS-AS, poster – poster kesehatan dan PMT.

DAFTAR PUSTAKA

1. Edelman, C.L. (2006). *Health promotion throughout the life span*, sixth edition. ST. Louis, Missouri : Mosby
2. Depkes RI. (2002). *Profil Kesehatan Indonesia 2001*. Jurnal Kesehatan. Jakarta : Depkes RI
3. Jus'at, Idrus dan Abas Basuni Jahari. 2000. *Review Antropometri Secara Nasional dan Internasional*. Bogor
4. Satoto. (2002). *Pertumbuhan dan perkembangan anak, pengamatan anak umur 0-18 bulan di Kabupaten Jepara Jawa tengah*

5. Syarkawi (2008). *Pembentukan Kepribadian Anak: peran moral, emosional, dan sosial sebagai wujud integritas membangun jati diri*. Cetakan kedua. Jakarta. PT Bumi aksara
 6. Cullen,K.W., Baranowski, T., Rittenberry,L. & Olvera,N. (2000). Social
 7. Depkes RI. (2002). *Profil Kesehatan Indonesia 2001*. Jurnal Kesehatan. Jakarta : Depkes RI
 8. Stanhope dan Lanchaster. (2000). *Community public health nursing*. Fifth Edition. USA. Mosby Company
 9. Moehji, S. (1982) *Ilmu Gizi. Edisi ke-1*. Jakarta Bhatara Karya Pustaka
 10. Hockembery, M.J & Wilson. D. (2009). *Wong's essentials pediatricnursing*. Eight edition. St. Louis Missouri. Mosby. Inc
 11. Ernawati, A. (2006)., *Hubungan factor sosial ekonomi, hygiene sanitasi lingkungan, tingkat konsumsi dan infeksi dengan status gizi anak usia 2-5 tahun di kabupaten Semarang*
 12. Darmayanti, (2011) *Hubungan pengetahuan ibu dengan status gizi anak di Desa Gedang sewu Kec Boyolali, Tulungagung*
 13. Rohmulyati,. (2011) *Hubungan tingkat Pengetahuan ibu tentang gizi seimbang dengan status gizi anak di desa Kemadang Kecamatan Tanjungsari, Gunungkidul*
 14. Berg. 1986. *Ibu-ibu yang bekerja sampai dengan sore tidak memiliki waktu luang keluarga*.
 15. Hockembery, M.J & Wilson. D. (2009). *Wong's essentials pediatricnursing*. Eight edition. St. Louis Missouri. Mosby. Inc
 16. Jahari,. (2002). *Antropometri sebagai indikator status gizi, Gizi Indonesia Vol XIII No.2 (23-30)*
 17. Moore,M.C. (2009). *Nutritional assessment and care*. 6th Edition. St.Louis, Missouri. Mosby
 18. Nuraini. 2007. *Pentingnya pola asuh ibu terhadap Gizi Anak*. Graha Ilmu.2005
 19. Brown,,E.,J. (2005). *Metode mencari penyebab kekurangan gizi pada anak-anak*, Depkes. RI. Jawa Tengah.
 20. Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
 21. Neumark,S.D., Hannan,P.J., Story,M., Croll,J., Perry, C. (2003). Family meal pattern:associations with sociodemographiccharacteristics and improved dietary intake among adolescence. *Journal of America Diet Association, 103, 317-22*
-

22. Jeffrey,T., Marcia,B.,H., & Susan,T. (2004). Parents have their say...about their College-Age Children's Career from the winter. *NACE journal*
 23. Oliveria,S.A.,Ellison,R.C., Moore,L.L., Gilman,M.W., Garrahe,.E.J., Singer,M.R.(1992). Parent-child relationships in nutrient intake: The framingham children's study. *America journal of clinic nutrion*, 56,593-98
 24. Aritonang,I., (2002). *Krisis ekonomi: Akar masalah Gizi*, Sebelas maret University Press, Surakarta
 25. Sulistyoningsih, H. (2011). *Gizi untuk kesehatan ibu dan anak*. Edisi pertama. Cetakan pertama. Yogyakarta. Graha Ilmu
 26. Winarno, E.G. (1990). *Gizi dan makanan*. Pustaka Sinar harapan, Jakarta, 1990
 27. Friedman,. M., Bowden, V.R., Jones, E.G. (2003). *Family nursing : Research theory & Practice*. Fifth edition. New Jersey. Person Education Inc.
 28. Ariani, N.,P. (2006). *Hubungan karakteristik remaja, keluarga dan pola asuh keluarga dengan perilaku remaja :Merokok, agresif, dan seksual pada siswa SMA dan SMK di Kecamatan Bogor:Jawa Barat*
 29. Saifah,A.,. (2011). *Hubungan peran keluarga, guru, teman sebaya dan media massa dengan perilaku gizi anak usia sekolah darar wilayah kerja puskesmas Mabelopura Kota Palu*
-



**KELOMPOK KEILMUAN
KEPERAWATAN
KOMUNITAS**

**ANALISIS SPASIAL DAN FAKTOR RISIKO TERJADINYA CEDERA KEPALA
AKIBAT KECELAKAAN LALU LINTAS PADA PENGENDARA SEPEDA
MOTOR DI WILAYAH KABUPATEN SLEMAN**

*(Spatial Analysis And Risk Factors Of Head Injury Caused By Traffic Accidents
Among Motorcycle Rider In Sleman Residence Of Yogyakarta)*

Heru Subekti¹, Rahadyan Magetsari², Lutfan Lazuari³, Anis Fuad³

ABSTRACT

Background : Traffic accident is an incident that occurred when a vehicle collide another vehicle and may result in injury or death. Road accident constitutes a major worldwide health problem, every year, worldwide estimates 50 million people were injured or got disability and 1.2 million people were killed due to accidents. (WHO, 2004).

Objective : To identify related factor in head injury due to accidents among motorcycle rider in Sleman Yogyakarta, and identify accident prone areas.

Method : This research was case control study, the subjects were 208 samples consisted of 104 respondents in the case group, and 104 respondents in the control group. The study was conducted in Sardjito Hospital, RSUD Sleman, I and II PKU Muhammadiyah Hospital, and Bethesda Hospital. The instruments were questionnaire and GPS for mapping. Data analysis used chi square and logistic regression.

Result : The analysis showed that there were correlation between driving license ownership and head injury (p 0.002, OR:2,54) significantly, using SNI helmet (p 0.011, OR:2.07), using safety rope (p 0,000, OR:2,93), locking rope behaviour was the most influenced factor in head injury incident. There were some accidents prone location, and the most was Kaliurang street, there was a grouping case of accidents causing head injury which were on Kaliurang 3th-7th km street.

Conclusion : There were correlations between using SNI helmet, using safety rope, driving license ownership with head injury incidence. There were level of density and clustering cases in Kaliurang street, especially in Kaliurang 3th-7th street.

Keywords : spatial, head injury, accident, density, clustering

¹ Nursing Program in Faculty of medicine, Universitas Gadjah Mada

² Orthopaedic Surgery of Sardjito Hospital

³ Graduate Program in Health Management Information System, Universitas Gadjah Mada

PENDAHULUAN

Kecelakaan lalu-lintas adalah kejadian di mana sebuah kendaraan bermotor bertabrakan dengan benda lain dan menyebabkan kerusakan, kadang kecelakaan ini dapat mengakibatkan luka-luka atau kematian. Kecelakaan di jalan merupakan masalah kesehatan yang sangat serius di seluruh dunia, 50 juta orang mengalami cedera dan *disability* akibat kecelakaan setiap tahun, dari jumlah itu 1.2 juta orang meninggal setiap tahunnya akibat kecelakaan¹. Secara statistik diperkirakan setiap tahun 2% penduduk dunia mengalami cedera kepala. Di Amerika Serikat, 5,3 juta penduduk setiap tahun

mengalami cedera kepala. Trauma menjadi penyebab utama kematian pada pasien berusia dibawah 45 tahun dan hampir 50%-nya merupakan cedera kepala traumatik. Penyebab cedera kepala traumatik terbanyak akibat kecelakaan kendaraan bermotor (50%), akibat jatuh (21%), akibat olahraga (10%), sisanya akibat kejadian lain²

Telah terjadi 16.000 kematian setiap tahunnya akibat cedera dan 25 % kematian disebabkan cedera akibat kecelakaan lalu lintas, dari jumlah tersebut setidaknya 85% terjadi di negara berpendapatan rendah dan sedang, lebih dari 50 % kematian terjadi pada usia 15-44 tahun, pada usia 5-29 tahun kematian akibat kecelakaan menduduki peringkat ke 2 hal ini menyebabkan beban penyakit yang tinggi akibat kecelakaan, pada tahun 1990 beban penyakit akibat kecelakaan menempati urutan 9, dan diprediksi akan melonjak tajam pada tahun 2020 yang diperkirakan menduduki peringkat ke 3 beban penyakit³.

Semakin banyaknya jumlah kasus korban yang meninggal akibat kecelakaan, terutama di Sleman, tak lepas dari kepadatan lalu lintas dan kondisi jalan.. Adapun di ruas jalan antarkota di perbatasan Sleman seperti Jalan Yogyakarta-Magelang, kecelakaan juga kerap terjadi lantaran jalan yang lebar dan mulus membuat pengemudi terlena dan memacu kendaraan dengan kecepatan tinggi⁴.

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik dengan menggunakan metode *case control*, untuk mempelajari faktor yang berhubungan dengan kejadian cedera kepala pada pengendara sepeda motor di wilayah kabupaten Sleman. Jumlah sampel 208 responden dengan 104 kasus dan 104 kontrol. Alat penelitian dengan kuesioner terstruktur dan GPS untuk melakukan penitikan koordinat lokasi kecelakaan. Analisis data dilakukan 3 pendekatan yaitu individual yaitu dengan analisis bivariat dan multivariat, analisis spasial dengan melihat sebaran, dan pengelompokan kasus serta tingkat kepadatan kasus.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

HASIL PENELITIAN

1. Analisis individual

Kecelakaan sepeda motor berdasarkan data demografi yang terjadi di wilayah kabupaten Sleman.

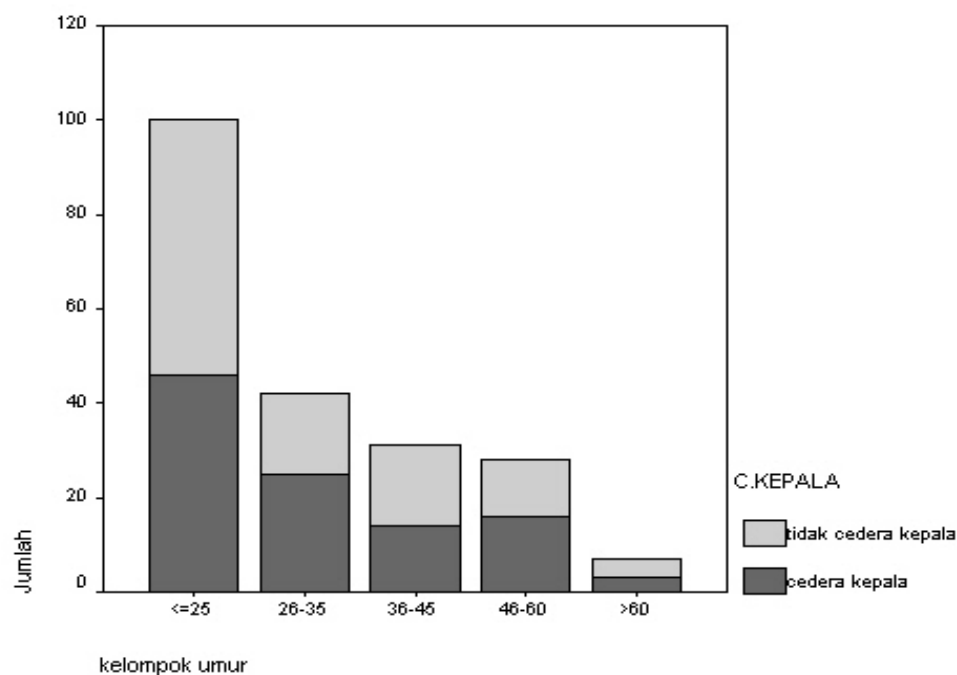
Tabel 1. Karakteristik responden menurut jenis kelamin, pekerjaan dan tingkat pendidikan

Variabel		Kasus		Kontrol	
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
Jenis kelamin	Laki – laki	68	65.4	75	72.1
	Perempuan	36	34.6	29	27.9
	Jumlah	104	100	104	100
Tingkat pendidikan	Rendah	32	30.8	23	22.1
	Tinggi	72	69.2	81	77.9
	Jumlah	104	100	104	100
Pekerjaan	Non formal	56	53.8	55	52.9
	Formal	48	46.2	49	47.1
	Jumlah	104	100	104	100

Pada tabel 1 tampak bahwa baik pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol didominasi oleh responden laki laki, dimana pada kelompok kasus terdapat 68 (65,4%) berjenis kelamin laki laki, dan pada kelompok kontrol sebanyak 75 (72,1%) responden berjenis kelamin laki laki. Pada tingkat pendidikan, kejadian cedera kepala lebih banyak terjadi pada pendidikan tinggi yaitu sebesar 69.2%. Pekerjaan non formal lebih mendominasi kejadian cedera kepala dari pada pekerja formal.

2. Gambaran karakteristik umur terhadap cedera kepala

Usia pengendara diduga sebagai salah satu faktor pencetus terjadinya cedera kepala pada pengendara sepeda motor. Gambar 6 merupakan karakteristik usia pengendara sepeda motor dengan kejadian cedera kepala.

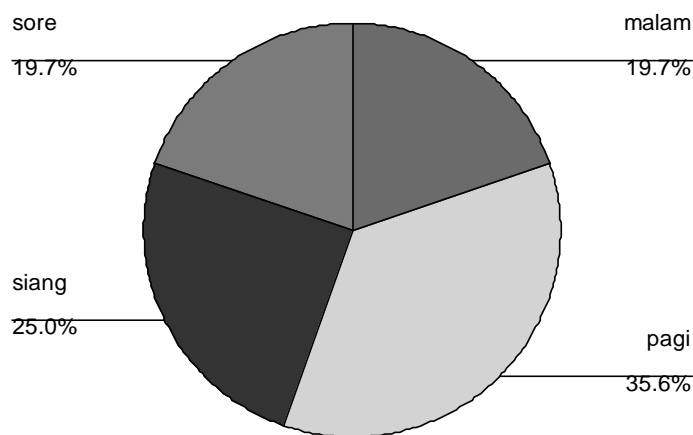


Gambar 2. Karakteristik umur terhadap kejadian cedera kepala

Karakteristik terjadinya cedera kepala bila dikaitkan dengan umur responden dapat dilihat pada gambar 2. Pada gambar tersebut tampak bahwa kasus kejadian cedera kepala didominasi oleh usia kurang dari 25 tahun dengan. Sedangkan kelompok usia yang paling sedikit mengalami cedera kepala yaitu pada usia lebih dari 60.

3. Gambaran waktu kejadian kecelakaan

Waktu kecelakaan lalu lintas dapat terjadi kapanpun, dari hasil penelitian ini dapat dilihat bahwa kejadian kecelakaan lalu lintas di wilayah Sleman pada periode Mei sampai dengan Agustus 2009 terjadi pada pagi sampai malam hari. Berikut merupakan gambaran proporsi waktu kecelakaan.



Gambar 3. Waktu kejadian kecelakaan lalulintas periode Mei-Agustus 2009.

Gambar di atas menunjukkan kejadian kecelakaan pada pagi hari merupakan kejadian tersering pada sepeda motor yaitu sebanyak 35.6%, diikuti waktu siang 25%. Sore hari dan malam hari merupakan waktu yang paling sedikit terjadi kecelakaan lalulintas pada pengendara sepeda motor.

I. Analisis individual

Kemaknaan secara statistik tiap variabel independen dengan variabel dependen dilakukan Analisis bivariat dengan menggunakan uji *chi square*, *confidence interval* yang digunakan 95% atau α 5%. Pada uji ini akan dilakukan pemilihan variabel yang dianggap berperan atau mempunyai potensi pada analisis multivariat, variabel yang berpotensi dilihat dari kemaknaan statistik atau nilai *Asymp. Sig. (2-sided)* (nilai p) < 0.25 serta variabel yang memiliki kemaknaan biologi

a. Distribusi kejadian cedera kepala berdasarkan faktor resiko

Tabel 1. Distribusi responden menurut demografi terhadap cedera kepala

Variabel	Cedera kepala		Non.Cedera kepala		P	OR	CI	
	jumlah	Persen	Jumlah	Persen				
Umur	≤25 th	46	81.7	54	84.6	0.578	0.813	0.37-1.79
	>25 th	58	18.3	50	15.4			
Sex	Laki laki	68	65.4	75	72.1	0.368	0.73	0.39-1.37
	Perempuan	36	34.6	29	27.9			
SIM	Tdk Memiliki	49	47.1	27	26	0.002	2.54	1.42-4.55
	Memiliki	55	52.9	77	74			
Kecepatan	≥ 50 km	31	29.8	19	18.3	0.07	1.90	0.94-3.84
	< 50 km	73	63.5	85	73.1			

Variabel		Cedera kepala		Non.Cedera kepala		P	OR	CI
		jumlah	Persen	Jumlah	Persen			
Helm SNI	Non SNI	51	49	33	31.7	0.011	2.07	1.17-3.64
	SNI	53	51	71	68.3			
Tali	Tidak terkunci	60	57.7	33	31.7	0.000	2.93	1.67-5.17
	Terkunci	44	42.3	71	68.3			
Pola	Tabrakan	79	76	76	73.1	0.633	1.16	0.623-1.623
	Terjatuh	25	24	28	26.9			

- a. Hubungan antara variabel umur dengan kejadian cedera kepala dari hasil uji *chi square* menunjukkan nilai p sebesar 0.578 dengan 95% *confidence Interval* 0.37 – 1.79, yang berarti pada penelitian ini variabel umur tidak bermakna secara statistik.
- b. Jenis Kelamin
Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada kemaknaan antara kedua variabel tersebut, begitupula secara kemaknaan biologi, walaupun Hasil ini memperlihatkan variabel jenis kelamin tidak mempunyai kemaknaan baik secara statistik maupun biologi tapi bisa dilihat bahwa kasus cedera kepala lebih didominasi pada laki laki, begitupula pada kelompok kontrol.
- c. Kepemilikan Surat Izin Mengemudi
Uji bivariat dengan *chi square* diperoleh nilai p sebesar 0.002 dengan 95 % *confidence interval* 1.418 – 4.554 serta kemaknaan biologi sebesar 2.54. Hasil ini memperlihatkan variabel status kepemilikan SIM mempunyai potensi untuk diikuti dalam uji multivariat bersama variabel lain pada penelitian ini.
- d. Kecepatan berkendara
Pada variabel kecepatan berkendara terhadap kejadian cedera kepala dengan uji *chi square* didapatkan nilai p 0.07 dengan 95 % *confiden interval* sebesar 0.94-3.38 hal ini menunjukkan tidak adanya hubungan secara statistik namun demikian secara biologi didapatkan hasil OR : 1.90 ,sehingga secara biologi ini bermakna. Nilai p yang masih dibawah 0.25 menunjukkan variabel kecepatan berkendara dapat dilanjutkan analisis multivariat.
- e. Penggunaan Pelindung kepala
Hasil yang didapatkan dari penelitian bahwa pada kelompok kasus terdapat 51 (49%) tidak menggunakan helm SNI, sedangkan pada kelompok kontrol ditemukan 71 (68.3) responden telah menggunakan helm SNI. Variabel penggunaan helm berstandar nasional indonesia terhadap kejadian cedera kepala, telah dilakukan uji statistik dengan uji *chi square* didapati bahwa terdapat hubungan yang signifikan dengan nilai p sebesar 0.011 dengan 95% *confiden interval* 1.17-3.64, hal ini berarti bermakna secara statistik. Sedangkan pada kemaknaan biologi didapatkan OR :2.07 yang artinya juga bermakna. Pemakaian helm selain dari penggunaan helm SNI juga perlu memperhatikan dalam hal perilaku pemakaian tali pengaman, karena tali pengaman yang tidak dikuncikan juga dianggap sebagai faktor resiko terhadap kejadian cedera kepala. Variabel penguncian tali pengaman dibagi dalam kelompok terkunci dan tidak terkunci. Penelitian ini mendapatkan data tentang

penguncian tali pengaman helm, bahwa pada kelompok kasus dijumpai sebanyak 60 (57.7%) responden tidak mengunci tali pengaman helm, dan pada kelompok kontrol hanya 33 (31.7%) responden yang tidak menguncikan tali pengaman helm. Hubungan antara penguncian tali pengaman terhadap cedera kepala. Uji statistik dengan uji *chi square* untuk melihat hubungan penguncian tali pengaman terhadap kejadian cedera kepala memperoleh nilai p sebesar 0.000 yang berarti terdapat hubungan antara penguncian tali pengaman dengan cedera kepala, dengan 95% *confiden interval* sebesar 1.67-5.17. sedangkan pada penelitian ini juga didapatkan nilai OR:2.93.

f. Bentuk Kecelakaan

Variabel bentuk kecelakaan terhadap cedera kepala didapatkan nilai p 0.633 dengan *confinden interval* sebesar 0.623-0.623 yang berarti tidak berhubungan antara bentuk kecelakaan dengan cedera kepala secara statistik. Sedangkan pada nilai OR:1.16, yang berarti bermaksan secara biologi.

II. Analisis multivariat

Dari hasil analisis multivariat dengan memasukan 4 variabel independen diperoleh 2 variabel yang mempunyai pengaruh terhadap kejadian cedera kepala yaitu :

Tabel 2. Hasil uji multivariat regresi logistik metode *backward stepwise* variabel dependen dengan variabel independen.

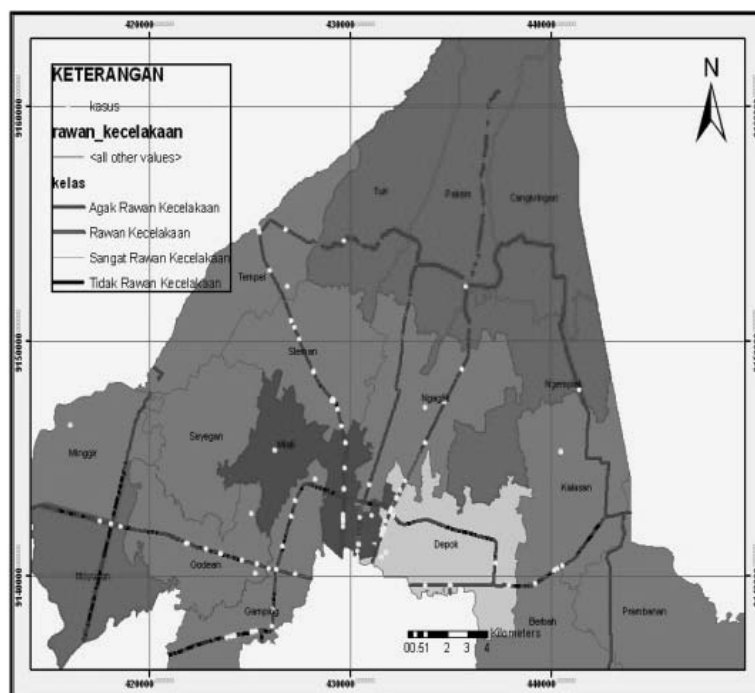
	Variable	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
					Lower	Upper
Step 1(a)	SIM	.706	.027	2.027	1.086	3.783
	Kualitas Helm	.142	.756	1.152	.470	2.823
	Tali pelindung	1.012	.016	2.750	1.210	6.252
	Kecepatan	-.439	.373	.645	.245	1.694
Step 2(a)	SIM	.705	.027	2.023	1.084	3.776
	Tali pelindung	1.071	.004	2.919	1.402	6.076
	Kecepatan	-.369	.398	.691	.293	1.629
Step 3(a)	SIM	.670	.033	1.954	1.054	3.620
	Tali pelindung	.891	.003	2.437	1.346	4.412

Nilai *-2 log likelihood* sebesar 268.629 *cox & Snell R Square* sebesar 0.087 dan nilai *overall percentage* 50 yang berarti kemampuan memprediksi faktor resiko cedera kepala sebesar 50 % dan masih ada 50 % faktor resiko lain yang tidak terjaring pada penelitian ini. Faktor dominan dalam penelitian ini adalah variabel penggunaan tali pengaman dengan nilai sig 0.003 , Exp β = 2.437, 95% *confidence interval* 1.346 – 4.412.

III. Analisis spasial

Parameter yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada penelitian. Informasi karakteristik parameter-parameter penentu kerawanan kecelakaan lalu lintas yang diambil berasal dari aspek kondisi jalan dan lingkungan, yaitu: Penggunaan Lahan, Radius belokan / tikungan, Jarak pandang bebas, Trotoar, Bahu jalan, Fasilitas penyeberangan jalan, Marka jalan, Pola arus lalu lintas, Pengendalian persimpangan, Perlintasan kereta api, Unsur geometrik jalan sebagai salah satu elemen yang diperlukan untuk perhitungan kapasitas dan tingkat pelayanan jalan (V/C Ratio), Volume lalu lintas, kecepatan rerata, rambu lalu lintas⁵.

- a. Gambaran lokasi kejadian kecelakaan lalulintas berdasarkan tingkat kerawanan jalan

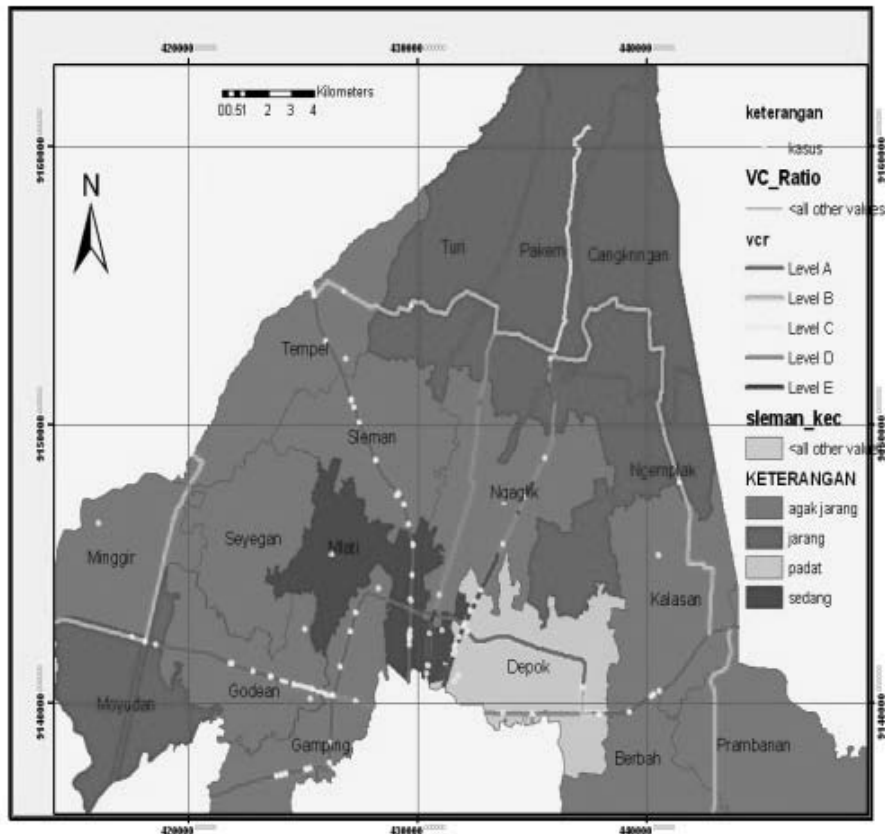


Gambar 5. *Overlay* kecelakaan lalulintas berdasarkan tingkat kerawanan jalan

Pada gambar 5 terlihat sebaran kasus cedera kepala berdasarkan tingkat kerawanan jalan. Kecelakaan yang mengakibatkan cedera kepala terjadi pada semua tingkat kerawanan, angka cedera kepala tertinggi berada pada tingkat kerawanan cukup rawan, dimana jalan yang sering menyebabkan cedera kepala adalah jalan Magelang dan jalan Kaliurang. Pada jalan Magelang terdapat 6 titik lokasi rawan kecelakaan sedangkan pada jalan Kaliurang terdapat 43 lokasi rawan kecelakaan, dan dari lokasi tersebut lokasi yang paling sering terjadi kecelakaan yaitu pada jalan Kaliurang yang berada pada desa catur tunggal, Condong Catur dan Sinduharjo.

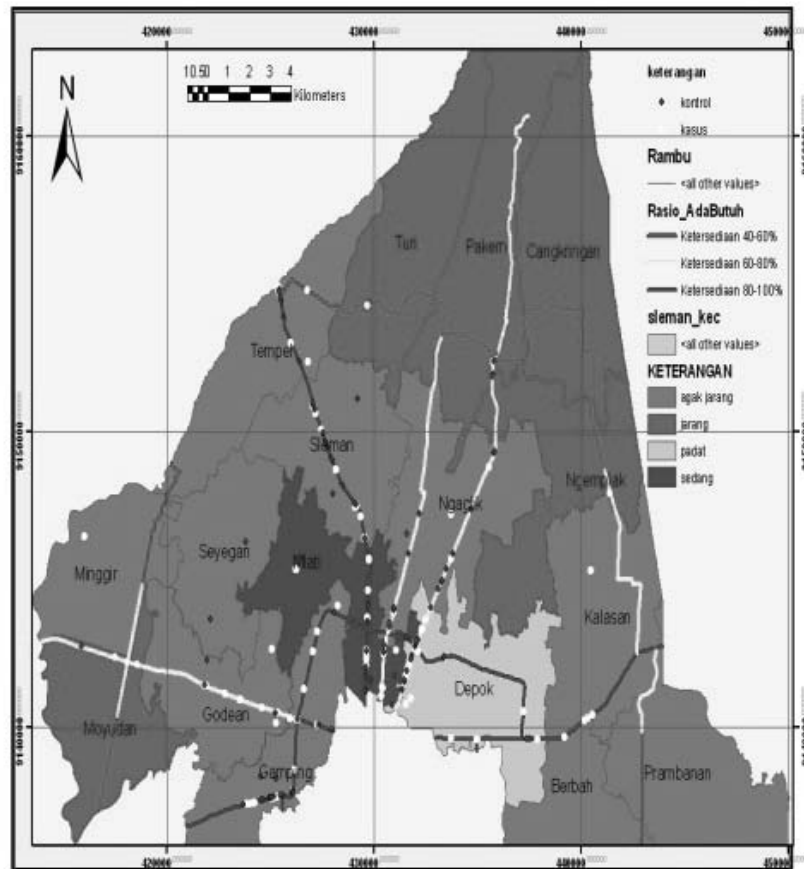
b. *Overlay* rasio volume dan konsentrasi jalan terhadap kasus

Pada hasil pengkategorian level rasio volume konsentrasi tampak bahwa jalan yang memiliki level paling tinggi yaitu pada jalan Kaliurang km 0 –km 5, jalan monumen jogja kembali, dimana pada level E berarti jalan tersebut memiliki VC ratio yang buruk, dimana pada level E terjadi arus lalu lintas yang tidak stabil, kecepatan kendaraan rendah dan terkadang berhenti, volume kendaraan dibawah kapasitas jalan, terjadi hambatan hambatan yang besar.



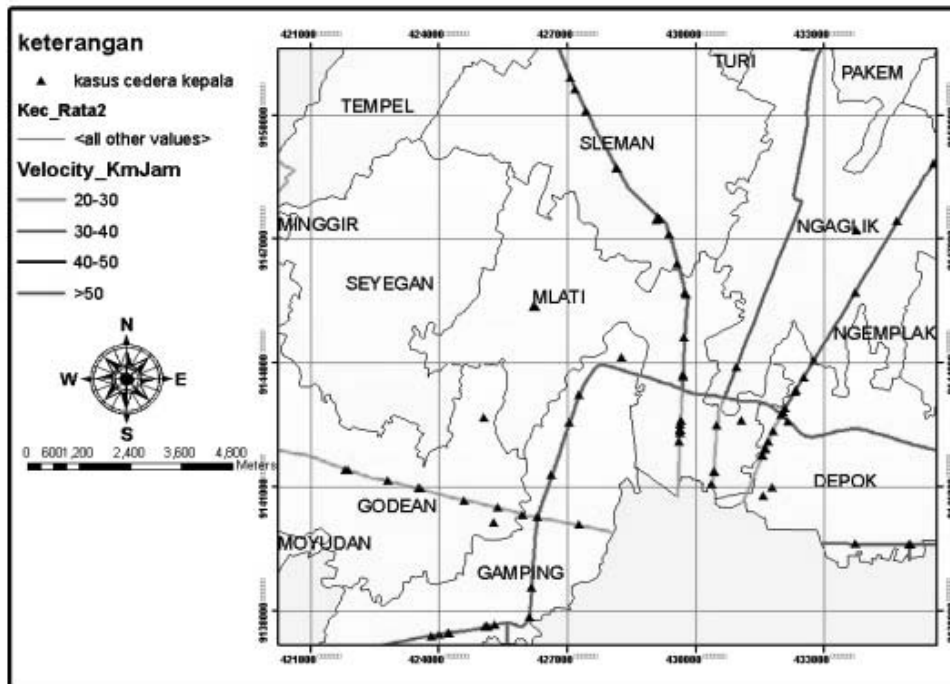
Gambar 8. *Overlay* level jalan terhadap kasus

Kejadian cedera kepala terbanyak pada VC ratio level A yaitu pada jalan Magelang, jalan Godean dan dalam Wates, kemudian disusul pada level E yaitu pada jalan Kaliurang.

c. *Overlay* ketersediaan rambu terhadap kasus

Gambar 9. *Overlay* ketersediaan rambu terhadap kasus dan control
Gambar 9 memperlihatkan bahwa kejadian kecelakaan terbanyak terjadi pada ketersediaan rambu 80-100 % yaitu pada jalan Magelang yaitu sebanyak 59 kecelakaan dan 29 diantaranya mengalami cedera kepala, sedangkan pada jalan Kaliurang ketersediaan rambu berkisar antara 60-80% dan didapati sebagai jumlah kasus terbanyak kedua setelah Magelang yaitu sebanyak 42 orang, dari 42 orang didapati 16 diantaranya mengalami cedera kepala.

g. Overlay velocity terhadap kasus dan kontrol

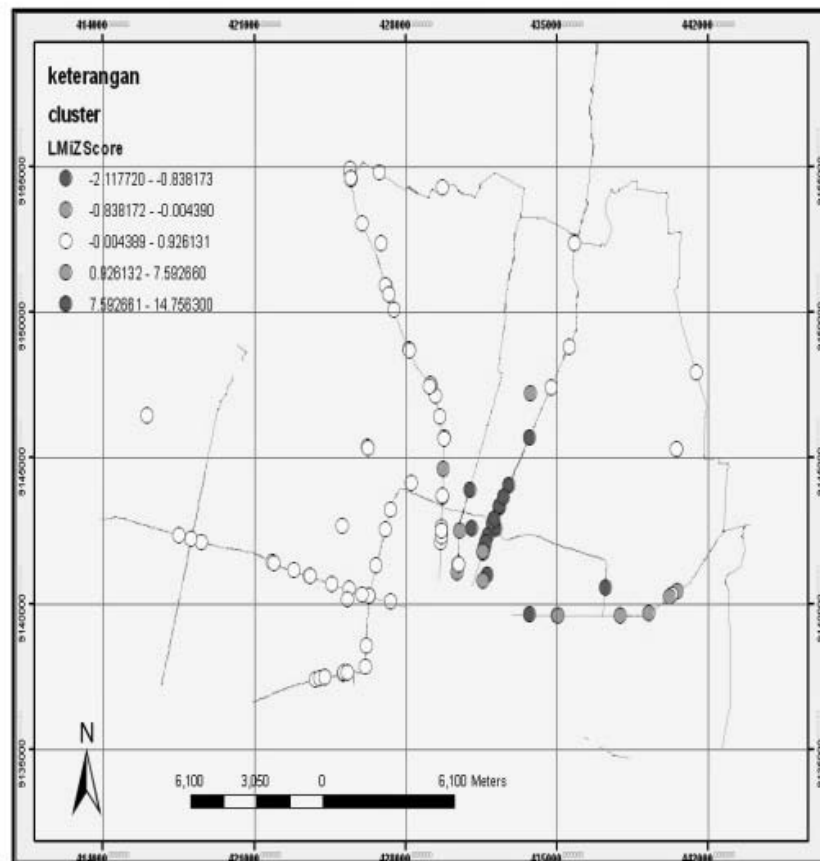


Gambar 10. Overlay velocity terhadap kasus

Gambar 10 dapat kita lihat bahwa pada jalan Magelang, Ringroad, jalan Solo dan jalan Wates memiliki rata rata kecepatan diatas 50km/jam sedangkan jalan Kaliurang dan jalan Tentara Pelajar memiliki rata rata berkendara 40-50km/jam, dan pada jalan Kaliurang km 0-5, jalan monjali dan jalan Godean rata rata kecepatan berkendara hanya 20-30km/jam. Kecepatan rata rata lebih dari 50km/jam dengan kejadian cedera kepala terbanyak terjadi pada jalan Magelang yaitu sebanyak 24 kasus.

h. *Cluster model anselin moran's I*

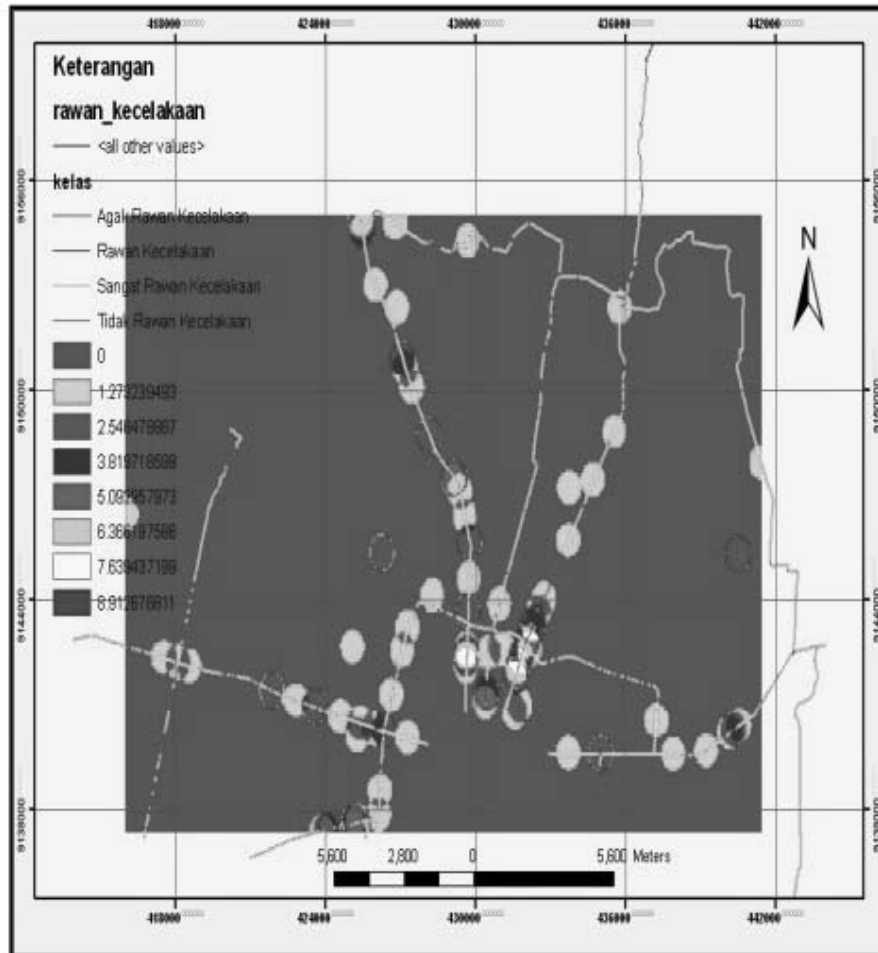
Penelitian juga melihat apakah terdapat cluster pada kecelakaan yang mengakibatkan cedera kepala, dimana penetapan cluster dengan model *anselin local moran's I*. Pada gambar 16 memperlihatkan adanya cluster kejadian cedera kepala diakibatkan oleh kecelakaan lalu lintas.



Gambar 11. cluster cedera kepala di wilayah kabupaten Sleman

Adanya pengelompokkan kasus cedera kepala pada jalan Kaliurang km 4 – km6, dimana pada pengelompokkan ini didapatkan nilai z sebesar 7.692661 -14.756300, yang menunjukkan bahwa terdapat pola cluster pada kecelakaan lalu lintas yang menyebabkan cedera kepala.

- i. Tingkat kepadatan kasus dengan metode *neighbourhood point density*
Tingkat kepadatan kasus cedera kepala dengan metode *neighbourhood point density* dapat dilihat pada gambar 17. Tampak bahwa kepadatan kasus cedera kepala bervariasi dari tiap tiap jalan.



Gambar 12. Tingkat kepadatan kasus cedera kepala

Tampak pada gambar 17 bahwa kepadatan kasus dikategorikan dari satu kasus atau kasus tunggal hingga 8 kasus. Kepadatan kasus yang terbanyak terjadi di jalan Kaliurang pada sekitar km 3 sampai km 6. Tampak bahwa terdapat tiga titik dengan kepadatan 7 kasus.

PEMBAHASAN

1. Umur terhadap cedera kepala

Usia sebagai faktor predisposisi pada fase pre event telah menjadi perhatian sejak lama, usia sendiri bukanlah penyebab langsung terhadap terjadinya cedera kepala⁶, namun demikian faktor usia seseorang akan mempengaruhi cara pandang seseorang dalam melakukan sesuatu. Ada perbedaan yang penting antara perilaku yang jelas (*overt behaviour*) dan perilaku tersembunyi (*covert behaviour*). Hanya

perilaku yang jelas dapat diobservasi dan direkam. Perilaku tersembunyi tidak dapat diobservasi, perilaku ini antarlain emosi, sikap, kebiasaan. Apabila dikaitkan dengan usia seseorang, memang akan tampak bahwa usia muda akan memiliki perilaku tersembunyi yang lebih agresif dan emosional dalam berkedara⁷.

Penelitian yang dilakukan oleh Bart⁸ mendapatkan hasil bahwa adanya perbedaan cedera kepala terhadap umur dengan uji t test dengan nilai p sebesar 0.0045. sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Bagella⁹ yang melakukan penelian di Colorado mendapati bahwa usia tidak terbukti secara statistik mempengaruhi kejadian cedera kepala dengan CI 0.70-2.09 dengan OR 1.21. Tidak adanya kemaknaan antara usia dengan kejadian cedera kepala lebih disebabkan oleh bisa diakibatkan pola kecelakaan yang terjadi di wilayah kabupaten Sleman sebagian besar diakibatkan oleh karena bertabrakan. Meski secara statistik usia tidak berhubungan dengan kejadian cedera kepala namun demikian kejadian kecelakaan tersering dialami oleh responden dengan usia 10-20 tahun dimana pada usia tersebut sebanyak 65 repsonden, dari jumlah tersebut terdapat 33 responden mengalami cedera kepala. Bart⁸ melakukan penelitian tentang *bicycle-related head injury* dimana penelitian tersebut dilakukan di rumah sakit Gasthuisberg, Negara Belgia. Penelitian tersebut mendapati usia 11 - 20 tahun terbukti memiliki angka tertinggi dalam kasus kecelakaan sepeda motor, pola kecelakaan yang terjadi juga lebih banyak disebabkan oleh karena bertabrakan dengan kendaraan lain. Pada kelompok usia 15-29 tahun sebagai kelompok yang memiliki tingkat kematian tertinggi³.

2. Jenis Kelamin terhadap cedera kepala

Javouhey¹⁰ melakukan penelitian tentang insidensi dan faktor resiko keparahan cedera kepala, penelitian dilakukan di Perancis, secara deskriptif menyebukan bahwa jenis kelamin laki laki memiliki insidensi lebih sering dibandingkan jenis kelamin perempuan, pada usia kurang dari 25 tahun dan berjenis kelamin laki laki merupakan usia yang tersering mengalami kecelakaan lalu linta. Masih dalam penelitian yang sama kasus *Traumatic Brain Injury* (TBI) lebih banyak terjadi pada responden berjenis kelamin laki laki yaitu sebanyak 925 (2.32%) sedangkan kasus TBI pada perempuan hanya sebesar 1.29%. kelompok laki laki juga memiliki mortalitas yang lebih besar dibanding dengan perempuan. Adanya kesamaan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin laki laki walau secara statistik tidak berbeda namun secara deskriptif memiliki jumlah yang dominan, sehingga laki laki tetap beresiko mengalami kecelakaan dan cedera kepala lebih tinggi. Tidak adanya perbedaan secara statistik pada penelitian ini lebih dikarenakan adanya faktor lain seperti bentuk kecelakaan. Perilaku berkendara dengan kecepatan tinggi tidak hanya dilakukan oleh jenis kelamin laki laki, dimana dengan bertambahnya variasi sepeda motor khususnya *matic* dan cc besar, yang mudah dan nyaman dipakai oleh kaum perempuan akan mempengaruhi perilaku berkendara. Berbeda dengan hasil penelitian dari Majdzadeh¹¹ yang menyebutkan bahwa laki laki dua kali lebih beresiko untuk mengalami cedera. Sedangkan penelitian yang dilakukan Ji Ming¹² mendapati hasil tidak terdapat perbedaan secara statistik antara jenis kelamin laki laki dan perempuan terhadap tingkat keparahan cedera kepala dengan nilai p 0.134.

Perbedaan ini terjadi dikarenakan bahwa kejadian kecelakaan yang terjadi di wilayah Sleman sebagian besar karena terjadi tabrakan baik dengan sepeda motor maupun kendaraan lain, dan kecelakaan terjadi juga bukan karena perilaku berkendara yang cepat akan tetapi karena tidak mampu mengontrol pada saat terjadi singgungan dengan kendaraan lain.

3. Kepemilikan Surat Izin Mengemudi terhadap cedera kepala

Wells¹³ yang mendapati bahwa secara statistik terdapat perbedaan antara kepemilikan SIM dengan kejadian cedera. Seseorang dengan kepemilikan SIM menjadi lebih teratur dalam berkendara, hal ini dikarenakan pada pengendara yang memiliki SIM lebih memahami dalam hal berlalulintas, hal ini disebabkan pada setiap pengendara sepeda motor yang akan membuat SIM maka wajib mengikuti persyaratan, dimana salah satu persyaratan yang harus dipenuhi adalah lulus pada uji pemahaman berlalulintas dan lulus pada uji keterampilan berkendara⁶. Diantara pengendara sepeda motor yang mengalami cedera yang parah terdapat 75% yang memiliki SIM yang masih berlaku⁶. Pada penelitian ini diketahui bahwa pada usia kurang dari 25 tahun sebagian besar 56.6% tidak memiliki SIM. Rendahnya kepemilikan SIM juga terjadi pada kelompok umur kurang dari 20 tahun⁶. Dengan melihat rendahnya kepemilikan SIM pada kelompok usia muda meningkatkan resiko terjadinya kecelakaan yang bisa berdampak pada cedera kepala.

4. Kecepatan mengemudi terhadap cedera kepala

Semakin tinggi pengendara melaju kendaraan maka semakin berisiko mengalami kecelakaan dan semakin berisiko mengalami dampak yang lebih besar akibat dari kecelakaan tersebut³. Kelebihan kecepatan didefinisikan sebagai mengendarai kendaraan melebihi batas kecepatan yang relevan. Meningkatnya Kecepatan dalam berkendara akan meningkatkan keparahan cedera. Studi menunjukkan bahwa semakin tinggi kecepatan, semakin besar kemungkinan mengalami keparahan cedera⁶.

Kecepatan memiliki hubungan erat terhadap kejadian cedera, hal ini disebabkan adanya proses mekanik yang akan menimbulkan terjadinya energi. Energi kinetik terjadi karena adanya kecepatan, dimana pada teori ini disebutkan bahwa semakin tinggi kecepatan seseorang maka energi yang dihasilkan akan lebih besar, artinya bila dikaitkan dengan kejadian cedera kepala maka apabila seseorang melaju dengan kecepatan tinggi maka benturan kepala akan lebih keras hal ini akan berdampak pada ruda paksa yang terjadi akan lebih besar dan akan menimbulkan cedera kepala. Besarnya energi selain dipengaruhi oleh kecepatan benda yang bergerak juga dipengaruhi oleh masa atau beban dari benda yang bergerak, semakin besar masa benda yang bergerak juga akan meningkatkan energi yang dihasilkan

Study dilakukan pada 900 kejadian kecelakaan pada sepeda motor menunjukkan bahwa 40% kejadian kecelakaan terjadi pada pengendara dengan kecepatan 0-20 mph, 30% pada kecepatan 21-30 mph, 14% pada kecepatan 30-40

mph dan 16% pada kecepatan ≥ 41 mph⁶. Kecepatan lebih dari 50 km/h menurunkan efektifitas fungsi pemakaian helm dalam mencegah terjadinya cedera kepala⁶. Sedangkan menurut Qirjako¹⁴ didapatkan bahwa faktor perilaku berkendara seperti kecepatan mengendarai sepeda motor 2,6 kali lebih tinggi dibanding yang tidak.

5. Kualitas helm terhadap cedera kepala

Sesuai dengan undang undang lalu lintas no 22/2009 tentang penggunaan helm berstandar dirasa dapat berdampak pada resiko cedera kepala. Penggunaan pelindung kepala telah menjadi kebijakan pemerintah yang cukup lama dan telah banyak sekali bukti bukti yang mendukung adanya hubungan antara pemakaian helm dengan kejadian cedera kepala. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Gabella⁹ melaporkan bahwa tidak memakai helm telah terbukti 3.34 kali lebih beresiko mengalami cedera kepala dengan 95 % *confiden interval* 1.76 – 6.46. penelitian lain yang dilakukan oleh Conrad¹⁵ melakukan penelitian tentang pemakaian helm, cedera dan budaya pada pengendara yang mengalami cedera kepala di Indonesia, mendapati secara deskriptif bahwa responden tanpa pelindung kepala mengalami cedera kepala serius sebanyak 29%. Berdasarkan laporan dari kepolisian mengatakan bahwa pemakaian helm telah terbukti menurunkan resiko kematian sebesar 29% pada tahun 1972 -1987 kemudian meningkat keefektifitasnya menjadi 37% pada tahun 1993-2002⁶ meningkatnya efektifitas tersebut disebabkan oleh meningkatnya kualitas bahan pembuatan helm, serta meningkatnya design helm⁶. Tidak memakai helm terbukti memiliki resiko 3.1 kali untuk mengalami cedera kepala atau kematian dibandingkan dengan pemakai helm⁶, sedangkan Deutermann⁶ menyebutkan tidak memakai helm berpeluang mengalami fraktur tengkorak kepala 2.4 kali dibandingkan pada pemakai helm. Dengan adanya peraturan perundang undangan tentang pemakaian helm khususnya di wilayah Sleman telah mendorong masyarakat mentaati peraturan tersebut. Dari hasil observasi responden didapati terdapat 159 (76.4%) telah menggunakan helm, ini berarti kesadaran akan pemakaian helm di wilayah Sleman sudah cukup baik, berbeda dengan hasil penelitian Concard¹⁵ yang menemukan terdapat 91% pengendara sepeda motor dijalan Kaliurang tidak memakai helm. Pemakaian helm sendiri masih bisa dipengaruhi oleh jenis helm yang digunakan, berdasarkan peraturan undang undang lalu lintas no 22 tahun 2009 setiap pengendara wajib menggunakan helm berstandar nasional indonesia (SNI), ini dibuktikan dengan label SNI. Variabel tipe helm yang digunakan dikategorikan dalam helm SNI dan helm non SNI. Hasil yang didapatkan dari penelitian bahwa pada kelompok kasus terdapat 51 (49%) tidak menggunakan helm SNI, sedangkan pada kelompok kontrol ditemukan 71 (68.3%) responden telah menggunakan helm SNI. Variabel penggunaan helm berstandar nasional indonesia terhadap kejadian cedera kepala, menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan dengan nilai p sebesar 0.011 dengan *confiden interval* 1.17-3.64, hal ini berarti bermakna secara statistik. Sedangkan pada kemaknaan biologi didapatkan OR :2.07 yang artinya juga bermakna. Pemakaian helm SNI terhadap kejadian cedera kepala belum banyak dilakukan penelitian hal ini lebih dikarenakan merupakan kebijakan baru, namun demikian menurut Evan mendapati terbukti pemakaian helm dengan kualitas dan design yang baik menurunkan angka cedera

kepala dan kematian sebesar 37% selama tahun 1993-2002⁶. Terdapat tiga tipe helm yang terbukti dapat menurunkan cedera kepala masing masing adalah helm *full face*, *full-coverage*, dan *half coverage*⁶. Dapat dilihat bahwa helm SNI merupakan helm dengan bahan yang baik dan memiliki design menutupi bagian tengkorak kepala sehingga tahan terhadap benturan dan dapat melindungi kepala dari benturan benda keras. Pemakaian helm selain dari penggunaan helm SNI juga perlu memperhatikan dalam hal pemakaian tali pengaman, karena tali pengaman yang tidak dikuncikan juga dianggap sebagai faktor resiko terhadap kejadian cedera kepala. Variabel penguncian tali pengaman dibagi dalam kelompok terkunci dan tidak terkunci. Penelitian ini mendapatkan data tentang penguncian tali pengaman helm, bahwa pada kelompok kasus dijumpai sebanyak 60 (57.7%) responden tidak mengunci tali pengaman helm, dan pada kelompok kontrol hanya 33 (31.7%) responden yang tidak menguncikan tali pengaman helm. Penguncian tali pengaman terhadap kejadian cedera kepala memperoleh nilai p sebesar 0.000 yang berarti terdapat hubungan antara penguncian tali pengaman dengan cedera kepala, dan 95% *confiden interval* 1.67-5.17. Sedangkan pada penelitian ini juga didapatkan nilai OR:2.93. Pengendara yang tidak menguncikan tali pengaman dengan baik lebih berisiko mengalami cedera kepala hal ini dikarenakan pada saat terjadi benturan maka helm akan terhempas dan lepas dari kepala, pada saat helm terlepas dari kepala makan sangat mudah kepala berbenturan langsung dengan obyek yang lain, apabila obyek yang berbenturan langsung dengan kepala merupakan obyek keras maka kepala akan mengalami cedera.

6. Bentuk Kecelakaan terhadap kejadian cedera kepala

Berdasarkan bentuk kecelakaan dikelompokkan dalam dua kategori yaitu tabrakan dan terjatuh. Pada kelompok kasus terdapat 73 (77.7%) terjadi karena mengalami tabrakan baik dengan sepeda motor maupun dengan kendaraan roda empat, pada kelompok kontrol terdapat 25 (26.6%) responden terjatuh. Variabel bentuk kecelakaan terhadap cedera kepala didapatkan nilai p 0.498 dengan *confinden interval* sebesar 0.646-2.454 yang berarti tidak berhubungan antara bentuk kecelakaan dengan cedera kepala secara statistik. Sedangkan pada nilai OR:1.259, yang berarti bermaksan secara biologi. Terdapat 36% cedera fatal diakibatkan karena terjadi kecelakaan yang diakibatkan bertabrakan dengan kendaraan lain dimana hal ini disebabkan karena pengendara melakukan belokan secara tiba tiba, dimana kendaraan yang yang dominan terlibat adalah mobil yaitu sebesar 62%¹⁶, berbeda dengan penelitian lain dimana pola kecelakaan bertabrakan dengan kendaraan lain tidak terbukti memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami cedera dibandingkan dengan kecelakaan akibat design jalan, tergelincir¹¹. Tabrakan di jalan merupakan penyebab terbesar luka atau kematian dini (*early death*) pada pria antara umur 15 sampai 44 di seluruh Negara³. Kecelakaan yang mengakibatkan cedera kepala selain dari factor kendaraan lain yang terlibat dalam kecelakaan juga dapat dikarenakan oleh obyek lain yang dibuat oleh manusia seperti design jalan yang ada, bentuk jalan memiliki resiko 2.32 kali terhadap kejadian cedera akibat kecelakaan lalulintas¹¹.

7. Analisis spasial

Terjadinya cedera kepala diperkirakan bukan hanya terjadi karena faktor manusia tetapi juga faktor lingkungan seperti tingkat kepadatan jalan, rambu lalu lintas, persimpangan jalan.

1) Parameter penggunaan lahan dan rasio volume konsentrasi terhadap cedera kepala

Kecelakaan yang mengakibatkan cedera kepala terjadi di beberapa ruas jalan, seperti jalan Magelang, Monjali, Kaliurang, dimana pada ruas jalan tersebut mendominasi kejadian cedera kepala akibat kecelakaan sepeda motor. Jalan tersebut juga termasuk dalam kategori jalan pada daerah komersial dengan aktifitas tinggi disisi jalan, diketahui bahwa pada jalan jalan tersebut terdapat tempat tempat perbelanjaan, dan sarana publik. Tata guna tanah perkotaan menunjukkan pembagian dalam ruang dan peran kota. Misalnya kawasan perumahan, kawasan tempat bekerja, kawasan pertokoan dan juga kawasan rekreasi¹⁷. Tingginya penggunaan jalan sebagai daerah komersial memicu masyarakat untuk melakukan aktifitas di wilayah tersebut, aktifitas yang tinggi juga terjadi pada ruas jalan yang melewati wilayah komersial, hal ini akan memicu meningkatnya konsentrasi jalan. Meningkatnya konsentrasi jalan tidak serta merta diimbangi dengan volume jalan hal ini tampak pada jalan kaliurang, pada jalan tersebut tampak adanya konsentrasi jalan yang tinggi dengan volume jalan yang rendah, hal tersebut sangat beresiko terjadi kecelakaan dan juga trauma akibat kecelakaan lalu lintas pada pengendara.

2) Parameter *velocity* terhadap cedera kepala

Meningkatnya kecepatan dalam berkendara akan meningkatkan keparahan cedera. Studi menunjukkan bahwa semakin tinggi kecepatan, semakin besar kemungkinan mengalami keparahan cedera⁶. Study dilakukan pada 900 kejadian kecelakaan pada sepeda motor menunjukkan bahwa 40% kejadian kecelakaan terjadi pada pengendara dengan kecepatan 0-20 mph, 30% pada kecepatan 21-30 mph, 14% pada kecepatan 30-40 mph dan 16% pada kecepatan ≥ 41 mph⁶. Kecepatan lebih dari 50 km/h menurunkan efektifitas fungsi pemakaian helm dalam mencegah terjadinya cedera kepala⁶. Jalan Magelang, Ringroad, jalan Solo dan jalan Wates memiliki rata rata kecepatan diatas 50km/jam sedangkan jalan Kaliurang dan jalan Tentara Pelajar memiliki rata rata berkendara 40-50km/jam, dan pada jalan Kaliurang km 0-5, jalan monjali dan jalan Godean rata-rata kecepatan berkendara hanya 20-30km/jam. Kecepatan rata-rata lebih dari 50km/jam dengan kejadian cedera kepala terbanyak terjadi pada jalan Magelang yaitu sebanyak 24 kasus. Kecepatan sangat erat kaitannya dengan terjadinya trauma. Hal ini disebabkan bahwa secara biomekanik berat ringannya trauma terjadin oleh karena dua hal yaitu kecepatan dan masa yang bergerak. Semakin cepat seseorang berkendara maka dapat dipastikan semakin besar orang tersebut mengalami cedera.

3) Parameter pola arus jalan terhadap cedera kepala

Observasi pola arus terhadap kejadian cedera kepala ditemukan bahwa cedera kepala didominasi pada jalan dua arah dengan satu median, dimana pada jalan-jalan tersebut pembatas ruas jalan hanya dengan menggunakan pembatas jalan atau marka. Sedangkan pada jalan dua arah lebih dari satu median seperti jalan lingkar jumlah kasus cedera kepala tampak sedikit. Pola arus dua arah dengan tanpa pembatas diketahui berpeluang bagi pengemudi untuk bisa melakukan belokan di setiap ruas jalan, belokan yang mendadak akan memicu terjadinya kecelakaan.

4) Parameter persimpangan jalan, ketersediaan rambu terhadap cedera kepala

Pada penelitian ini ditemukan tingginya persimpangan di beberapa ruas jalan seperti jalan Kaliurang, Godean, Wates. Kejadian cedera kepala dikaitkan dengan persimpangan jalan tampak bahwa, jalan Kaliurang memiliki jumlah kasus yang cukup tinggi, apabila dikaitkan dengan jumlah persimpangan jalan maka tampak bahwa kejadian cedera kepala banyak sekali terjadi pada persimpangan jalan khususnya di jalan Kaliurang. Rendahnya pengaturan persimpangan di wilayah Sleman seperti jalan Kaliurang merupakan salah satu pemicu terhadap terjadinya kecelakaan yang mengakibatkan terjadinya cedera kepala, banyak sekali persimpangan-persimpangan jalan di wilayah tersebut tidak dilengkapi dengan rambu lalu lintas. Manajemen persimpangan jalan yang kurang baik seperti tidak terdapat fasilitas penyeberangan jalan, akan memicu pengendara untuk melakukan belokan dengan cepat dan tidak terkontrol, hal ini akan dapat memicu terjadinya kecelakaan yang dapat mengakibatkan cedera¹⁸.

5) Parameter tingkat kerawanan jalan dengan cedera kepala

Pengukuran dari berbagai parameter tingkat kerawanan jalan tampak bahwa ada beberapa ruas jalan yang dikategorikan sebagai jalan rawan, yaitu pada jalan Kaliurang dan jalan Monjali. Kasus cedera kepala terjadi di kedua jalan tersebut, khususnya pada jalan Kaliurang dimana pada jalan tersebut kejadian cedera kepala cukup tinggi. Hasil observasi didapatkan bahwa pada kondisi jalan yang rata dan lurus, menyebabkan pengendara sepeda motor cenderung untuk melaju dengan kecepatan tinggi, hal ini akan memicu terjadinya kecelakaan ditambah lagi rendahnya fasilitas jalan. Berbeda dengan kondisi jalan yang rusak, sempit dan berlubang, pada jalan tersebut pengendara justru akan lebih berhati-hati dengan tidak melaju dengan kencang dan pengendara akan lebih berkonsentrasi. Selain daripada itu jalan antar kota memiliki resiko kecelakaan lebih besar daripada jalan dalam kota hal ini dikemukakan¹⁴ mendapatkan bahwa kejadian kecelakaan empat kali lebih sering terjadi di jalan antara kota dibandingkan dengan jalan kota. Terdapat pula pengelompokan kasus cedera kepala di jalan Kaliurang, pada jalan Kaliurang juga didapati sebagai jalan yang memiliki karakteristik rawan kecelakaan, pengkategorian lokasi rawan kecelakaan didasari pada beberapa harkat antara lain harkat rasio volume dan konsentrasi jalan, ketersediaan rambu, bahu jalan, kecepatan berkendara. Kecelakaan terjadi sebesar 81.5% pada cuaca yang cerah, namun pada kondisi hujan memiliki hubungan yang signifikan terhadap keparahan cedera⁶.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai analisis spasial dan faktor resiko cedera kepala yang dilaksanakan di wilayah kabupaten Sleman, maka dapat disimpulkan :

1. Terdapat hubungan antara kepemilikan SIM dan lamanya kepemilikan SIM dengan terjadinya cedera kepala, dimana pada kelompok tidak memiliki dan atau memiliki SIM kurang dari satu tahun memiliki resiko lebih besar untuk mengalami cedera kepala dari pada yang memiliki SIM dan lebih dari satu tahun.
2. Terdapat hubungan antara pemakaian helm SNI dengan kejadian cedera kepala pada kecelakaan sepeda motor di wilayah kabupaten Sleman, pada pengguna helm non SNI lebih berisiko untuk mengalami cedera kepala dari pada responden yang menggunakan helm SNI
3. Perilaku pemakaian tali pengaman merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap kejadian cedera kepala, dimana tidak menggunakan tali pengaman terbukti lebih berisiko mengalami cedera kepala daripada yang menggunakan tali pengaman.
4. Tingkat kepadatan kasus kecelakaan yang mengakibatkan cedera kepala terjadi di jalan Kaliurang km3 –km7.
5. Terdapat pengelompokkan kasus cedera kepala di jalan Kaliurang km3-km7 dimana pengelompokkan kasus terbukti secara statistik.

SARAN

1. Dengan ditemukannya hubungan penggunaan helm berstandar nasional Indonesia, serta perilaku pemakaian kunci pengaman helm, terhadap kejadian cedera kepala, maka perlu adanya upaya primer baik bagi dinas kesehatan maupun kepolisian dan dinas perhubungan untuk selalu mempromosikan perilaku pemakaian helm yang baik.
2. Kecelakaan sering terjadi akibat bertabrakan dengan kendaraan lain, khususnya pada daerah yang tidak terdapat pembatas antar jalur, seperti di jalan Magelang, jalan Kaliurang, jalan, Wates, sehingga hal ini perlu adanya pemberian pembatas jalan, sehingga diharapkan dapat menurunkan angka kecelakaan yang dampaknya beresiko pada kejadian cedera kepala.
3. Pengelompokkan kasus cedera kepala dan tingginya densitas kasus cedera kepala terjadi pada jalan Kaliurang. Jalan tersebut memiliki VC rasio yang cukup tinggi yaitu pada level E, sehingga perlu adanya upaya pengaturan jalan dengan penambahan luas jalan dan pembatas jalan pada jalan Kaliurang km4 – km6.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization (WHO) 2004 A 5-Years WHO Strategy For Road Traffic Injury Prevention, WHO, Geneva
2. Anurogo, D., 2008, Neurologi Update 2008: Cedera Kepala Traumatik (Bagian 1), <http://www.kabarindonesia.com/berita.php?pil=20&dn=2008042722504> [9 februari 2010]
3. World Health Organization (WHO) 2004 World Report On Traffic Injury Prevention, Main Message And Recommendations who, Geneva, Switzerland
4. Kompas, 2010. Ini Dia Manfaat Menyalakan Lampu Sepeda Motor Siang Hari. <http://megapolitan.kompas.com/read/2010/02/02/08353252/Ini.Dia.Manfaat.Menyalakan.Lampu.Sepeda.Motor.Siang.Hari>. [3 maret 2010]
5. Primananda A., Suharyadi, (2005) *Pemodelan spasial tingkat kerawanan kecelakaan lalu lintas disurabaya pusat dengan memanfaatkan foto udara*. Pertemuan ilmiah tahunan MAPIN XIV. Surabaya
6. Lin R.M., Kraus, F.J., 2009. A review of risk factors and patterns of motorcycle injuries, *Accident Analysis and Prevention* 41 710–722
7. Lulie Y, Hatmoko. J.T (2005) *Perilaku Agresif Menyebabkan Resiko Kecelakaan Saat Mengemudi*, *Jurnal Teknik Sipil* Vol 6.No1 (60-63)
8. Depreitere Bart., Carl VL., Sigrid M., Cristiaan P., Jos VS., Remy VA., Georges VDP., Jan S, 2004. Bicycle-related head injury : a study of 86 cases. *Accident analysis and prevention*; 36:561-567
9. Gabella ., Kathy L., Reiner., Richard E., Hoffman., Magdalena C., Stalones L. relation of helmet use and head injuries among motorcycle crash victims in el paso country, Colorado, 1990. pergamon
10. Jovouhey E., Guerin AC., Chiron M. incidence and risk factors of severe traumatic brain injury resulting from road accidents : a population-based study. *Accident analysis and prevention*; 38;225-233
11. Majdzadeh, R., Khalagi, K., Naraghi, K., Motevalian, A., Reza M.E., 2008. Determinants Of Traffic Injuries In Drivers And Motorcyclists Involved In An Accident, *Elsevier, Accident Analysis And Prevention* 40;17–23
12. Ming JI., Gilchick RA., Bender SJ. (2006) *Trend in helmet use and head injury in san diego country: the effect of bicycle helmet legislation*. *Accident analysis and prevention*; 38;128-134
13. Well S., Mulin B., Norton R., Langley J., Conor J., Jackson R. 2009. Motorcycle rider conspicuity and crash related injury: case-control study. *BMJ*
14. Qirjako, G., Burazeri, B., Hysa, B., Roshi, E. (2008) *Faktors Associated With Fatal Traffic Accidents In Tirana, Albania: Crosssectional Study*, *Croat Med Jurnal*, 49, 734-240
15. Conrad, P., Bradsiaw., Lamsudin, R., Kasniyai, N., Costello, C, 1995. Helmets, Injuries And Cultural Definitions: Motorcycle Injury In Urban Indonesia *Accid. Anal. and Prev.*, Vol. 28, No. 2, pp. 193-200
16. Ki Kim J., Kim S., Ulfarsson G., Porrelo LA., 2007. Bicyclist injury severity in bicycle-motor vehicle accidents, *elsevier, accident analysis and prevention* 39;238-251
17. Budi, I.S. (2007) *Pengaruh penggunaan lahan terhadap bangkitan dan tarikan pergerakan disepanjang jalan Gadjah Mada kota Padang*. Tesis, Universitas Diponegoro
18. Harianto. J, (2004) *Perencanaan persimpangan tidak sebidang pada jalan raya*. Teknik sipil. Universitas Sumatera Utara

**PENGALAMAN REMAJA SEBAGAI PENDIDIK SEBAYA DALAM
PENCEGAHAN PERILAKU SEKS BEBAS DI WILAYAH KELURAHAN TUGU
KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK**

Diah Ratnawati^{1*}, Astuti Yuni Nursasi², Henny Permatasari²

1. FIKES, Universitas Pembangunan Nasional, Veteran, Jakarta, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

*Email: ratnawatidiah@yahoo.co.id, ratnawatidiah@gmail.com

ABSTRAK

Kegiatan pendidik sebaya dilaksanakan untuk mencegah terjadinya perilaku seks bebas pada remaja. Penelitian ini bertujuan menggali pengalaman remaja sebagai pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas di sekolah dan masyarakat. Penelitian menggunakan wawancara mendalam kepada sepuluh partisipan di SMU "R", Kelurahan Tugu, Cimanggis, Depok pada Desember 2012-Januari 2013. Penelitian menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Analisis data menggunakan metode Colaizzi. Remaja menyatakan senang menjadi pendidik sebaya karena bermanfaat bagi diri sendiri dan lingkungan. Pengalaman remaja diperoleh saat menjalani proses awal menjadi pendidik sebaya dan dalam pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya. Hambatan dari diri sendiri dan lingkungan serta dukungan lingkungan dialami remaja selama pelaksanaan kegiatan. Remaja berharap agar kegiatan pendidik sebaya terus berlanjut. Perawat komunitas perlu berperan aktif mengembangkan program pendidik sebaya bagi remaja sebagai salah satu tindakan utama asuhan keperawatan komunitas tingkat preventif, khususnya dalam pencegahan perilaku seks bebas.

Kata kunci: Pengalaman remaja, pendidik sebaya, pencegahan perilaku seks bebas

PENDAHULUAN

Fenomena perilaku seks bebas secara internasional pada remaja terjadi variasi waktu permulaan hubungan heteroseksual. Permulaan hubungan seksual biasanya terjadi lebih awal di Amerika Serikat, rata-rata remaja perempuan melakukan hubungan seksual pertama kali pada usia 17 tahun dan remaja laki-laki di usia 16 tahun (Singh, Wulf, Samara dan Cuca, 2000; Sieving, Oliphant dan Blum, 2002; Papalia, Olds dan Feldman, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh *Planned Parenthood of Indiana* (2006) di negara bagian Amerika Serikat yaitu Indiana terhadap 1000 remaja berumur 15-17 tahun melaporkan bahwa siswa SMA yang pernah melakukan hubungan seksual adalah 44,5%.

Fenomena tersebut dapat juga dilihat di Indonesia dari bertambahnya jumlah penderita HIV/AIDS yang diakibatkan oleh perilaku seks bebas di Jawa Barat. Seperti yang dikatakan Ketua Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Jawa Barat Panca Widi dalam "Lokakarya Penanggulangan HIV/ AIDS" yang digelar atas kerjasama Kementerian

Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pendidikan Nasional dan KPA Jabar di Bandung dalam Liputan 6 SCTV (2011) bahwa di Jawa Barat tingkat penderita HIV/AIDS yang diakibatkan jarum suntik 43 persen, sedangkan penularan yang diakibatkan perilaku seks bebas sebesar 47 persen. Sebagai tambahan, dikatakan Ketua Umum Komisi Nasional (Komnas) Perlindungan Anak Arist Merdeka Sirait di Porsea dalam Harian Analisa (2012), dari sejumlah 423 anak remaja SMP dan SMA yang diteliti pertengahan tahun 2011, sebanyak 68,7 persen responden mengaku pernah melakukan kontak seksual dengan teman sebaya, pacar dan orang dewasa yang tidak bertanggungjawab.

Hasil survei terbaru Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) menggambarkan sebanyak 32% remaja usia 14 hingga 18 tahun di Jakarta, Surabaya, dan Bandung pernah berhubungan seks; data tersebut juga menyatakan 21,2% remaja putri di Indonesia pernah melakukan aborsi dan separuh remaja responden survei mengaku pernah bercumbu ataupun melakukan oral seks (Metronews, 2012). Dewi (2012) dari penelitiannya juga mendapatkan indikasi aktifitas seksual dianggap wajar oleh remaja dalam berpacaran, hasil analisis data bahwa lebih dari separuh remaja (56,8%) berperilaku seks berisiko dari 280 remaja di Kelurahan Pasir Gunung Selatan. Padahal masyarakat Indonesia menganggap seks sebagai suatu yang sakral dan ditabukan tetapi seks justru menimbulkan daya tarik bagi remaja.

Karakteristik remaja yang labil dan emosional menjadi rentan terjebak dalam perilaku seks bebas dan perilaku berisiko lain. Karakteristik kehidupan remaja digambarkan sebagai fase pencarian identitas diri dan lingkungan terkait dengan perubahan secara fisik, emosi dan sosial remaja (Erikson, 1996; dalam McMurray, 2003). Remaja sebagai manusia, menurut Santrock (2007) menjalani masa transisi, dimana remaja akan mengalami banyak perubahan fisik, psikologis dan sosial yang sangat cepat. Perubahan tersebut pada remaja akan mempengaruhi perkembangan terutama proses pematangan tetapi umumnya pematangan fisik terjadi lebih cepat dari proses pematangan kejiwaan atau psikososial (Depkes, 2009). Proses pematangan tersebut sering menyebabkan berbagai masalah.

Masalah yang akan timbul adalah di satu sisi remaja sudah merasa matang secara fisik, ingin bebas dan mandiri. Sementara itu, di sisi lain mereka tetap membutuhkan bantuan, dukungan, serta perlindungan orangtua. Orangtua sering tidak mengetahui atau tidak memahami perubahan yang terjadi pada remaja sehingga tidak jarang terjadi konflik di antara keduanya. Konflik disebabkan, remaja seringkali merasa tidak dimengerti yang diperlihatkan melalui agresifitas yang dapat mengarah pada perilaku berisiko tinggi. Selain itu, lingkungan juga telah banyak mengubah perilaku para remaja sehingga lebih banyak menjurus ke perilaku risiko tinggi (*risk-taking behaviour*) dengan segala dampak negatif dari perilaku tersebut (Willis, 2010).

Bagi remaja, teman sebaya sangat mempengaruhi kegiatan mereka, baik hal yang positif maupun yang negatif. Kelompok teman sebaya adalah lingkungan atau orang ke dua setelah orang tua yang berperan saling timbal balik hubungannya bagi remaja. Penelitian Cynthia (2011) tentang konformitas kelompok dan perilaku seks bebas dari hasil analisis terbukti bahwa ada hubungan positif yang sangat signifikan antara konformitas kelompok dengan perilaku seks bebas (*free sex*), dimana subyek yang mempunyai konformitas

kelompok tinggi cenderung sering dalam melakukan perilaku seks bebas (*free sex*) dan sebaliknya subjek yang mempunyai konformitas kelompok yang rendah cenderung jarang dalam melakukan perilaku seks bebas (*free sex*). Konformitas kelompok yang dimaksud adalah kondisi dimana seseorang mengadopsi sikap atau perilaku dari orang lain dalam kelompoknya karena tekanan dari kenyataan atau kesan yang diberikan kelompoknya tersebut (Santrock, 2007).

Apabila lingkungan *peer* atau kelompok teman sebaya pada remaja mendukung untuk dilakukan seks bebas serta konformitas remaja yang juga tinggi pada kelompok teman sebayanya, maka remaja tersebut sangat berpeluang untuk melakukan seks bebas (Sarwono, 2012). Sementara itu, perkembangan teknologi ternyata bisa berdampak negatif pada remaja karena memberikan kemudahan untuk mengakses hal-hal yang bermuatan pornografi via internet, seperti film, video, musik, dan gambar porno yang menjadi pemicu timbulnya perilaku seks bebas (Santrock, 2009; Berk, 2010). Sebuah studi yang dilakukan terhadap 1.762 remaja berusia antara 12-17 tahun, menemukan bahwa mereka yang lebih banyak menonton pertunjukan TV mengandung adegan-adegan seksual maka cenderung melakukan hubungan seksual dalam waktu 12 bulan setelah terpapar dibandingkan rekan-rekannya yang kurang menonton pertunjukan serupa (Collins dkk, 2004).

Penelitian tentang pengaruh paparan pornografi mempengaruhi seksualitas juga dilakukan oleh Dewi (2012), hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara media internet dengan perilaku seksual remaja di Kelurahan Pasir Gunung Selatan Depok. Perilaku seksual remaja secara bebas sebelum usia 16 tahun atau remaja awal memiliki risiko untuk mengalami kehamilan dan terkena infeksi yang ditularkan secara seksual (Santelli dkk, 2004). Konsekuensi dari terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja mengakibatkan timbulnya kasus aborsi, sebanyak 19% kasus pada tahun 2003, persentase naik menjadi 32% kasus pada tahun 2006 dan hampir tetap persentasenya pada tahun 2008 sebesar 31% kasus pada remaja perempuan di Amerika Serikat yang berusia 15-19 tahun (Santrock, 2007; Kost, Henshaw dan Carlin, 2010; Kost, dan Henshaw, 2012). Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional/BKKBN (2012) sendiri mengeluarkan data survei bahwa terdapat peningkatan kasus aborsi sebanyak 15% setiap tahun dan diperkirakan di Indonesia mencapai 2,4 juta jiwa.

Tingginya risiko yang ditimbulkan dari perilaku seks bebas remaja, mengakibatkan kekhawatiran pemerintah. Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah terkait kesehatan remaja adalah dengan membuat program pendidikan seks melalui dua pendekatan yaitu remaja itu sendiri dan keluarganya. Pendidikan seks sudah saatnya diberikan melalui revitalisasi program yang sudah ada kepada remaja untuk memberikan pemahaman tentang seks maupun perilaku berisiko lainnya. Pendidikan seks melalui pendekatan pada remaja muncul dari teori *social learning* dan *social cognitive* oleh Bandura (1977 dalam Fitriani, 2011; Sartika, 2012) yang menjadi dasar penentuan dan perubahan perilaku sosial dari interaksi pengalaman individu, proses belajar individu dengan lingkungan sekitarnya sehingga memperoleh nilai dan keyakinan untuk melakukan tindakan pencegahan.

Pendekatan pada remaja dilakukan dengan mengembangkan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-Remaja), sedangkan pendekatan kepada keluarga yang mempunyai remaja dilakukan dengan mengembangkan Kelompok Bina Keluarga Remaja (BKR). Pemerintah

belum melakukan penilaian efektifitas kedua pendekatan tersebut, hanya menentukan indikator keberhasilan seperti jumlah PIK-Remaja yang harus terbentuk berdasarkan Kontrak Kinerja Provinsi/KKP (2011) secara nasional terdiri dari tiga klasifikasi, yaitu Tumbuh 10.043 kelompok, Tegak 2.013 kelompok, dan Tegar 1.113 kelompok. PIK-Remaja katagori Tumbuh hingga Desember 2011 telah terbentuk sebanyak 11.089 kelompok (110,45%), katagori Tegak 2.371 kelompok (117,8%) dan katagori Tegar 1.229 kelompok (110,4%) (BKKBN, 2012). Kegiatan didalam program PIK-Remaja dilakukan dengan pendekatan pendidik sebaya (*peer educator*).

Pendidik sebaya adalah orang yang menjadi nara sumber bagi kelompok sebayanya (BKKBN dan YAI, 2002). Hasil penelitian Sylviani (2008) menunjukkan model pendekatan pendidik sebaya khususnya konselor sebaya sangat mempengaruhi pemahaman remaja terkait kesehatan reproduksi khususnya dalam pencegahan perilaku seks bebas. Begitu pula dengan penelitian eksperimen yang dilakukan Bantarti (2000) tentang pengaruh pendidikan teman sebaya terhadap 134 siswa (sebagai kelompok kontrol) dan 134 siswa (sebagai kelompok intervensi) yang menunjukkan adanya perbedaan pengetahuan dan sikap diantara kedua kelompok siswa tersebut, dimana peningkatan pengetahuan dan sikap kelompok intervensi lebih tinggi dari kelompok kontrol. Penelitian lain oleh *Institute for Community Behavioral Change/ICBC* (2010) yang dilakukan di SMA Negeri 1 dan SMK Negeri 1 Desa Kepuharjo Kecamatan Cangkringan, hasil menunjukkan adanya pengaruh pendidik sebaya terkait pendidikan kesehatan reproduksi dengan pengetahuan, sikap dan perilaku seksualitas remaja.

Jadi dapat disimpulkan bahwa strategi pencegahan perilaku seks bebas melalui pendidik sebaya merupakan strategi pendidikan kesehatan yang dipandang cukup efektif. Remaja sebagai pendidik sebaya adalah *role model* yang merupakan perpanjangan tangan dari peran perawat komunitas sebagai *educator*. Pendidik sebaya dianggap tepat untuk menyampaikan hal-hal yang sensitif karena teman sebaya berpengaruh besar terhadap kegiatan remaja dan juga remaja lebih nyaman bercerita maupun mencari informasi dari teman sebayanya (Sawyer, Pinciaro dan Bedwell, 1997 dalam Badura, Millard, Peluso dan Ortman, 2000). Pendidik sebaya dapat membantu promosi kesehatan pada kelompok remaja dalam rangka meningkatkan kebiasaan sehat, menurunkan hambatan untuk tetap sehat, menciptakan perubahan gaya hidup di lingkungan sekolah, dan menurunkan perilaku berisiko pada remaja (Edelstein dan Gonyer, 1993 dalam Badura, Millard, Peluso dan Ortman, 2000).

Depok merupakan salah satu kota di Jawa Barat yang memiliki jumlah penduduk yang berusia 15-44 tahun adalah 935.061 orang dan di Kecamatan Cimanggis terdapat 134.827 orang yang menjadikan kecamatan tersebut sebagai kecamatan dengan jumlah populasi usia produktif tertinggi (Profil Kota Depok, 2010). Data yang didapatkan peneliti dari Laporan Kependudukan Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis pada tahun 2011, jumlah remaja sebanyak 11.666 orang. Jumlah remaja yang cukup besar ini perlu mendapatkan perhatian oleh pemerintah Jawa Barat khususnya Kota Depok karena remaja merupakan generasi penerus bangsa. Selama ini program kesehatan remaja terkait perilaku seks bebas dan HIV/ AIDS yang mengaplikasikan program pemerintah PIK-Remaja yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Depok baru sebatas penjangkaran pada siswa di sekolah terutama SLTA dalam bentuk Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) melalui

pelatihan petugas, guru, dan beberapa siswa setiap tahunnya yang diambil secara acak dari beberapa sekolah.

Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) “R” Depok merupakan salah satu sekolah setingkat SLTA di wilayah Kota Depok tepatnya terletak di Kelurahan Tugu. Hasil studi pendahuluan peneliti di sekolah tersebut diketahui bahwa terdapatnya 20 siswa yang telah dilatih sebagai pendidik sebaya. Kelompok remaja ini telah berperan dalam menunjukkan perilaku remaja sehat dan membantu teman-teman untuk menghindari perilaku yang berisiko. Remaja sebagai pendidik sebaya dengan kata lain memberikan dan mendapatkan dukungan dari orang-orang yang sebaya dengannya, atau dari orang-orang yang sedang mengalami situasi yang sama dengan dirinya.

Penelitian terkait dengan pengalaman remaja sebagai pendidik sebaya di SMK “R” Depok belum pernah dilakukan. Padahal ini perlu dilakukan untuk mendapatkan gambaran secara utuh dan menyeluruh tentang efektifitas peran pendidik sebaya oleh remaja, manfaat, dan hambatan yang ditemukan remaja dalam menjalankan perannya tersebut, serta dukungan sosial yang dibutuhkan untuk pembentukan kompetensi sebagai pendidik sebaya di wilayah Kelurahan Tugu Kota Depok.

METODE PENELITIAN

Disain penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif yang bertujuan untuk menggali pengalaman yang unik dan berbeda sesuai karakteristik individu yang dipengaruhi komunitas atau lingkungan tempat beradanya remaja sebagai pendidik sebaya. Partisipan berjumlah 10 orang yang diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan menggunakan pedoman wawancara dan catatan lapangan (*field note*). Analisis data hasil wawancara menggunakan tahapan analisis menurut Colaizzi.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah sepuluh siswa SMK “R” Depok, Jawa Barat yang terpilih menjadi pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas. Sebanyak tujuh partisipan (70%) berjenis kelamin wanita. Usia partisipan antara 16 s/d 17 tahun; hanya satu orang partisipan berusia 17 tahun (10%), lainnya berusia 16 tahun (90%). Partisipan yang berusia 17 tahun tersebut merupakan kakak kelas yang telah bersekolah di SMK selama 2.5 tahun, partisipan lainnya baru bersekolah selama 1.5 tahun. Seluruh partisipan (100%) telah menjadi pendidik sebaya di sekolah selama 6 bulan.

Analisis Tema

Tema 1: Perasaan Senang sebagai Pendidik Sebaya

Seluruh partisipan menyatakan senang menjadi pendidik sebaya. Perasaan senang tersebut dikarenakan kegiatan pendidik sebaya bermanfaat bagi pendidik sebaya.

“...senang...ya jadi bertambah kenal sama teman-teman..., trus bertambah wawasan.... Melatih diri... dalam berkomunikasi sama orang lain dan berhadapan dengan banyak orang... (dan) bisa bermanfaat bagi orang lain” (P3)

Tema 2: Pendidik Sebaya Memberi Manfaat bagi Diri Sendiri dan Orang Lain.

1. Manfaat bagi Diri Sendiri

Partisipan menyatakan mendapatkan manfaat dari kegiatan pendidik sebaya. Manfaat tersebut adalah mampu berkomunikasi efektif, memberikan informasi tentang pencegahan dan menambah informasi.

“...melatih diri...dalam berkomunikasi sama orang lain dan berhadapan dengan banyak orang.” (P3)

“...jadi bisa tahu cerita teman-teman tentang itu dan bisa ngasih saran yang semampunya gitu.” (P2)

“...aku jadi lebih tahu aja sih tentang emm tentang materi itu. ...tadinya aku gak tahu jadi lebih tahu...” (P6)

2. Manfaat bagi Orang Lain

Kegiatan pendidik sebaya bermanfaat dalam peningkatan pengetahuan bagi orang lain, khususnya bagi anggota kelompok kegiatan pendidik sebaya.

“Bisa memberi tahu teman apa yang benar apa yang salahnya dalam remaja, apalagi dalam pacaran gitu. Seneng sih bisa memberi pengetahuan ke temen juga biar tahu gitu.” (P5)

Tema 3: Mengikuti Seleksi/ Rekrutmen

Seluruh partisipan menyatakan bahwa perekrutan mereka untuk menjadi pendidik sebaya dilakukan melalui pemilihan atau penunjukan langsung oleh pihak sekolah, dalam hal ini guru, kepada beberapa anggota OSIS, khususnya siswa kelas X.

“...terpilihnya...dari pihak sekolah, dari seluruh anggota OSIS yang dipilih tertentu aja, gak semuanya.” (P3)

“....dipilih awalnya sama Pak M...” (P6)

“Dipilih dari anggota OSIS trus dipilih yang kelas X-nya aja yang banyak....” (P9)

Tema 4: Mendapatkan Pengetahuan melalui Pelatihan

1. Lama Pelatihan

“...ada pelatihan 2 hari tentang peer hari Rabu sama Kamis tapi lupa tanggalnya...” (P1)

“Lama training itu ada 2 hari dan dibagi 4 sesi.” (P4)

2. Materi Pelatihan

“Materi yang dikasih pas pelatihan tentang penyakit menular seksual, terus tentang perilaku remaja dalam menghadapi seks bebas, terus yang narkoba narkotika, tentang rokok juga... Kayaknya ada deh bu tentang percaya diri, terus...ya menghindari itulah...juga sempat kayak games...itu cara kita menghadapi, kayak misalkan diajak melakukan seks bebas tuh cara mencegahnya gimana. Materi yang dikasih cara agar komunikatif, mendengar aktif sama keterampilan sosialisasi atau berhadapan sama teman-teman.” (P6)

Tema 5: Melaksanakan tugas sebagai Pendidik Sebaya

1. Mempersiapkan Diri: baca buku, searching internet, menyiapkan materi dan pre-post teset, serta latihan komunikasi.

“...baca-baca buku pegangan disitu khan ada target, materi yang harus disampaikan dirangkum...” (P2)

“searching internet...cari di Google...” (P2)

“...mencari info tentang kesehatan..., terus saya juga bertanya sama kakak ibunya ibu yang jadi dokter.” (P7)

“Aku tuh biasanya nyiapin materinya terus ada pre-test post-test siapin soal-soal gitu terus sama belajarliah materinya buat disampaikan.” (P6)

“...cara berkomunikasi, di rumah latihan dulu, ...” (P10)

2. Memilih Metode yang Tepat: membuat target pelaksanaan kegiatan, diskusi kelompok kecil, pertemuan langsung, dan diskusi kelompok besar.

“kan kita dapet buku targetnya, terus dikasih jadwal kita harus kasih tema ini..” (P1)

“...hanya ngobrol-ngobrol biasa aja berusaha agar tidak formal dan kaku khan sama teman...” (P3)

“...gak pakai media...langsung bicara dan digambarin dari bukunya... (atau) buku pegangan yang ada gambar itu dikasih lihat sama mereka.” (P1)

“...gak pakai media cuma kayak fotokopian aja, kadang cuma lihat buku bareng-bareng...” (P5)

“...sampaikan dulu materinya... habis itu diskusi...” (P6)

“Tanya-tanya seputar materi yang mereka belum paham dan curhat sich...” (P1)

“...yang mau ikut pendidikan sebaya, yang mau cerita... silahkan aja... yang nanya-nanya dikasih tahu dan dikasih saran semampunya aja. Bicara aja langsung, langsung ngobrol aja terus kalau ada yang nanya silahkan.” (P2)

“...di luar sekolah aku juga suka kasih tahu teman-teman sekolah SD dan SMP dulu..., bilang ke adik aku sedikit aja... saudara-saudara aku aja aku ceritain sedikit.” (P6)

“Iya dengan ketemu langsung ya...” (P9)

Kalau pakai slide itu pas kegiatan bersama-sama teman-teman peer educator lain juga.” (P3)

“...waktu itu pakai slide tapi digabung semua anak-anak. Jadi kita, pendidik sebaya yang satu kelas... bikin rame-rame slide itu terus kita tampilin dikelas trus kita nerangin ganti-gantian.” (P10)

3. Evaluasi bagi Anggota kelompok Kegiatan Pendidik Sebaya: cara melakukan evaluasi, dan penghargaan.

“...sebelum dikasih materi (pre) test dulu, trus post test...” (P7)

“Tidak (ada pre dan post test) paling kuis aja...” (P3)

“Jadi aku kasih makanan... Uangnya buat beli ya pakai uang sendiri... tidak ada uang kas... terkadang kalau ada uang lebih aku kasih hadiah kecil-kecilan kayak pulpen.” (P1)

4. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Pendidik Sebaya: hari pelaksanaan, waktu pelaksanaan.

“Selasa sama Jumat.” (P1)

“...setiap minggu, satu minggu sekali, Selasa kayaknya deh...” (P6)

“Jadwalnya seminggu sekali, kalau misalnya lagi sekolah kadang hari Rabu, hari Rabu gak bisa terus sekarang ngambil hari libur hari Sabtu gitu.” (P7)

“...pulang sekolah..., kadang-kadang kalau ada jam kosong mereka mau ya udah gak apa-apa.” (P1)

“Waktu... gak pasti sich bu pas mereka butuh aja biasanya atau pas waktu kegiatan bareng-bareng kayak pas eskul atau pas lagi jam istirahat ngobrol-ngobrol bareng.”

(P2)

“Aku kadang pas pulang sekolah, jam kosong, atau gak hari sabtu gitu hari bebas kadang kalau lagi ada kegiatan di sekolah mungkin mengisi waktu kosong.” (P6)

5. Lokasi Pelaksanaan Kegiatan Pendidik Sebaya: di dalam dan luar sekolah.

“...kelas kosong...beda-beda sih, tergantung kadang depan kelas, kadang suka di halaman...” (P5)

“...tempatnyanya gak pasti sich bu... pas eskul bu khan suka pakai tempat gak cuma di sekolah aja.” (P2)

6. Kelompok untuk Kegiatan Pendidik Sebaya: jumlah dan karakteristik anggota.

“...aku megang 3 orang...” (P1)

“Bareng sama S khan sama-sama peer juga ya jadi ber-8 orang, soalnya saya gak enak kalo sendirian megang 4 orang...” (P2)

“..apalagi karakteristiknya ya itu ada yang diem aja, ada yang nanya-nanya, banyakan sih yang diem yang malu gitu.” (P2)

“...karakternya beda-beda sih ada yang nangepin ada yang masa bodoh juga, ada yang cuma melihat.” (P5)

“...dibagi kelompok-kelompoknya gitu... Kelompoknya dari temen sebaya sama temen sekelas...” (P7)

7. Materi Pelaksanaan Kegiatan Pendidik Sebaya

Materi yang diberikan oleh kegiatan pendidik sebaya merupakan materi yang mereka terima pada saat pelatihan dan juga materi yang ada di buku pegangan, dan diberikan berdasarkan target pada buku panduan.

“...materi PMS, terus narkoba, terus sama berhubungan seks diluar nikah, sama kayak kehamilan gitu...” (P5)

“...materi yang dikasih kayak pacaran yang sehat, mencegah PMS, mencegah atau menolak ajakan melakukan seks bebas gitu.” (P6)

“(Materi) tergantung buku panduannya, jadi ngikutin alur di buku panduannya...ada target mingguannya.” (P7)

8. Pengorganisasian Pendidik Sebaya

Seluruh partisipan menyatakan adanya struktur organisasi kegiatan pendidik sebaya. Struktur yang terbentuk merupakan usulan kegiatan pendidik sebaya sebagai salah satu kegiatan ekstrakurikuler. Susunan struktur kegiatan pendidik sebaya terdiri dari guru pembina, ketua, sekretaris dan bendahara.

“...ya kayak ...saya (A) jadi ketua juga ...juga ada sekretaris.... bendahara...” (P3)

“Dulu masanya dipimpin sama Kak A sekarang... sama S... Tapi pembinanya setelah Pak T... Pak M dan Pak B...” (P4)

9. Situasi atau Kondisi Kegiatan Pendidik Sebaya Saat Ini

Situasi atau kondisi kegiatan pendidik sebaya saat ini adalah tidak terlaksananya kegiatan pendidik sebaya. Hal tersebut disampaikan oleh seluruh partisipan, dimana salah satu pernyataan partisipan adalah sebagai berikut:

“...ternyata pas kesini-kesini gak jalan.... akhirnya berhenti, terakhir itu bulan Februari.” (P8)

Seorang partisipan juga menyatakan bahwa dirinya dan beberapa siswa lain berhenti sebagai pendidik.

“...banyak yang keberatan langsung ditunjuk sebagai pendidik sebaya...jadi ada beberapa teman yang keluar ...karena kesibukan dan sudah kelas III seperti saya memilih berhenti dulu.” (P3)

Tema 6: Memiliki *self efficacy* sebagai Pendidik Sebaya

Self efficacy dilihat dari *performance* kerja partisipan sebagai pendidik sebaya. Adapun *performance* kerja dapat dinilai dari kepercayaan atau keyakinan diri dan kemampuan diri partisipan.

1. Kepercayaan atau Keyakinan Diri

Sebagian besar partisipan menyatakan percaya diri dalam melakukan pendidik sebaya. Kepercayaan diri tersebut semakin meningkat karena seringnya melakukan kegiatan pendidik sebaya, serta tambahan pengetahuan yang dimiliki dari pendidikan, pengarahan maupun pelatihan. Seorang partisipan menyatakan kepercayaan dirinya sebagai berikut:

“Mampu sich... sudah percaya diri tapi berusaha (lebih) percaya diri lagi, dilatih dengan ketemu teman dan bicara di depan teman-teman... Kalau kitanya yakin insya allah nanti penyampaiannya jadi enak...” (P6)

2. Kemampuan Diri

Sebagian besar partisipan menyatakan memiliki kemampuan diri untuk menjadi pendidik sebaya yang baik. Beberapa kemampuan diri itu seperti kemampuan berkomunikasi, menjaga rahasia, bergaul. Pengetahuan yang dimiliki, motivasi dan juga pengalaman berorganisasi juga menjadi sumber kemampuan diri remaja dalam menjalani perannya sebagai pendidik sebaya.

“Kalau dari diri sendiri mungkin dari yaa cara berkomunikasi saya dengan yang lain, cara bersikap saya dengan yang lain. Pernah pengalaman organisasi juga.... Jadi ketua, kalau di sekolah sih jadi ketua OSIS sekarang.” (P3)

Tema 7: Mendapatkan Hambatan saat Melakukan Kegiatan Pendidik Sebaya

1. Permasalahan dari dalam Diri Pendidik Sebaya

Permasalahan yang dihadapi dari dalam diri partisipan adalah belum optimalnya manajemen diri dan rasa percaya diri.

Lima partisipan menyatakan bahwa mereka mengalami kesulitan dalam mengatur waktu antara pelaksanaan kegiatan sebaya dengan kegiatan sehari-hari lainnya. Dua partisipan mengungkapkan adanya beban melaksanakan kegiatan pendidik sekolah karena jadwal yang padat dan beratnya beban tugas sekolah.

“Kadang-kadang pas pulang sekolah... pas jadwalnya (pelajaran) padet gitu, terus PR nya banyak, ...harus ngajarin Peer juga, ...ngerasa capeek, karena sekolahnya kan padet banget... (P1)

Rasa percaya diri dirasakan kurang oleh partisipan. Hal ini dikarenakan partisipan merasa cemas dan takut akan respon anggota kelompok kegiatan pendidik sebaya, merasa kurang pengetahuan dan kemampuan dalam melaksanakan kegiatan pendidik sebaya, dan memang tidak merasa percaya diri untuk menjadi pendidik sebaya. Hal ini diungkapkan salah satu partisipan dalam pernyataan berikut:

“Kalau hambatan dari diri sendiri sich...Emmm paling terbata-bata karena kadang kurang percaya diri terus kadang mereka nanya aku gak ngerti jadi suka ngdown ditambah lagi tugas sama ekskul.” (P4)

2. Kurangnya Dukungan dari Lingkungan

Keberadaan lingkungan yang dapat mempengaruhi pendidik sebaya dalam melaksanakan kegiatan pendidik sebaya.

Partisipan merasakan hambatan dari orang tua saat melakukan kegiatan pendidik sebaya tentang perilaku seks bebas. Pandangan orang tua terhadap seks menyebabkan tidak adanya pendidikan seks dari orang tua. Hal itu dinyatakan oleh seorang partisipan sebagai berikut:

“...tabu ya... kalau nanya ke orang tua malu kalau soal seks gitu, takutnya mereka berfikiran yang tidak-tidak, kayaknya terkesan kita mau melakukannya... (jadi) enggak pernah dibahas-bahas.” (P1)

“...pandangan orangtua memiliki suatu hal yang negatif dari memberikan pendidikan seks jadi istilahnya itu belum cukup waktunya padahal mereka sudah remaja...” (P3)

Sebagian besar partisipan menyatakan bahwa bahwa pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya terhambat karena kurangnya dukungan dari guru. Hal ini disampaikan oleh dua orang partisipan sebagai berikut:

“Terlalu... cuek juga siih..., jadi kayak kita punya kegiatan gimana kita mau ngajak temen-temennya kalau gurunya gak mendukung.” (P1)

“...tidak ada penghargaan, sama ya kurang diperhatikan banget (sama guru-gurunya)...” (P5)

Teman sebaya sebagai anggota kelompok kegiatan pendidik sebaya juga menjadi penghambat pelaksanaan kegiatan. Tanggapan teman mempengaruhi pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya. Banyak partisipan menyatakan bahwa respon teman untuk mengikuti kegiatan pendidik sebaya dan selama mengikuti kegiatan pendidik sebaya mempengaruhi efektivitas jalannya pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya. Respon negatif teman sebaya dapat membuat pendidik sebaya terpengaruh menjadi bersikap negatif dan menghambat proses berjalannya kegiatan pendidik sebaya.

“Mood-moodan itu hambatan dari kelompok teman sebaya... Jadi kalau misalnya ditunda mereka ketinggalan materi,... tapi kalau dipaksain merekanya gak ngedengerin jadi bingung juga harus gimana.” (P1)

“...ada lagi hambatannya kalau misalnya dia (teman) jarang datang gitu, gak dengerin.” (P7)

“Mungkin hambatannya yaa mereka mengabaikanlah, gak percaya atau hanya tahayul gitu... termasuk mood dari teman-teman,.. Ngatur waktunya juga kali yah, soalnya ada temen juga beberapa yang gak bisa...” (P9)

Kegiatan pendidik sebaya tidak dapat dilaksanakan secara optimal oleh partisipan karena tidak adanya dukungan pihak sekolah dalam proses kegiatan. Kurangnya dukungan itu dirasakan dari kurangnya dukungan sarana-prasarana, termasuk anggaran. Hal ini

disampaikan oleh partisipan berikut ini:

“Kurang sekali bu (dukungan sekolah), terutama gak ada dana, tempat khusus, organisasi juga gak jelas mau jadi eskul...” (P5)

“Gak ada yang gerakin juga, gak ada yang pembinanya juga. Ada ketua cuma selama acara berlangsung habis itu gak ada lagi, nggak ada guru yang mengarahkan. ...pelatihannya... kurang cukup. Modul juga gak dibahas semua, baru sedikit, (jadi) kalau ditanya kita gak ngerti dan bingung jawabnya...” (P7)

“kurang media juga di kelas..., ...kalau dikelas suka sudah kotor jadi sudah gak enak tempatnya...” (P8)

Penerimaan masyarakat terhadap kegiatan pendidik sebaya menghambat pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya tentang perilaku seks bebas. Pandangan negatif masyarakat Indonesia tentang seks, termasuk men-tabu-kan pembicaraan terkait seks menyebabkan partisipan tidak melakukan kegiatan pendidik sebaya dalam pencegahan seks bebas di masyarakat.

“kayak pendidikan seks gitu, selama ini khan anggapan orang belum boleh dikasih sama kita yang masih remaja soalnya belum waktu umurnya, ya tabu...” (P1)

“Tabu ya belum waktunya aja dibicarakan buat umur kita segini tapi itu khan pendapat masyarakat. ...Dorongan moril keinginan atau panggilan dari dalam diri untuk bicara diluar kayaknya enggak... lingkungan masyarakatnya itu yang gak ngedukung jadi kepercayaan dirinya jadi turun lagi.” (P2)

Tema 8: Memperoleh Dukungan yang Optimal sebagai Pendidik Sebaya

1. Dapat Dukungan dari Orang Tua

Enam partisipan menyatakan orang tuanya mendukung aktivitas partisipan dalam hal ini adalah kegiatan pendidik sebaya karena kegiatan tersebut merupakan kegiatan yang positif.

“...keluarga dukung-dukung aja kalau sifatnya baik sih, ...orangtua tahu juga... (dan) bilang ‘tingkatin lagi besok,’ tingkatin kemampuan interaksi sama orang lain. Kalo ortu khan tahu saya suka rada malu. (P2)

Orang tua juga berperan dalam meningkatkan kepercayaan dan kemampuan diri partisipan sebagai pendidik remaja. Seorang partisipan berpendapat bahwa sifat dan sikap orang tuanya menjadi role model baginya dalam peningkatan kepercayaan dirinya seperti yang dinyatakan sebagai berikut:

“....(yang) bikin PD itu... melihat contoh dari Bapak saya yang percaya diri juga aktif dalam organisasi...” (P9)

2. Dapat Dukungan dari Teman/*Peer*

Teman sebaya memberikan dukungan emosional kepada partisipan untuk menjalankan fungsinya sebagai pendidik sebaya. Dukungan ini, termasuk dukungan dari sesama pendidik sebaya, dapat meningkatkan motivasi pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya.

“...temen-temen dekat rata-rata mendukung, karena kan temen-temen dekatnya itu rata-rata jadi peer-nya juga jadi enak, jadi kan saling curhat... (persiapan pelaksanaan kegiatan pendidik sebayanya bisa) bareng-bareng (jadi) enak.” (P1)

“Karena dorongan juga support dari temen, terus karena temennya juga nanya kan itu jadi lebih enak gitu.” (P4)

3. Dapat Dukungan dari Guru

Partisipan menyatakan bahwa ada guru yang ditunjuk oleh pihak sekolah untuk menjadi pembina atau penanggung jawab dan mengarahkan kegiatan pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas.

“Gurunya itu yang mendukung Pak M sama Pak B” (P1)

“...ada beberapa guru yang memang masuk dalam penanggung jawab pendidik sebaya. Seperti Pak M... sama P B.” (P3)

4. Dukungan Materi Pembelajaran yang Diperoleh dari Pelatihan

Pelatihan membantu partisipan menyiapkan diri untuk menjadi pendidik sebaya. Karena dengan pelatihan, partisipan mendapatkan materi sebagai tambahan pengetahuan. Partisipan juga menyatakan mendapat modul sebagai acuan kegiatan pendidik sebaya.

“Percaya diri karena pendidikan aku lebih ada gitu daripada mereka. Karena ada modul gitu jadi dibaca-baca lalu kan diterangin juga oleh Pak T” (P8)

Tema 9: Bervariasinya Metode Pelaksanaan Kegiatan Pendidik Sebaya

Partisipan berharap adanya variasi metode dalam pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya.

1. Pemanfaatan Jejaring Sosial

Sebagian besar partisipan menyatakan agar kegiatan pendidik sebaya dapat menggunakan jejaring sosial untuk mempermudah pelaksanaan dan memperluas akses kegiatan karena jejaring sosial dapat diakses melalui telepon seluler. Selain itu, penggunaan jejaring sosial meningkatkan kenyamanan partisipan karena memungkinkan seseorang berkonsultasi tanpa menggunakan nama asli. Jejaring sosial yang dapat digunakan sebagai media kegiatan pendidik sebaya antara lain *Facebook* dan *Twitter*.

“Bentuk yang ideal sekarang sudah ideal dengan face to face, tapi... mungkin bisa juga pakai sosial media yang mudah diakses (lewat HP) seperti lewat FB... juga twitter.... Mereka jadi gak takut tanya-tanya soalnya bisa pakai nama samaran.” (P6)

2. Pemanfaatan IT

Kemajuan teknologi IT dapat digunakan sebagai media penyebaran dalam pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya. Seorang partisipan menyatakan salah satu bentuk pemanfaatan IT tersebut adalah dengan pembuatan *blog*.

“...kalau misalkan lewat Blog... mungkin mereka bisa lebih terbuka lagi, karena kan mereka bisa akun palsu atau gak ketahuan kan namanya disamarin.” (P1)

3. Penggunaan Metode Pembelajaran Bervariasi

Partisipan menyatakan berbagai variasi metode pembelajaran dapat digunakan dalam kegiatan pendidik sebaya. Tujuan dari variasi metode adalah untuk membuat kegiatan pendidik sebaya lebih menarik dan dapat menarik minat remaja terlibat dalam kegiatan pendidik sebaya. Beberapa jenis metode pembelajaran tersebut adalah diskusi interaktif, konseling, konsultasi melalui *short message system* (sms), dan pertemuan langsung yang lebih rahasia.

“Bagusnya sih lebih baik diskusi interaktif ya, kita memberikan informasi terus mereka memberi informasi balik jadi kita saling mengerti. Kalau sama anak R biasanya face to face, tapi kalau misalnya temen SMP bisa sms..” (P4)

“Meningkatnya lagi kayak bentuk kayak konseling gitu..” (P5)

Partisipan juga berharap lebih banyak *games* di dalam pemberian materi kegiatan pendidik sebaya.

“Materinya dibikin lebih seru aja biar nanti kita kalau misalkan mau menyampaikan materi itu bisa pakai cara games” (P1)

“...sudah ideal dengan face to face tapi lebih ideal lagi kalau lebih dibanyakin games yang menarik perhatian teman-teman.” (P6)

Seorang partisipan menyatakan perlunya update informasi dan juga pengembangan media bergambar.

“Kalau materinya udah bagus sih, cuma kalau misalkan ada hal-hal baru kenapa enggak buat diperbaharui... Mungkin media perbanyak gambar, soalnya kan setiap buku yang kita baca mereka kan pasti pingin tahu kayak gimana... (materi tentang)

yang seks itu kan hampir gambar semua jadi lebih asyik dilihatnya, gak tulisan semua.” (P8)

Tema 10: Keberlanjutan Program Pendidik Sebaya

1. Mengharapkan Dukungan dari Guru

Partisipan menyatakan harapannya agar guru di sekolah mereka lebih aktif berpartisipasi memberikan dukungan moril dalam kegiatan pendidik sebaya dengan membimbing dan mengarahkan siswa, serta memberikan pendidikan seks.

“Guru-guru semoga juga memberi pengetahuan tentang seks bebas juga terhadap anak muridnya jadi lebih ngerti lah terus enggak melakukannya.” (P4)

“Aku sih kepinginnya dari sekolah juga ngedukung terus... dipeduliin gitu, jangan awal-awalnya aja.” (P6)

2. Tersedia Tempat Khusus

Tiga partisipan menyatakan harapannya agar pihak sekolah memberikan tempat khusus bagi kegiatan pendidik sebaya. Tempat khusus tersebut dibutuhkan agar kegiatan berjalan lebih baik dan privasi anggota kelompok pendidik sebaya lebih terjaga. Hal tersebut diungkapkan seorang partisipan sebagai berikut.

“Sebaiknya sih ada tempat khusus kalau ada teman curhat jadikan privacy nya enggak kebuka sama sekali.” (P5)

3. Kontinuitas Kegiatan Pendidik Sebaya

Penunjukan langsung siswa sebagai pendidik sebaya dirasakan kurang menjamin kontinuitas kegiatan pendidik sebaya. Oleh karena itu, seorang partisipan menyatakan agar diadakan pengumuman untuk meminta kesediaan siswa berpartisipasi di dalam kegiatan pendidik sebaya sehingga siswa yang menjadi pendidik sebaya adalah siswa yang berkomitmen penuh menjalankan kegiatan pendidik sebaya termasuk mencari penerus kegiatan.

“Diumumkan aja kali yaa biar pada enggak kaget jadi pendidik pendidik sebaya kayak dulu langsung ditunjuk.” (P9)

Kontinuitas juga dapat terjadi jika kegiatan pendidik sebaya menjadi kewajiban bagi para siswa untuk mengikutinya. Hal itu dapat terjadi apabila kegiatan pendidik sebaya menjadi ekstrakurikuler wajib di sekolah atau menjadi salah satu bidang di OSIS.

“Ya mungkin lebih menganjurkan organisasi ini dimasukan ke dalam lingkup bidang organisasi yang ada di OSIS...ada dibawahnya organisasi OSIS...yang mengatur OSIS sendiri....yaa agar...lebih ditekankan lagi kepada remaja-remaja.” (P3)

4. Menginginkan Bimbingan Lebih Lanjut dari Perawat Spesialis Komunitas

Partisipan merasakan perlunya bimbingan dari perawat spesialis komunitas dalam proses penyelenggaraan kegiatan pendidik sebaya. Hal ini dikarenakan latar belakang pendidikan partisipan bukan dari kesehatan.

“...pas pelatihan, yang ngarahin dari pembinanya kayak Pak T ...langsung aja biar fix...” (P7)

5. Mengharapkan Dukungan dari Teman Sebaya

Dukungan dari teman sebaya dan juga sesama pendidik sebaya dalam bentuk partisipasi aktif dan kepedulian dibutuhkan agar kegiatan pendidik sebaya terus berlanjut. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

“...lebih aktif ya para pendidik sebayanya...” (P4)

“...kalau teman-teman harapannya yaa yang masih kurang peduli jadi lebih peduli,...” (P6)

Seorang partisipan menyatakan bahwa kegiatan pendidik sebaya juga perlu dilakukan di masyarakat sekitar agar mereka menjadi tahu dan peduli akan dampak dari perilaku seks bebas sehingga berpartisipasi dalam pencegahan terjadinya perilaku seks bebas.

“Sebenarnya pengen nyampein ke tetangga...biar mereka jadi tahu dan mencegah perilaku seks bebas.” (P1)

Untuk membentengi diri dari kehidupan perilaku seks bebas, remaja diharapkan dapat meningkatkan keimanan dan ketakwaannya. Iman dan takwa dipercaya dapat mencegah terjadinya perilaku seks bebas.

“harapan sama teman sebaya...harus ditingkatkan ...keimanan...ya rajin beribadah.” (P9)

6. Menginginkan Perhatian Orang Tua

Sebagian besar partisipan menyatakan harapannya agar orang tua juga turut berpartisipasi dalam pendidikan seks bagi remaja melalui pemberian perhatian dan

pengetahuan kepada anaknya.

“Penting si (pendidikan seks) walaupun cuma pengetahuan misalnya “nanti kamu mens, sebelum mens tuh nanti kayak gini-gini” soalnya kan kalau kita kan gak tau, kok ini kok tumbuh.. harus pakai miniset, BH gitu kan kita juga bingung kan pertamanya.” (P1)

Perhatian orang tua bukan dalam pola asuh yang otoriter yang penuh kekangan, melainkan menekankan pada pentingnya pengawasan dan penjagaan terhadap remaja. Hal ini dikemukakan oleh seorang partisipan di bawah ini:

“Perhatian perlu tapi jangan terlalu dikekang... orangtua lainnya semoga menjaga anaknya lah...” (P4)

Orang tua juga diharapkan bisa berperan tidak hanya sebagai orang tua yang posisinya diatas anak tetapi bisa sejajar layaknya seorang teman.

“...para orangtua lebih bisa perhatiin anak-anaknya dan lebih dekat seperti teman.” (P8)

PEMBAHASAN

Interprestasi dan hasil penelitian dibahas berdasarkan tema penelitian yaitu:

Tema 1: Perasaan senang sebagai pendidik sebaya

Persepsi remaja sebagai pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas dinyatakan oleh perasaan senang sebagai pendidik sebaya. Perasaan tersebut merupakan emosi dari remaja sebagai perasaan atau afek yang terjadi ketika seseorang berada dalam kondisi atau suatu interaksi yang penting baginya, khususnya bagi kesejahteraannya (Campos, 2004; Campos, Frankel dan Camras, 2004 dalam Santrock, 2007). Interaksi yang dilakukan sebagai pendidik sebaya sudah bisa diterima remaja karena sudah dirasakan manfaatnya bagi diri sendiri dan orang lain sehingga cenderung yang tereksplorasi adalah perasaan senang akan apa yang dialaminya.

Hasil penelitian Haviland (1994, dalam Santrock, 2007) berpendapat bahwa emosi seperti “lem” yang mengaitkan peristiwa-peristiwa dalam kehidupan kita. Emosi remaja berkaitan dengan hormon dan pengalaman mereka. Berbagai peristiwa yang sering memunculkan emosi adalah pengalaman seksual, pacaran dan hubungan romantis, hubungan sosial, pengaruh menjalankan peran yang berkontribusi bagi perkembangan identitas remaja (Roseblum dan Lewis, 2003 dalam Santrock, 2007).

Pengalaman dari lingkungan untuk menjadi pendidik sebaya memberikan kontribusi besar terhadap perasaan senang partisipan. Emosi tersebut diungkapkan dalam sebuah studi yang menjelaskan hubungan sosial, pengalaman terlibat dalam lingkungan lebih besar berkontribusi menimbulkan emosi dibandingkan perubahan hormonal (Brooks-Guns dan Warren, 1989 dalam Santrock, 2007). Meningkatnya kemampuan kognitif berupa bertambah ilmu dan informasi bahkan memberikan kesadaran terhadap manfaat peran remaja sebagai pendidik sebaya.

Tema 2: Pendidik sebaya memberi manfaat bagi diri sendiri dan orang lain

Pendidikan kesehatan sebagai suatu proses agar masyarakat dapat meningkatkan kesejahteraan dalam bidang kesehatan. Berbagai bentuk pendidikan kesehatan telah dilakukan selama ini baik dilakukan secara tidak langsung antara lain melalui berbagai media baik elektronik maupun cetak, juga dilakukan secara langsung baik melalui ceramah maupun metode diskusi. Pendidikan kesehatan dengan kegiatan pendidik sebaya sangat efektif dalam mengumpulkan teman sebaya, komunikasi lebih lancar dan terjadi perubahan sikap di kalangan remaja untuk pencegahan perilaku seks bebas.

Peran pendidik sebaya dalam melakukan promosi kesehatan meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya pencegahan perilaku seks bebas bagi teman sebaya. Hal tersebut dilakukan dengan komunikasi efektif berdasarkan tambahan informasi yang diterima sehingga partisipan mampu memberikan informasi dengan tepat. Salah satu fungsi terpenting dari kelompok teman sebaya adalah sebagai sumber informasi mengenai dunia di luar keluarga (Santrock, 2007). Pengaruh teman sebaya bisa positif maupun negatif (Bergenson dan Schneider, 2005; Brown, 2004 dalam Santrock, 2007). Kegiatan pendidik sebaya bermanfaat dalam pemberian informasi termasuk informasi kesehatan yang efektif dalam mempengaruhi peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku pada tingkatan individu atau kelompok sebaya secara efektif (Fitriani, 2011).

Sullivan (1953, dalam Santrock, 2007) berpendapat bahwa terjalannya interaksi antara teman sebaya yang terpilih dalam kedekatan hubungan berguna dalam pembelajaran remaja untuk menjadi mitra yang lebih terampil dan peka. Mitra yang terampil dan peka berguna dalam pembentukan interaksi selanjutnya yang berkaitan dengan masalah kesehatan mental serta bentuk-bentuk lain dari perilaku yang dianggap maladaptif oleh orang dewasa (Kupersmidt dan DeRosier, 2004 dalam Santrock, 2007). Oleh karena itu, kelompok teman sebaya dalam kegiatan pendidik sebaya dapat memberikan manfaat untuk perkembangan kognitif tentang pencegahan perilaku seks bebas dan mengendalikan remaja dari masalah PMS sampai dengan HIV/AIDS.

Tema 3: Mengikuti seleksi/rekrutment sebagai pendidik sebaya

Anggapan masyarakat yang tabu tentang pendidikan seks menyebabkan dibutuhkan promosi kesehatan dengan metode pembelajaran pendidik sebaya yang tepat dan efektif serta secara simultan untuk remaja dan perlunya informasi tentang reproduksi sehat dan Penyakit Menular Seksual (PMS) dalam materi kesehatan yang diberikan dengan terintegrasi dalam program pencegahan perilaku seks bebas. Pelaksanaan pendidikan sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas merupakan berbagai kegiatan yang ditujukan untuk pengembangan pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang atau kelompok orang yang berkaitan dengan pencegahan perilaku seks bebas. Pendidikan sebaya dilaksanakan antar kelompok sebaya tersebut dengan dipandu oleh fasilitator yang juga berasal dari kelompok itu sendiri.

Komponen utama dalam pendidikan sebaya yaitu tenaga kesehatan dalam hal ini adalah remaja sebagai pendidik sebaya. Perawat spesialis komunitas hanya berperan sebagai pembina yang mengkoordinir kegiatan pendidikan sebaya. Proses awal kegiatan pendidikan sebaya setelah mendapatkan fenomena terkait masalah kesehatan kemudian dilakukan dengan pemilihan siswa sebagai pendidik sebaya secara langsung di tunjuk dari siswa yang ikut serta dalam Organisasi Siswa Intra Sekolah (OSIS). Pemilihan pendidik sebaya merupakan bagian ke dua dari tahap perencanaan pembentukan kegiatan pendidik sebaya dan komponen penting yang harus dilakukan untuk kesuksesan pelaksanaan edukasi sebaya (Ford dan Collier, 2006; Fitriani, 2011).

Hasil penelitian ini sependapat dengan penelitian yang dilakukan Astiti (2011) tentang hubungan faktor pelatihan kesehatan reproduksi dengan implementasi pasca pelatihan pada konselor sebaya kesehatan reproduksi remaja di Provinsi Bali, didapatkan hasil bahwa pemilihan calon peserta pelatihan sebagian besar ditunjuk langsung tanpa seleksi oleh kepala sekolah/guru. Pertimbangan pemilihan untuk menjadi pendidik sebaya yang sama merupakan langkah awal yang akan menentukan keberhasilan program selanjutnya (Astiti, 2011). Pemilihan pendidik sebaya dengan penunjukkan secara langsung dilakukan oleh guru karena guru yang paling sering berinteraksi dengan siswa dan paling mengetahui karakteristik siswa (Fathiyah dan Harahap, 2008). Sesuai persyaratan untuk menjadi pendidik sebaya yaitu seseorang yang berasal dari kelompok sebaya, memiliki karakteristik yang sama dengan kelompoknya, terpercaya dan memiliki pengaruh, dan telah mengikuti pelatihan (training) edukator sebaya (McDonald, dkk., 2003 dalam Fitriani, 2007).

Tema 4: Mendapatkan pengetahuan melalui pelatihan

Pada penelitian ini, menurut partisipan bahwa dilakukan pelatihan untuk menjadi pendidik sebaya. Pelatihan tersebut dikatakan partisipan bahwa ada pembekalan materi berupa materi kesehatan remaja dan materi untuk menjadi pendidik sebaya. Sejalan dengan penelitian Astiti (2011), materi yang cukup banyak dan lengkap diberikan tetapi terlihat media yang digunakan untuk penyampaian materi kurang menarik sehingga pelatihan terasa membosankan, materi dan ketrampilan konseling belum maksimal serta lama hari pelatihan yang singkat dan waktu pelatihan sampai larut malam memberatkan remaja.

Peserta pendidik sebaya dibekali pengetahuan dan ketrampilan seputar permasalahan kesehatan remaja (Setyoadi, 2012). Lama pelatihan juga hanya 2 hari yang dikatakan remaja sebagai pendidik sebaya. Menurut Setyoadi (2012), pelatihan yang melibatkan residen, guru, dan petugas puskesmas yang diselenggarakan selama dua hari yaitu tanggal 30 November dan 1 Desember 2011 di ruang rapat guru SMK "R" mulai jam 07.00 WIB sampai dengan jam 13.00 WIB yang diikuti 22 remaja dari kelas IX dan X SMK "R".

Hal diatas sesuai dengan lama pelatihan digunakan oleh Bintarti (2009) yaitu selama 3 hari untuk melatih edukator tentang HIV/AIDS. Begitupun menurut Hayati (2009), pelatihan edukasi sebaya dilaksanakan selama 30-40 menit secara berkala dengan menggunakan metode yang tepat/sesuai untuk memotivasi kelompok dalam setiap sesi yang diberikan. Pelaksanaan pelatihan edukasi sebaya dengan berbagai metode yang bervariasi dan sesuai dengan kontek yang ingin diajarkan (Fitriani, 2011).

Namun, menurut partisipan sudah diajarkan berbagai materi tentang keterampilan menjadi pendidik sebaya seperti komunikasi efektif dengan mempengaruhi pendidik sebaya dan mendengar aktif serta berbicara maupun tampil dihadapan teman sebaya. Materi kesehatan dan materi keterampilan menjadi pendidik sebaya yang disampaikan pembina, dirasakan partisipan cukup membantu dalam penyampaian materi ketika pendidikan sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas, membuka wawasan tentang pendidikan kesehatan lebih dari sebelumnya. Hasil penelitian yang sama dari Cripps (1997, dalam Fitriani, 2011) menyatakan bahwa pelatihan pendidik sebaya dirancang untuk memberikan pengetahuan yang dibutuhkan oleh pendidik sebaya, termasuk keterampilan dalam melaksanakan dan memfasilitasi diskusi, menyajikan informasi dan mengatasi teman dalam kelompok yang sulit diatur.

Tema 5: Melaksanakan tugas sebagai pendidik sebaya

Proses pelaksanaan pendidikan sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas yang dilakukan selama kurang lebih 3-6 bulan berjalan dengan pendampingan pembina yang dikatakan oleh partisipan. Sesuai dengan perencanaan pelaksanaan kegiatan pendidikan sebaya yang akan dilakukan secara reguler selama kurang lebih 4 bulan dari bulan Februari sampai Mei 2012 (Setyoadi, 2012). Penelitian Bantarti (2000, dalam Fitriani, 2011) menunjukkan bahwa pendidikan sebaya tentang HIV/AIDS yang dilakukan selama 3 bulan, dapat memberikan dampak terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap siswa tentang HIV/AIDS.

Remaja melaksanakan tugas sebagai pendidik sebaya mempersiapkan diri berupa materi dan mempersiapkan hal lainnya seperti cara berkomunikasi maupun membuat soal pre-test dan post test. Sesuai Edelstain, dkk., (1993, dalam Fitriani, 2011) menyatakan bahwa kesuksesan program kegiatan pendidik sebaya sangat dipengaruhi oleh kemampuan pendidik sebaya dalam penyampaian informasi edukasi, berkredibilitas, dan mampu melaksanakan supervisi. Partisipan dalam melaksanakan tugasnya memilih metode kegiatan dengan pendidikan dan konseling yang berupa curhat atau ngobrol-ngobrol teman sebaya dengan remaja sebagai pendidik sebaya.

Berdasarkan hal diatas, transfer pengetahuan terjadi dengan diberikannya informasi melalui metode yang tepat baik diskusi kelompok kecil, pertemuan langsung dan diskusi kelompok besar serta partisipan sebelumnya membuat target pelaksanaan kegiatan yang dapat dilihat dari buku pegangan yang telah diberikan. Pendidik sebaya akan memberikan informasi yang diperoleh dari pelatihan kepada kelompok sebayanya (McDonald, dkk., 2003 dalam Fitriani, 2011). Pada tahap perencanaan kegiatan pendidik sebaya, seorang tenaga profesional (perawat komunitas) hendaknya membuat rencana edukasi sebaya yang dituangkan dalam pedoman pelatihan, pelaksanaan dan strategi evaluasi (Fitriani, 2011).

Jadwal pelaksanaan pendidik sebaya, kegiatan dilakukan dengan strategi pada waktu saat eskul, jam sekolah yang kosong, jam pulang sekolah maupun mendekati teman sebaya ketika kegiatan yang dilakukan bersama kemudian diakhiri dengan ngobrol-ngobrol seputar pencegahan perilaku seks bebas. Sejalan yang dikatakan Fitriani (2011), waktu yang ditentukan harus dapat memenuhi kebutuhan untuk penyampaian isi materi melalui interaksi, diskusi, dan praktik, yaitu berkisar 2 s/d 3 hari (sesi panjang) atau 10 s/d 20 jam dalam seminggu (sesi pendek). Partisipan menceritakan bahwa masalah yang sering dibicarakan oleh teman sebaya adalah aktivitas seksual yang belum boleh dilakukan ataupun bersikap serta berperilaku selama pacaran yang tidak melanggar norma. Proses kelompok sebaya tersebut diidentifikasi sebagai difusi budaya berupa penyebaran pengetahuan, sikap dan keterampilan melalui jaringan sosial (Fitriani, 2011).

Pemilihan sekolah sebagai tempat pelaksanaan edukasi sebaya dinilai efektif untuk anak usia sekolah dikarenakan secara legal anak akan hadir di sekolah serta mudah dalam mengevaluasi proses dan dampak pelaksanaan edukasi sebaya (McDonald dkk., 2003 dalam Fitriani, 2011). Kegiatan pendidik sebaya diperkirakan tidak diperhitungkan lokasi pelaksanaannya dalam penelitian ini, dikarenakan tempat pendidikan sebaya pada ruang kelas yang kosong, kantin saat jam istirahat dan dimana saja tempat yang bisa dipakai baik belakang masjid tetapi meskipun begitu dirasakan nyaman bagi teman sebayanya. Partisipan menyatakan tidak ada tempat khusus untuk kegiatan pendidikan sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas tapi sentral kegiatan di sekolah.

Sesuai dengan pernyataan Bleeker (2001, dalam Fitriani, 2011) menyatakan bahwa institusi pendidikan atau sekolah adalah pilihan tempat yang paling sesuai untuk dilakukannya edukasi sebaya pada anak usia sekolah, dikarenakan dapat menjangkau sejumlah besar target kelompok sebaya, di samping itu keterpaparan anak sangat erat dengan lingkungan sekolah yang secara legal memiliki kekuatan dan kemudahan dalam mengorganisir atau operasional. Pada umumnya kegiatan pendidik sebaya dilakukan dengan proses kelompok sebaya yang terdiri dari 3 orang sampai dengan 5 orang menurut partisipan agar penyampaian informasi lebih efektif. Proses kelompok merupakan suatu upaya untuk menghimpun individu-individu yang memiliki kesamaan dengan cara mengorganisir mereka dalam sebuah kelompok (*peer*) atau dukungan sosial (*sosial support*) berdasarkan kondisi dan kebutuhan masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2004; Hitchcock, Schuber & Thomas, 1999).

Pendidikan sebaya dengan strategi pelaksanaan berkelompok bermanfaat dalam pencegahan perilaku seks bebas seperti yang dikemukakan partisipan bahwa teman sebaya

akan mengetahui apa itu perilaku seks bebas dan dampaknya. Partisipan juga menyatakan teman sebaya sering berdiskusi tentang masalah pribadi dengan pacar baik yang sedang berantem maupun bagaimana cara menolak pacar jika mengajak untuk berperilaku seks bebas. Pendidikan sebaya sebenarnya tidak hanya untuk teman sebaya manfaatnya tetapi juga masyarakat, pendidik sebaya bisa memberikan solusi pemecahan masalah kesehatan lainnya. Manfaat itu didapatkan dari pemberian materi kesehatan dan materi lainnya.

Pengorganisasian pendidik sebaya dituangkan dalam struktur organisasi yang dikatakan partisipan terdiri dari ketua, sekretaris dan bendahara serta mempunyai pembina. Struktur organisasi terdiri dari sumber daya manusia yang tepat sehingga mampu menjalankan program untuk mencapai tujuan organisasi (Setyoadi, 2012). Pentingnya struktur organisasi diperkuat oleh Harrison, dkk. (2010) dalam hasil penelitiannya bahwa orang-orang yang dilibatkan dalam organisasi harus memahami budaya dan nilai organisasi khususnya tanggung jawab yang diterima, karena akan sangat membantu dalam proses pengambilan keputusan yang sebaiknya dilakukan untuk membantu kelancaran organisasi.

Namun pada kenyataannya, situasi atau kondisi pendidikan sebaya ketika tidak ada pembina tidak dapat berlanjut atau vakum seperti diungkapkan partisipan. Partisipan juga mengatakan guru-guru tidak perhatian lagi terhadap kegiatan ini dan rencana tindak lanjut yang seharusnya tidak dapat dilaksanakan. Rencana tindak lanjut berupa supervisi dan pembinaan kegiatan pendidik sebaya akan dilanjutkan oleh petugas UKS Puskesmas Tugu dan Guru pembina kesiswaan dan kelembagaan kegiatan pendidik sebaya berada dalam kegiatan ekstrakurikuler sampai terbentuknya UKS di SMK "R" (Setyoadi, 2012). Pada kenyataannya Bapak M dan Bapak B yang seharusnya menjadi pembina dan melanjutkan kegiatan sesuai rencana sibuk dengan kegiatannya sebagai Wakil Kepala Sekolah. Selain itu, Ibu D dan Ibu E yang seharusnya menjadi guru pendamping dikatakan partisipan sudah tidak mengajar lagi di SMK "R".

Sementara itu, evaluasi bagi peserta kegiatan pendidik sebaya yang dikemukakan partisipan adalah dengan kuis dan pre test maupun post test. Setelah proses evaluasi peserta didik yang mampu menjawab dengan baik kuis dan soal dari tes yang diadakan diberikan penghargaan berupa hadiah kecil berupa makanan dan minuman. Evaluasi bagi pendidik sebaya diperlukan untuk perbaikan terhadap deviasi dan modifikasi terhadap rencana untuk mencapai tujuan dan standar pengawasan yang telah ditetapkan (Setyoadi, 2012). Kegiatan pendidik sebaya dikontrol agar efektif sehingga dapat dilakukannya pengembangan dan modifikasi program untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang terus berkembang (Ervin, 2002).

Tema utama 6: Memiliki *self efficacy* sebagai pendidik sebaya

Remaja sebagai pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas memiliki *self efficacy* yang dilihat dari performance kerja berupa kepercayaan/keyakinan diri dan kemampuan diri. Hasil penelitian ini didukung penelitian dari Fathiyah dan Harahap (2008), secara kuantitatif menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan efikasi diri siswa yang diberi konseling sebaya sebesar 26,08 % dan pada konselor sebaya peningkatan skor efikasi diri sebesar 14,3 %, secara kualitatif hasil penelitian menunjukkan peningkatan efikasi diri

subjek penelitian ditinjau dari kognitif, motivasi, afektif, dan kecenderungan perilakunya. Efikasi diri merupakan evaluasi individu terhadap kemampuan atau kompetensinya untuk menyelesaikan suatu tugas, mencapai tujuan, atau menghadapi suatu tantangan (Bandura, 1997, dalam Fathiyah dan Harahap, 2008).

Kepercayaan/keyakinan remaja dipengaruhi perubahan fisik yang dialami remaja. Sering kali perubahan pada masa remaja akan mempengaruhi sikap dan perilakunya. Banyak terjadi perubahan dalam rentang usia 13 tahun, remaja mengalami pubertas. Pubertas (*puberty*) ialah suatu periode di mana kematangan seksual terjadi secara pesat terutama pada awal masa remaja gejala pubertas ini dapat ditandai dengan “menarche” atau haid pertama pada anak perempuan dan “pollutio atau mimpi basah” pada anak laki-laki (Wijayanti, 2009). Perubahan pubertas ini lebih mengarah pada perubahan fisik remaja, perubahan ini yang sering menimbulkan masalah pada remaja dan mempengaruhi keadaan psikologis remaja.

Perubahan fisik yang terkadang belum mencapai taraf proporsional menyebabkan mereka kurang percaya diri terhadap penampilannya. Penampilan yang dimaksud bukan hanya cara berpakaian, berdandan, proporsional postur tubuh tapi juga komunikasi. Komunikasi yang efektif dalam hubungan interpersonal khususnya antara orang tua dan anak berhubungan dengan kepercayaan diri pada anak remaja (Wijayanti, 2009). Kepercayaan/keyakinan diri yang ditampilkan oleh partisipan terdiri atas terbiasa berkomunikasi di depan kelas, merasa yakin dan percaya diri memberikan pendidikan sebaya, merasa mampu memberikan informasi melalui pendidikan sebaya dan menguasai materi yang akan disampaikan dalam pendidikan sebaya untuk mencegah perilaku seks bebas. Pendidikan sebaya memerlukan kepercayaan diri dari remaja sebagai pendidik sebaya yang merupakan sumber informasi yang paling utama.

Kepercayaan/keyakinan diri yang dilihat dari manusia sebagai individu digambarkan sebagai *self efficacy* dengan dimensi *magnitude*. *Magnitude* merupakan dimensi *self efficacy* yang mengacu pada tingkat kesulitan tugas yang diyakini seseorang dapat diselesaikannya. Individu dengan *magnitude self efficacy* yang tinggi, akan mampu menyelesaikan tugas yang sulit (Sartika, 2012). Sedangkan individu dengan *magnitude self efficacy* yang rendah akan menilai dirinya hanya mampu melaksanakan perilaku yang mudah dan sederhana (Lenz dan Bagget, 2002; Pajares, 2002; Pajares dan Urda, 2006 dalam Sartika, 2012).

Pandangan Bandura (dalam Santrock, 2007) bahwa kemampuan akan mempengaruhi hasil yang diinginkan. Sesuai Hakim (2002) bahwa siswa mempunyai kepercayaan diri untuk melakukan sesuatu yang diperolehnya dari lingkungan keluarga, pendidikan formal dan pendidikan non formal. Hal tersebut mendukung ungkapan beberapa partisipan pada penelitian ini, dapat meningkatkan kepercayaan/keyakinan dan kemampuan diri dengan interaksi timbal balik di lingkungan keluarga dengan melihat dari figur orang tuanya, pendidikan formal pada saat proses pembelajaran oleh guru di sekolah dan pendidikan non formal dengan melihat figur teman sebaya ketika berorganisasi dalam OSIS.

Hal tersebut sesuai juga dengan faktor-faktor yang mempengaruhi yang kepercayaan/keyakinan diri dan kemampuan remaja didapatnya dari pembelajaran observasional dengan mengadopsi perilaku-perilaku orang lain (Schunk, 2012; Santrock, 2007). Remaja sebagai pendidik sebaya dalam penelitian ini juga merasa yakin dan percaya diri dalam melakukan pendidikan sebaya, merasa mampu melakukan pendidikan sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas, serta menguasai materi-materi yang diberikan untuk mencegah perilaku seks bebas. Sejalan dengan penelitian Angelice (2003) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi yang kepercayaan/keyakinan diri dan kemampuan remaja yaitu kemampuan pribadi dan tekad diri.

Tema 7: Mendapatkan hambatan saat melakukan kegiatan pendidik sebaya

Remaja sebagai pendidik sebaya mendapatkan hambatan saat melakukan kegiatan pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas karena manajemen diri yang belum optimal dan percaya diri yang belum optimal sehingga masih ada partisipan yang tidak pro aktif. Remaja sebagai pendidik sebaya masih tidak bisa dalam manajemen diri khususnya waktu pelaksanaan kegiatan. Hasil penelitian di SMU GAMA sesuai dengan penelitian ini pelaksanaan kegiatan kurang optimal karena keterbatasan waktu dan biaya (Fathiyah dan Harahap, 2008).

Penguatan hal tersebut bahwa manajemen diri pendidik sebaya diperlukan untuk efektifitas pendidikan sebaya. Kurang dukungan dari lingkungan pada pendidik sebaya terkait dari anggota yang pasif. Hal-hal yang dilakukan dalam menghadapi hambatan tersebut menjadi tanggung jawab sebagai pendidik sebaya dengan membujuk/merayu anggota pendidikan sebaya, memberikan makanan sebagai hadiah dan menyampaikan kembali manfaat pendidikan sebaya, membiarkan saja dan melakukan kegiatan lain, serta membuat ulang janji untuk melakukan pendidikan sebaya.

Kurang dukungan dari teman sebaya terkait sikap dari teman sebaya ketika mengikuti kegiatan pendidik sebaya yang umumnya kurang memperhatikan saat penyampaian materi, tidak peduli terhadap kegiatan dan tidak mau ikut secara aktif pelaksanaan kegiatan. Hal ini menyebabkan partisipan kecewa sehingga menjalankan kegiatan dengan kejar target saja. Sesuai Kozier, Berman dan Synder (2005) yang menyatakan bahwa remaja cenderung mengikuti opini, pendapat, nilai, kebiasaan dan kegemaran teman sebayanya. Hasil penelitian Sumiati (2009, dalam Dewi, 2012) juga memperkuat dengan menyatakan remaja mempunyai kecenderungan untuk mengikuti apa yang dilakukan oleh teman sebayanya.

Kurang dukungan dari guru yang dirasakan partisipan juga bahwa guru cenderung kurang mengikuti kegiatan. Padahal peran guru sangat penting dalam pencegahan perilaku seks bebas. Guru merupakan orang tua kedua karena remaja banyak berinteraksi dengan guru di sekolah (Dewi, 2012). Guru sebagai *role model* selama di sekolah dalam membawa pengaruh baik positif maupun negatif bagi remaja (Stanhope dan Lancaster, 2004 dalam Dewi, 2012).

Kurang dukungan orang tua juga dirasakan remaja sebagai pendidik sebaya dalam hal pemberian pendidikan seks yang tidak dilakukan secara mendalam karena kesibukan

memenuhi kebutuhan hidup dengan bekerja. Orang tua masih ada yang cenderung berpandangan negatif terhadap pendidikan seks sehingga tidak mau berdiskusi secara terbuka. Hal tersebut tidak mendukung dalam penanaman nilai dan keyakinan pada remaja agar menghindari perilaku seks bebas. Sesuai dengan penelitian Hall, Moreau dan Trussel (2012, dalam Dewi, 2012) bahwa sikap orang tua yang penuh empati, terbuka dan banyak diskusi tentang masalah agama mendukung terbentuknya keyakinan yang kuat pada remaja terhadap kepercayaan dan perilaku keagamaan. Peran remaja dan norma-norma baru dalam keluarga harus dibentuk oleh orang tua dengan selalu bermusyawarah mufakat dan sikap menghargai satu sama lain (Friedman, Bowden dan Jones, 2003)

Pernyataan partisipan tentang kurang dukungan untuk proses kegiatan pendidik sebaya terkait biaya pelaksanaan kegiatan pendidikan sebaya yang tidak ada anggarannya, tidak ada struktur organisasi yang jelas dan fasilitas seperti ruangan yang kurang mendukung. Dampak hambatan terhadap pendidikan sebaya yaitu target materi tidak tercapai dan tidak tertransferya informasi kepada anggota pendidikan sebaya. Selain hal tersebut, juga tergambar dari partisipan bahwa kurang mendapatkan kepercayaan masyarakat untuk memberikan pendidikan seks yaitu tabunya pendidikan seks, orangtua dan masyarakat. Masyarakat berpandangan belum boleh remaja membahas tentang seks serta masih ada ketakutan masyarakat dengan kurang pahamnya remaja tentang seks kemudian disampaikannya pendidikan seks akan membuat remaja terjerumus dalam seks bebas.

Tema 8: Memperoleh dukungan yang optimal sebagai pendidik sebaya

Fenomena kurang percaya diri banyak terjadi pada remaja sekarang ini. Penelitian ini mengidentifikasi bahwa faktor internal adalah kepercayaan/keyakinan dan kemampuan diri remaja sebagai pendidik sebaya. Faktor eksternal adalah dukungan berasal dari keluarga, teman sebaya, guru, sekolah dan masyarakat.

Kepercayaan/keyakinan diri seseorang dipengaruhi karakteristik partisipan, kemampuan, kepribadian dan pembelajaran (Sartika, 2012). Menurut Bandura (dalam Santrock, 2007), faktor-faktor internal dan eksternal dapat berinteraksi timbal balik, perilaku seseorang dapat mempengaruhi seseorang dan sebaliknya. Maka dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepercayaan/keyakinan remaja sebagai pendidik sebaya yaitu dukungan sosial. Dukungan sosial disebut sebagai faktor eksternal yang mempengaruhi remaja sebagai pendidik sebaya adalah keluarga, teman sebaya, guru, sekolah dan masyarakat.

Menurut House (1981 dalam Glanz, Rimer dan Viswanath, 2008), dukungan sosial merupakan konten fungsional pada hubungan yang bisa dikategorikan dalam jenis tipe berdasarkan tingkat laku dan perbuatan, salah satunya adalah dukungan emosional yang melibatkan empati, cinta, kepercayaan dan kepedulian. Bentuk dukungan keluarga yang teridentifikasi dalam penelitian ini berbentuk dukungan emosional dan sedikit sekali tentang dukungan informasional. Pada penelitian ini, orang tua dari hampir semua partisipan tidak pernah memberikan informasi kesehatan untuk mencegah perilaku seks bebas. Hanya ada pemberian nasehat yang dilakukan orang tua kepada remaja dirasakan

oleh partisipan memberikan kedamaian secara emosional, sehingga dikelompokkan ke dalam bentuk dukungan emosional. Dukungan teman sebaya yang dimaksud adalah kebutuhan yang kuat untuk disukai dan diterima teman sebaya.

Partisipan dalam penelitian ini, merasa senang jika didengarkan ketika melakukan pendidikan sebaya dan jika ada teman sebaya yang curhat atau mengajak mengobrol tentang permasalahan pribadinya. Remaja sebagai pendidik sebaya memperoleh umpan balik dari kelompok sebaya mengenai kemampuannya saat menjadi sumber informasi dalam kegiatan pendidikan sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas. Umpan balik yang diberikan kepada partisipan dalam penelitian ini berupa tanggapan bahwa apa yang mereka lakukan itu baik atau kurang baik dan juga mungkin di dukung atau tidak didukung, dibandingkan dengan remaja seusianya. Tanggapan dari kelompok sebaya menyebabkan remaja memperoleh pengalaman yang berpengaruh bagi perkembangan remaja secara bervariasi tergantung dari pengukuran, perumusan hasil yang diperoleh serta lintasan perkembangan yang diikuti (Hartup, 1999 dalam Santrock, 2007).

Dukungan guru dari sekolah yang diberikan kepada pendidik sebaya diberikan ketika proses awal saja menjadi pendidik sebaya sehingga kurang memotivasi remaja sebagai pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas. Pihak sekolah kontribusinya sebenarnya secara tidak langsung membentuk perilaku tak terkecuali perilaku seks remaja dan sistem yang berlaku disekolah mempengaruhi pola pikir dan tindakan seseorang (Dewi, 2012). Kontribusi yang dilakukan pihak sekolah dari pernyataan partisipan adalah membantu proses perekrutan calon pendidik sebaya. Partisipan mengatakan sudah mulai ada sejak di bangku kelas XI kurikulum pendidikan kesehatan reproduksi (kespro) yang berkaitan juga dengan pertumbuhan dan perkembangan remaja.

Tema 9: Bervariasinya metode pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya

Keberlanjutan program pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas terkait dengan fasilitas seperti tempat khusus dan bentuk kegiatan sebaiknya agar lebih menarik dengan adanya permainan. Hal tersebut memerlukan dana untuk kegiatan sehingga memerlukan struktur organisasi yang jelas wadahnya. Green dan Kreuter (2005) menyatakan bahwa ketersediaan fasilitas dan dana termasuk dalam faktor pemungkin (*enabling factors*). Faktor tersebut merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan individu. Penerapan pendidikan sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas dapat sesuai harapan jika faktor tersebut terpenuhi.

Fasilitas berupa bervariasinya metode pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya diharapkan oleh partisipan. Hal tersebut bisa memanfaatkan jejaring sosial melalui *Facebook* atau *Twitter* maupun pemanfaatan *IT* melalui *blog* di internet. Wallmyr dan Welin (2006, dalam Dewi, 2012) mengemukakan remaja lebih mudah terpengaruh media dalam hal berperilaku seksual berisiko.

Berdasarkan hal tersebut, remaja yang mendapatkan informasi dari internet akan mengalami perubahan perilaku sesuai pengaruh media yang didapatkannya. Maka dari itu penggunaan media pembelajaran yang bervariasi untuk kegiatan pendidik sebaya dapat berefek positif terhadap perilaku remaja. Selain itu, metode pembelajaran yang bervariasi tidak hanya dengan tatap muka saja tetapi dengan diskusi interaktif, media bergambar menarik serta curhat melalui *message* di *hand phone* juga diharapkan dapat dilakukan.

Tema 10: Keberlanjutan program pendidik sebaya

Remaja sebagai pendidik sebaya mengharapkan dukungan dari pihak-pihak terkait yang merupakan gambaran keinginan yang dimiliki oleh pendidik sebaya. Harapan remaja sebagai pendidik sebaya dalam penelitian ini berkaitan dengan sikap dan perhatian dari keluarga yaitu orang tua, teman sebaya, guru dan menginginkan bimbingan lebih lanjut dari perawat spesialis komunitas serta kontinuitas kegiatan pendidik sebaya.

Remaja pendidik sebaya menginginkan perhatian dari orang tua sebagai bagian dari keluarga inti yang paling dekat dengan remaja. Harapan keluarga dalam penelitian ini adalah berkaitan dengan fungsi, sumber, ukuran, dan bentuk dukungan informasional dan sosial. Keluarga hendaknya dapat berperan dalam memberikan dukungan selama tahap tumbuh kembang remaja. Hal ini karena keluarga merupakan sebuah lingkungan yang paling awal untuk membantu remaja mendapat rasa aman, diterima sehingga akan berdampak positif dalam perkembangan jiwa remaja.

Keluarga merupakan tempat atau lingkungan yang primer yang paling dekat dengan kehidupan remaja, sehingga remaja mampu berupaya untuk terbuka dalam menghadapi masalah (Sarwono, 2011). Remaja sebagai pendidik sebaya dalam penelitian ini mengharapkan adanya dukungan dari anggota keluarga baik dari dukungan emosional maupun dukungan informasional. Dukungan emosional berupa perhatian, kasih sayang, kepercayaan dan sikap kepedulian dari seluruh anggota keluarga. Dukungan informasional berupa nasehat, saran dan informasi yang dapat digunakan remaja sebagai pendidik sebaya dalam mengatasi masalah. Seperti dikatakan Hitchcock (1999), sumber dukungan dasar untuk anak sekolah adalah orang tua di rumah.

Hal tersebut sesuai dengan yang pernyataan Friedman (2002) bahwa keluarga melaksanakan fungsi afektif dan koping dengan memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam bentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi *stress* pada keluarga. Pencapaian fungsi keluarga itu dilakukan oleh orang tua yang mengkomunikasikan permasalahan yang berkaitan dengan seksualitas dan kesehatan reproduksi secara transparan. Komunikasi antara orang tua dan anak yang terus menerus akan mampu membantu orang tua dan remaja, dalam menghadapi masalah.

Permasalahan yang muncul pada diri remaja dipengaruhi oleh kurangnya komunikasi dengan orang tua dikarenakan kurang adanya keterbukaan antara orang tua dengan remaja dan kurangnya pengetahuan yang dimiliki orang tua atau terhambat oleh sopan santun atau rasa malu pada diri remaja (Wijayanti, 2009). Permasalahan yang sering kali muncul pada remaja biasanya disebabkan karena krisis identitas tanpa adanya faktor pendukung dan

ketidaktahuan para orang tua tentang berbagai tuntutan biologis dan psikologis sehingga perilaku mereka seringkali tidak mampu mengarahkan remaja menuju pemahaman tumbuh kembang remaja tersebut (BKKBN, 2009; Dewi, 2012).

Permasalahan yang kesehatan timbul pada remaja sehingga mengancam kesejahteraan remaja adalah perilaku seksual berisiko (Stanhope dan Lancaster, 2004). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nitya (2009, dalam Kencana dan Hastutik, 2011), perilaku seksual pra-nikah merupakan hasil interaksi antara kepribadian dengan lingkungan sekitarnya terutama adanya pengaruh orang tua, baik karena ketidaktahuan maupun karena sikapnya yang masih mentabukan pembicaraan mengenai seks dengan anak tidak terbuka terhadap anak. Orang tua cenderung membuat jarak dalam anak dalam masalah perilaku seks. Keluarga seharusnya mampu mengantarkan remaja menyelesaikan tugas tahap tumbuh kembangnya.

Lingkungan keluarga yang mampu mengantarkan remaja menyelesaikan tugas tahap tumbuh kembangnya adalah keluarga yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan remaja yang normal adalah keluarga yang mampu melaksanakan tugas-tugas perkembangan keluarga, termasuk menerapkan cara pengasuhan yang tepat (Wamomeo, 2009). Tugas perkembangan tersebut menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003) adalah a) menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab remaja dan menjadikan otonomi remaja semakin bertambah, b) membina komunikasi yang terbuka antara orang tua dengan anak, c) memfokuskan kembali hubungan perkawinan yang harmonis, d) mempertahankan standar-standar etik dan moral keluarga. Di samping melaksanakan tugas-tugas perkembangan secara optimal, keluarga juga dituntut untuk mampu menerapkan cara pengasuhan atau pola asuh yang tepat pada remaja.

Wahyuning (2003, dalam Wamomeo, 2009) menjelaskan, pola asuh adalah seluruh cara perlakuan keluarga yang ditetapkan pada anak dalam proses interaksi orang tua anak, yang merupakan bagian penting dan mendasar menyiapkan anak untuk menjadi masyarakat yang baik. Penelitian Nurhayati (2011) memperoleh hasil bahwa ada hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko di Desa Tridaya Sakti. Kekuatan keluarga yang dimaksud yaitu pola asuh dan kemampuan pengambilan keputusan dalam keluarga. Peneliti memperoleh hasil penelitian berdasarkan analisa dari wawancara mendalam bahwa remaja sebagai pendidik sebaya mempunyai harapan agar keluarga khususnya orang tua dapat berkomunikasi efektif yang bersifat terbuka dan bersikap penuh perhatian serta kepedulian untuk membantu remaja dalam pencegahan perilaku seks bebas tidak hanya pada dirinya tetapi juga pada teman sebayanya.

Remaja sebagai pendidik sebaya juga mengharapkan dukungan dari teman sebaya yang merupakan keinginan yang ditujukan untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi kelompok remaja sebagai generasi sebaya selanjutnya terhadap kesehatan reproduksi dan hak seksual mereka. Remaja sebagai pendidik sebaya mengharapkan terbentuknya kelompok sebaya tidak hanya di SMK "R" untuk mempromosikan kesehatan reproduksi dan seksual remaja berarti juga memastikan kesejahteraan fisik dan emosinya dan melindungi mereka dari kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan, melindungi mereka dari praktek aborsi, HIV/AIDS dan infeksi sistem reproduksi, kematian ibu, infertilitas serta segala bentuk kekerasan dan eksploitasi seksual. Dalam konteks *kelompok sebaya*,

pendidikan kesehatan dilakukan melalui pendidik sebaya (*peer educator*). Pendidik sebaya adalah orang yang menjadi narasumber bagi kelompok sebayanya (BKKBN dan YAI, 2002).

Beberapa partisipan mengharapkan kontinuitas kegiatan pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas terus berlanjut di SMK “R” bahkan di masyarakat sekitar lingkungan pendidik sebaya berada dan ada peralihan dari siswa-siswa kelas XI ke kelas X. Hal tersebut terkait keinginan yang berkaitan dengan sifat manusia sebagai makhluk sosial. Remaja sebagai pendidik sebaya merupakan bagian dari sistem kehidupan komunitas. Namun, sumber dukungan di sekolah seperti guru dan kepala sekolah juga harus ikut berperan. Apalagi sekolah merupakan komunitas pembelajaran siswa sehingga pencegahan perilaku seks bebas terstruktur disampaikan remaja sebagai pendidik sebaya. Selain itu, sekolah juga bisa menggalang sikap yang kepedulian dari masyarakat dan sikap proaktif dari masyarakat dalam pencegahan perilaku seks bebas di wilayah mereka. Penerimaan masyarakat tersebut diperlukan remaja sebagai pendidik sebaya dalam kelancaran kegiatan pendidikan sebaya yang dilakukan agar tepat pada kelompok sasaran.

Harapan tersebut berupa sikap pro aktif masyarakat dengan membantu menginformasikan dengan berbagai cara tentang pencegahan perilaku seks bebas. Adapun harapan tersebut juga berupa dukungan sikap dan perhatian dari masyarakat ataupun tokoh masyarakat berupa sikap tegas dan proaktif. Beberapa partisipan mengharapkan agar masyarakat tidak mentabukan pendidikan seks bahkan memberikan promosi kesehatan dengan mensosialisasikan pada masyarakat luas sehingga perilaku seks bebas dapat dicegah.

Remaja sebagai pendidik sebaya dalam penelitian ini juga menginginkan bimbingan lebih lanjut dari perawat spesialis komunitas dengan bekerjasama dengan pihak puskesmas untuk selalu tanggap dan proaktif terhadap segala permasalahan yang dialami remaja terkait masalah yang terjadi pada tahap tumbuh kembangnya. Pendapat Swanson dan Nies (1999, dalam Ritanti, 2011), puskesmas dapat memberikan pelayanan pada masyarakat dengan menekankan pada program prevensi primer, sekunder, dan tersier.

Kerjasama puskesmas dengan perawat komunitas yang masuk ke sekolah dapat berperan dalam pencegahan perilaku seks bebas pada remaja di keluarga, sekolah dan masyarakat dengan melakukan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Peran perawat komunitas sebagai salah satu tenaga profesional dibidang kesehatan, mempunyai peran dalam upaya pencegahan perilaku seks bebas. Hasil penelitian ini menemukan belum optimalnya strategi intervensi keperawatan komunitas melalui tiga level pencegahan yaitu primer sekunder dan tersier.

Pencegahan primer yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas berupa program pencegahan perilaku seks bebas dengan memberikan pendidikan sebaya sebagai bentuk pemberian informasi dengan penyuluhan kepada anak-anak yang belum dan sudah memiliki pacar melalui tatap muka yang terintegrasi dalam ceramah, diskusi, seminar ke dalam kegiatan masyarakat seperti arisan, pengajian, dan pertemuan rutin tokoh masyarakat di dalam lingkungan sekolah SD, SMP, dan SMA, pendidikan kepada orang tua tentang mengasuh anak yang baik dengan meningkatkan komunikasi keluarga,

kekuatan keluarga, meningkatkan nilai-nilai yang kuat, serta meningkatkan harga diri melalui kegiatan yang positif seperti olahraga, kesenian dan keagamaan.

Pencegahan sekunder ditujukan terutama kepada orang tua yang memiliki anak remaja yang berpacaran melampaui batas dilihat dari sikap dan perilakunya di sekolah atau di luar sekolah, serta sektor masyarakat yang dapat membantu remaja berperilaku seks bebas sebelum terlambat. Kegiatan pencegahan sekunder yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas berupa deteksi secara dini terhadap anak remaja yang mengarah pacarannya ke perilaku seks bebas, konseling perorangan, dan keluarga dengan anak remaja yang berpacaran melalui kunjungan rumah.

Pencegahan tersier yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas mempunyai tujuan untuk membantu remaja yang terlanjur melakukan perilaku seks bebas dan akhirnya sampai mengalami kehamilan yang tidak diinginkan maupun aborsi dalam pengobatan dan pemulihan kondisi fisik, mental, moral dan sosial sehingga remaja tersebut dapat kembali kepada masyarakat dalam keadaan sehat dan dapat menjalankan fungsi sosialnya. Kegiatan pencegahan tersier dilaksanakan dalam bentuk bimbingan sosial dan konseling terhadap remaja dan keluarga yang dilakukan dengan perpanjangan tangan pendidik sebaya, menciptakan lingkungan sosial dan pengawasan sosial sehingga remaja sebagai pendidik sebaya dapat memberikan motivasi kepada remaja tersebut agar memiliki keinginan untuk sembuh serta pembinaan orang tua, keluarga dan teman sebaya yang tinggal di sekitar lingkungannya agar siap menerima remaja itu dan keluarganya dengan baik, memperlakukan dengan wajar dan ikut membina dan mengawasi agar tidak kembali berperilaku seks bebas. Kegiatan yang lain yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas adalah dengan membentuk *social support group* yang merupakan bagian masyarakat yang di bentuk untuk memberikan dukungan, perhatian, materi pada populasi remaja yang berisiko berperilaku seks bebas.

IMPLIKASI KEPERAWATAN

1. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Penelitian ini menghasilkan informasi yang sangat penting tentang pengalaman yang dialami remaja sebagai pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas yang melakukan kegiatan pendidikan kesehatan secara terus menerus sehingga terjadi perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku teman sebayanya. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar pengembangan pencegahan perilaku seks bebas pada remaja. Informasi lain yang diperoleh dalam penelitian ini adalah adanya unsur pemberdayaan, kekuatan, dukungan dan harapan pihak-pihak terkait yang sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kepercayaan diri dan kemampuan pendidik sebaya dalam mengatasi masalah perilaku seks bebas serta masalah lain yang mal adaptif. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai dasar pengembangan intervensi pemberdayaan remaja, keluarga dan masyarakat melalui pendidikan sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas sebagai bentuk promosi kesehatan yang dapat diberikan oleh perawat spesialis komunitas.

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Penelitian mengungkap berbagai pengalaman remaja yang bersifat psikososial untuk dapat mempengaruhi kesehatan teman sebayanya. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya referensi pencegahan perilaku seks bebas dalam konteks keperawatan. Selain itu, hasil penelitian ini dapat memperkuat konsep dan teori **keperawatan komunitas khususnya pendekatan integrasi model manajemen pelayanan kesehatan komunitas dan model asuhan keperawatan komunitas** yang terdiri dari model *family center nursing* dan *comprehensive school model* dalam penyelesaian masalah pencegahan perilaku seks bebas dan risiko penularan HIV pada remaja SMK berbasis sekolah melalui suatu penyusunan suatu program promosi kesehatan remaja dengan penguatan kesehatan keluarga.

3. Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini menjadi informasi dasar dalam menyusun kurikulum pembelajaran spesialis keperawatan komunitas, sehingga mahasiswa dapat mengembangkan rancangan intervensi inovatif terkait kesehatan reproduksi remaja kepada keluarga, remaja, masyarakat dan sekolah.

4. Remaja dan Keluarga

Proses penelitian melibatkan remaja terpilih untuk mengikuti serangkaian pelatihan komunikasi efektif yang secara langsung diharapkan dapat diterapkan pada *peer* dan keluarga.

PENUTUP

1. Penelitian ini menghasilkan sepuluh tema utama yaitu perasaan senang sebagai pendidik sebaya, pendidik sebaya memberi manfaat bagi diri sendiri dan orang lain, mengikuti seleksi/rekrutment sebagai pendidik sebaya, mendapatkan pengetahuan melalui pelatihan, melaksanakan tugas sebagai pendidik sebaya, memiliki self efficacy sebagai pendidik sebaya, mendapatkan hambatan saat melakukan kegiatan pendidik sebaya, memperoleh dukungan yang optimal sebagai pendidik sebaya, bervariasinya metode pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya dan keberlanjutan program pendidik sebaya. Pada penelitian ini juga terdapat tiga tema tambahan yaitu remaja sebagai pendidik sebaya memahami seks dengan baik, nilai dan keyakinan yang dianut mengenai perilaku seks bebas serta motivasi remaja sebagai pendidik sebaya.
2. Remaja sebagai pendidik sebaya merasakan senang untuk melaksanakan pencegahan perilaku seks bebas. Perasaan senang sebagai pendidik sebaya merupakan perasaan yang timbul karena dirasakannya manfaat dari kegiatan pendidik sebaya bagi diri sendiri dan orang lain.

3. Pengalaman remaja sebagai pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas menunjukkan remaja mengikuti seleksi/ rekrutment sebagai pendidik sebaya, mendapatkan pengetahuan melalui pelatihan, melaksanakan tugas sebagai pendidik sebaya dan memiliki *self efficacy* sebagai pendidik sebaya. Pemilihan untuk menjadi pendidik sebaya dari anggota OSIS, langsung ditunjuk guru dan diumumkan dalam pertemuan antara siswa, guru dan mahasiswa residen dari FIK-UI. Lama pelatihan untuk menjadi pendidik sebaya yaitu dalam waktu 2 hari dan 4 sesi pertemuan serta materi yang diberikan antara lain berupa materi kesehatan dan materi menjadi pendidik sebaya.
 4. Remaja sebagai pendidik sebaya melaksanakan tugasnya dengan mempersiapkan diri dengan materi. Remaja sebagai pendidik sebaya juga memilih metode yang tepat dengan membuat target, dikusi kelompok besar maupun kecil serta pertemuan langsung dalam kegiatan pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas. Evaluasi bagi peserta kegiatan pendidik sebaya dilakukan juga dengan memberikan *pre test* dan *post test* kemudian diberikan penghargaan untuk peserta kegiatan pendidik sebaya.
 5. Kegiatan pendidik sebaya mempunyai jadwal, lokasi, kelompok kegiatan pendidik sebaya, materi pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya, struktur organisasi kegiatan pendidik sebaya dan situasi atau kondisi saat ini. Proses pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas dilakukan pada tempat yang tidak khusus, kelompok terdiri dari 3 orang sampai 5 orang, dengan materi seputar kesehatan reproduksi, perilaku seks bebas, cara pencegahan perilaku seks bebas, PMS dan HIV/AIDS. Remaja sebagai pendidik yang awalnya tidak percaya diri makin berlatih makin percaya diri dan makin mampu hingga memiliki *self efficacy* karena proses pembelajaran dari pelatihan dan pengalaman sebelumnya ketika berhadapan dengan orang lain.
 6. Masalah atau hambatan yang dialami remaja sebagai pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas diakibatkan manajemen diri yang kurang optimal sehingga kurang pro aktif ditunjang faktor kegiatan sekolah yang sudah padat sehingga tidak bisa memanajemen waktu.
 7. Remaja sebagai pendidik sebaya memperoleh dukungan yang optimal, dukungan terhadap remaja sebagai pendidik sebaya dalam pencegahan perilaku seks bebas bersumber dari orang tua yang mendukung kegiatan positif pada anak remaja dan orangtua sebagai model. Dukungan dari teman sekelas/*peer* juga didapatkan baik dari teman sebaya yang tertarik dalam mempelajari kegiatan pendidik sebaya maupun teman sebaya yang meminta solusi untuk masalah pribadinya. Dukungan guru juga ada meskipun hanya sekitar 2 sampai dengan 4 orang yang merekrut siswanya menjadi pendidik sebaya kemudian diadakannya pelatihan. Dukungan materi pembelajaran juga diperoleh remaja sebagai pendidik sebaya dari pelatihan.
-

8. Remaja sebagai pendidik sebaya mengharapkan bervariasinya metode pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya dan keberlanjutan program pendidik sebaya. Bervariasinya metode pelaksanaan kegiatan pendidik sebaya terkait perlunya pemanfaatan jejaring sosial, pemanfaatan IT dan penggunaan metode pembelajaran bervariasi.
9. Keberlanjutan program pendidik sebaya dapat tercapai dengan dukungan dari pihak-pihak terkait yaitu mengharapkan dukungan guru, tersedianya tempat khusus, kontinuitas kegiatan pendidik sebaya, menginginkan bimbingan lebih lanjut dari perawat spesialis komunitas, mengharapkan dukungan dari teman sebaya dan menginginkan perhatian orang tua. Orang tua hendaknya penuh perhatian kepada remaja, menjaga anak/remajanya dan bisa bersikap sebagai teman yang mendengarkan remaja. Guru agar dapat memperhatikan kegiatan siswa dengan lebih banyak bertanya dan hadir dalam kegiatan siswa.
10. Perilaku seks bebas di kalangan remaja cenderung banyak terjadi dikarenakan rasa ingin tahu, pengaruh lingkungan, remaja berada dalam tahap transisi, pornografi, keinginan mendapatkan pengakuan teman sebaya, lingkungan keluarga serta pengaruh konsumsi alkohol dan NAPZA. Dampak perilaku seks bebas menurut remaja sebagai pendidik sebaya dibedakan menjadi dampak fisiologis dan dampak sosio-fisiologis. Pencegahan perilaku seks bebas berdasarkan remaja sebagai pendidik sebaya sebaiknya dilakukan antara lain dengan pemberian: 1) pendidikan seks dari orang tua, teman sebaya, sekolah dan masyarakat, 2) ada perhatian dan kasih sayang dari orang tua, 3) pola asuh orang tua, 4) kegiatan positif, 5) tidak menyimpang dari nilai dan keyakinan, dan 6) pacaran yang tidak melanggar norma.

REFERENSI

- Abma, J.C., Martinez, G.M., Mosher, W.D., & Dawson, B.S. (2004). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat.* 23(24).
- Agneessens, F., Waegel, H. & Lievens, J. (2006). Diversity in Social Support by Role Relations: A Typology. *Social Network*, 28, 427-441.
- AMPL. (2009). *MDGs Millennium Development Goals (Tujuan Pembangunan Milenium): Mutlak Dicapai, 2015!*. Jakarta: RI, CIDA dan UNICEF.
- Anderson dan McFarlane (2004). *Community As Partner: Theory And Practice In Nursing*. 4th ed. Philadelphia : Lippincott
- Allan Guttmacher Institute. (2006). *U.S. teenage pregnancy statistic: National and state trends by race and ethnicity*. New York: Author. Diakses dari www.guttmacher.org/pubs/2006/09/12/USTPstats.pdf pada tanggal 20 September 2012.
- Allender, J.A. & Spradley, B.W. (2005). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting The Public's Health*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
-

- Allender, J.A., Rector, S. & Warner, B.W. (2010). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting The Public's Health*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ali, M. & Asrosi, M. (2011). *Psikologi Remaja: Perkembangan Peserta Didik*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Alisjahbana, A., Sidharta, M. & Browner, MAW. (1984). *Menuju Kesejahteraan Jiwa*. Jakarta: Gramedia.
- APA (American Psychological Associations). (2002). *Developing Adolescents: A References For Professionals*. APA Washington, DC. Diakses dari www.apa.org/pi/pii/develop.pdf
- Archibald, A.B., Graber, J.A. & Brooks-Gunn, J. (2006). Pubertal processes and physiological growth in adolescence. Dalam G.R. Adams & M.D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (hlm. 24-48). Malden, MA: Blackwell.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2010). *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Badan Pusat Statistik. *Jawa Barat dalam angka: Jawa Barat in figures 2008*. Diakses dari <http://www.jabarprov.go.id/root/dalamangka/dda2008.pdf> pada tanggal 20 September 2012.
- Badura, AS, Millard M, Peluso EA, Ortman N. (2000). Effects of peer education training on peer educators: Leadership, self-esteem, health knowledge and health behavior. *Journal of College Student Development*; Sep/Oct 2000, 41, 5.
- Bantarti, W. (2000). *Pengaruh pendidikan kelompok sebaya terhadap pengetahuan dan sikap tentang HIV/AIDS pada siswa siswi SMU di Kotamadya Depok*. Tesis. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat UI. Tidak Dipublikasikan.
- Berk, L.E. (2010). *Development Through The Life Span*. 5th edition. Boston: Pearsons Education Inc.
- Biro Pusat Statistik. (Agustus 2010). *Hasil sensus penduduk 2010: Data berdasarkan provinsi di Indonesia*. Jakarta: Biro Pusat Statistik.
- BKKBN dan YAI. (2002). *Pedoman Pemberdayaan Pendidik dan Konselor Sebaya Dalam Program Kesehatan Reproduksi Remaja: Teknik Fasilitasi dan Konseling*. Jakarta: BKKBN dan YAI.
- BKKBN. (2008). *Kurikulum dan Modul Pelatihan Pemberian Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja Oleh Pendidik Sebaya*. Jakarta: Direktorat Remaja dan Prlindungan Hak-hak Reproduksi BKKBN.
-

- . (2008). *Panduan Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR)*. Jakarta: Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-hak Reproduksi BKKBN.
- . (2008). Makin Banyak Remaja Lakukan Seks Pra Nikah. Diakses dari ceria.bkkbn.go.id/ceria/referensi/artikel/detail/562 pada tanggal 20 September 2012.
- . (2009). *Panduan Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK Remaja)*. Jakarta: Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-hak Reproduksi BKKBN.
- . (2010). *Tanda-tanda Anak Mulai Puber*. Diakses dari ceria.bkkbn.go.id pada tanggal 10 September 2012.
- . (2012). *Program PKBR Antisipasi Seks Bebas Pada Remaja*. Diakses dari <http://www.bkkbn.go.id/Lists/Berita/DispForm.aspx?ID=383> pada tanggal 20 September 2012.
- . (2012). *Tiap Tahun kasus Aborsi meningkat 15 persen*. Diakses dari [http://www.jurnas.com/news/71467/BKKBN: Tiap Tahun, Kasus Aborsi Meningkat 15 Persen /1/Sosial Budaya/Kesehatan](http://www.jurnas.com/news/71467/BKKBN:Tiap_Tahun,_Kasus_Aborsi_Meningkat_15_Persen_/1/Sosial_Budaya/Kesehatan) pada tanggal 10 September 2012.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 6th edition. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Bogin, B. (2001). *The growth of humanity*. New York: Wiley-Liss.
- Carskadon, M.A., Harvey, K., Duke, P., Anders, T.F., Litt, I.F. & Dement, W.C. (2002). Pubertal changes in daytime sleepiness. *Sleep*, 25, 525-560.
- Casey, B.J., Getz, S. & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28, 62-77.
- Chythia, T. (2007). Konformitas kelompok Dan Perilaku Seks Bebas Pada Remaja. *Jurnal Psikologi Volume 1, No.1, Desember, 2007*, 75-81.
- Clemen-Stone, S., McGuire, S.L., & Eigsti, D.G. (2002). *Comprehensive Community Health Nursing: Family, Aggregate, & Community Practice*, 6th edition. St. Louis: Mosby, Inc.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design*. California : Sage Publication.Inc.
- Crockett, L.J., Raffaelli, M., & Shen, Y.L. (2006). Linking self-regulation and risk proneness to risky sexual behavior: Pathway through peer pressure and early substance use. *Journal of Research on Adolescent*, 16, 503-525.
-

Colley, R.L., Moris, J.E. & Hernandez, D. (2004). Out-of-school care and problem behavior trajectories among low-income adolescent: Individual, family, and neighborhood characteristic as added risk. *Child Development*, 75, 948-965.

Collins, R.L., Elliott, M.N., Berry, S.H., Kanouse, D.E., Kunkel, D., Hunter, S.B. & Miu, A. (2004). Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics*; Sep. 2004, 114(3):e280-9.

Comaria, N. (2008). *Aku Sudah Gede: Ngobrolin Pubertas Buat Remaja Islam*. Sukoharjo: Samudra.

Conrad. (2000). *Press Briefing Kitt III: kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: Population Council.

Dadang, H. (2009). *Dampak Seks Bebas Bagi Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Dahl, R.E. & Lewin, D.S. (2002). Pathway to adolescent healthy sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health*, 31, 175-184.

Dariyo, A. (2004). *Psikologi perkembangan remaja*. Bogor: Ghalia Indonesia.

Darroch, J.E., Frost, J.J. & Singh, S. (2001). *Teenage sexual and reproductive behavior in develop countries: Can more progress be made?* New York: Allan Guttmacher Institute.

Dawi, A.H. (2007). *Pendidikan Seks: suatu perspektif sosial*. Malaysia: Universiti Pendidikan Sultan Idris.

Depkes. (2004). *Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR): Materi Pelatihan Bagi Petugas kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.

----- (2005). *Pedoman Perencanaan Program Kesehatan Remaja*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.

----- (2005). *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.

----- (2005). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.

----- (2007). *Dalam : "Opportunistic Infection"* . Diakses dari: <http://www.aids.org/factSheets/500-Opportunistic-Infections.html> pada tanggal 10 September 2012 pukul 20.00 WIB.

----- (2007). *Pedoman Etik Penelitian Kesehatan*. Diakses dari <http://www.litbang.depkes.go.id/ethics/knepk/> pada tanggal 10 September 2012.

- (2007). *Panduan Bagi Pelatih: Pelatihan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja*. Jakarta: Depkes RI.
- (2008). *Panduan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja*. Jakarta: Depkes RI.
- (2008). *Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
- (2009). *Laporan statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia*. Diakses dari <http://depkes.org.id> pada tanggal 10 September 2012.
- (2009). *HIV/AIDS*. Diakses dari http://www.pppl.depkes.go.id/images_data/HIV-AIDS.pdf pada tanggal 10 September 2012.
- (2010). *Pedoman Untuk Tenaga Kesehatan. Usaha Kesehatan Sekolah di Tingkat Sekolah Lanjutan*. Jakarta: Depkes.
- Dewi, A.P. (2012). *Hubungan Karakteristik Remaja, Peran Teman Sebaya Dan Paparan Pornografi Dengan Perilaku Seksual Remaja Di Kelurahan Pasir Gunung Selatan Depok*. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.
- Dianawati, A. (2003). *Pendidikan Seks Untuk Remaja*. Jakarta: Kawan Pustaka.
- DiMatteo, M. (2004). Social Support and Patient Adherence to medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23, 207-218.
- Dinas Kesehatan Kota Depok (2008). *Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Kota Depok Tahun 2008*, Depok
- (2010). *Profil Dinas Kesehatan Kota Depok Tahun 2010*, Depok.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2012). *Laporan Situasi Perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia sampai dengan 30 Juni 2012*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Echols, J.M. & Shadily, H. (1992). *Kamus Inggris-Indonesia (An English Dictionary)*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Edelman, C.L. & Mandle, C.L. (2010). *Health Promotion Throughout The Life Span*, 7th edition. Canada: Mosby, Inc.
- Edwards & Tsouros. (2008). *A Healthy City is An Active City : a physical activity planning guide*, Copenhagen : WHO Regional Office for Europe
-

- Ervin, NF. (2002). *Advanced community health nursing: Concept and practice*. 5th ed. Philadelphia : Lippincot.
- Fitriani, D. (2011). *Pengaruh Edukasi Sebaya Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Pada Agregat Anak Usia Sekolah Yang Beresiko Kecacingan Di Desa Baru Kecamatan Manggar Belitung Timur*. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory & Practice* 5th Edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Ge, X., Brody, G.H., Conger, R.D., Simons, R.L., & Murry, V. (2002). Contextual amplification of the effect of pubertal transition on African American children's deviant peer affiliation and externalized behavioral problems. *Developmental Psychology*, 38, 42-54.
- Ghifari, Al Abu. 2003. *Gelombang Kejahatan Seks Remaja Modern*. Bandung: Mujahid Press.
- Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (2008). *Health Behaviour And Health Education: Theory, Research, and Practice*. 4rd edition. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Green, L.W dan Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* 4th Edition. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Gunawan, A.H. (2010). *Sosiologi Pendidikan: Suatu Analisa Sosiologi tentang Pelbagai Problem Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Hansen, M., Janssen, L., Schiff, A., Zee, P.C. & Dubocovich, M.L. (2005). The impact of school daily schedule on adolescence sleep. *Pediatric*, 115, 1555-1561.
- Hanson , S.M.H., & Boyd, S.T. (1996). *Family Health Care Nursing : Theory, Practice, and Research*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Harian Analisa. (2012). *Ketua Umum KNPA Arist Merdeka Sirait: 68,7 persen Remaja Tobasa Pernah Kontak Seksual*. Diakses dari http://www.analisadaily.com/news/read/2012/07/28/65535/68_persen_remaja_tobasa_pernah_kontak_seksual/#.UJsO5G8mRe4 pada tanggal 20 September 2012.
- Helvie, C.O. (1998). *Advanced Practice Nursing in The Community*, New Delhi: SAGE Publication.
- Hills, S.D., Anda, R.F., Dube, S.R., Felitti, V. J., Marchbanks., P.A. & Marks, J.S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial, consequences, and fetal death. *Pediatric*, 113, 320-327.
-

- Hitchcock, J., Schubert, P., Thomas, S. (1999). *Community Health Nursing: Caring in Action*. New York: Delmar Publishers.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*. 8th edition. St. Louis: Mosby, Inc.
- Howard, D. F. & Wang, M.Q. (2004). Multiple sexual-partner behavior among sexually active U.S. adolescent girls. *American Journal of Health behavior*, 21, 3-12.
- Huebner, A.J. & Howell, L.W. **Examining the relationship between adolescent sexual Risk-Taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles**. *Journal of Adolescent Health*, August 2003, Vol. 33, Issue 2, Pages 71-78.
- Hurlock, E. B. (1999). *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. Jakarta: Erlangga.
- ICBC. (2009). *Booklet Program Tahunan ICBC*. Yogyakarta: Institute for Community Behavioral Change.
- Kemenkes. (2011). *Permasalahan remaja dalam perilaku reproduksi guna pencapaian target MDGs*. Diakses dari www.depkes.go.id
- King, L.A. (2007). *The Science of Psychology: An Appreciative View*. New York: McGraw-Hill.
- Kost, K., Henshaw, S. & Carlin, L. (2010). *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity*, 2010. Diakses dari <http://www.guttmacher.org/pubs/USTPtrends.pdf> pada tanggal 10 September 2012.
- Kost, K. & Henshaw, S. (2012). *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2008: National Trends by Age, Race and Ethnicity*, 2012. Diakses dari <http://www.guttmacher.org/pubs/USTPtrends08.pdf> pada tanggal 10 September 2012.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Synder, S.J. (2004). *Fundamental of Nursing Concepts, Process, and Practice*. 7th edition. USA: Pearson Prentice Hall.
- KKP. (2011). *Antisipasi Seks Bebas DPR Usulkan Program PKBR*. Diakses dari <http://www.bkkbn.go.id/Lists/Berita/DispForm.aspx?ID=370> pada tanggal 10 September 2012.
- Laporan Kependudukan Kelurahan Tugu kecamatan Cimanggis Kota Depok. (Agustus 2011).
- Larson, R.W., Moneta, G., Richards, M.H. & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73, 1151-1165.

- Leith, L.E., (1999). A Methodologic and Evaluate Proposal For Qualitative Research. *Disertation*. School of Nursing, Indiana University. Diakses dari <http://www.proquest.com/pqdauto/Nursing And Allied Health Source>. Tanggal 20 September 2012.
- Liputan 6 SCTV. (2011). *Perilaku Seks Bebas Faktor Risiko AIDS tertinggi*. Diakses dari <http://health.liputan6.com/read/354946/perilaku-seks-bebas-faktor-risiko-aids-tertinggi> pada tanggal 10 September 2012.
- Manlove, J.S., Terry-Humen, E., Ikramullah, E.N. & Moore, K. (2006) the role of parent religiosity in teen's transitions to sex and contraception. *Journal of Adolescent Health*, 39, 578-587.
- Manurung, L. (2010). Hubungan pendidikan seks dengan aktivitas seksual pada remaja SMA Negeri 14 Medan. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Tidak Dipublikasikan.
- McMurray, A. (2003). *Community health and wellness: A sociology approach*. 2th edition. St Louis: Mosby.
- Metronews. (2012). *32 Persen Remaja Indonesia Pernah Berhubungan Seks*. Diakses dari <http://metrotvnews.com/index.php/metromain/newsvideo/2010/05/17/105501/32-Persen-Remaja-Indonesia-Pernah-Berhubungan-Seks> pada tanggal 20 September 2012.
- MoH. *Report on the Situation of HIV and AIDS in Indonesia*. (2011). 2nd quarter. Dalam The Response to HIV and AIDS In Indonesia 2006 - 2011: Report on 5 Years Implementation of Presidential Regulation No. 75/2006 on the National AIDS Commission. Jakarta: Indonesian National AIDS Commission, October 2011. Diakses dari <http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/Response to HIV and AIDS in Indonesia 2006 2011.pdf> pada tanggal 20 September 2012.
- Moleong, L.J., (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Rosda.
- NAC and UNICEF. (2011). *Report on Analysis of Age-group Disaggregation of Survey and Research Data (Laporan Analisis Lanjutan Data-data Survei & Penelitian Berdasarkan Kelompok Umur, 2011*. Dalam The Response to HIV and AIDS In Indonesia 2006 - 2011: Report on 5 Years Implementation of Presidential Regulation No. 75/2006 on the National AIDS Commission. Jakarta: Indonesian National AIDS Commission, October 2011. Diakses dari <http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/Response to HIV and AIDS in Indonesia 2006 2011.pdf> pada tanggal 20 September 2012.
- National Women's Law Center. (2007). *When girls don't graduate we all fail*. Wahington, D.C: Author.
-

- Nies, M. A. & McEwen, M. (2007). *Community/ Public Health Nursing: Promoting The Health of Populations*. 4rd edition. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2010). *Promosi Kesehatan: Teori & Aplikasi*. Edisi revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhayati. (2011). *Hubungan Pola Komunikasi dan Kekuatan Keluarga dengan Perilaku Seksual Berisiko pada remaja di Desa Tridayaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi*. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.
- Papalia, DE., Olds, S.W & Feldman, Ruth.D. (2008). *Human Development*. 10th edition. Boston : Mc.Graw-Hill.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. 4th edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Peterson, J.S. & Bredow, T. (2004). *Middle range theories: application in nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- PKPR. (2012). *Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja* . Diakses dari <http://pkpr.datainformasi.net/berita-101-pelaksanaan-pelayanan-kesehatan-peduli-remaja-pkpr.html> pada tanggal 20 September 2012.
- Planned Parenthood of Indiana. (2006). *Adolescent Pregnancy Fact Sheet*. Diakses dari http://www.ppin.org/education/documents/adolescent_preg_fact_sheet_06.pdf pada tanggal 10 September 2012.
- Potter, P.A dan Perry, A., G. 2009. *Fundamental of Nursing*. 7th edition. Singapore: Elsevier Pte Ltd.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2003). *Essential of Nursing Research: Appraising Evidence For Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (2001). *Nursing Research: Principles & Methods*. Sixth edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
-

- Ramos, E., Frontera, W.R., Llopart, A. & Feliciano, D. (1998). Muscle strength and hormonal levels adolescents: Gender related differences. *International Journal of Sports Medicine*, 19, 278-298.
- Reiss, M. & Harstead, M. J. (2006). *Pendidikan Seks Bagi Remaja: Dri Prinsip ke Praktek*. (Terjemahan). Yogyakarta: Alenia Press.
- Ria, R.T.T.M. (2011). *Pengalaman Ibu Merawat Anak Austistik Dalam Memasuki Masa Remaja Di Jakarta*. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.
- Rikesdas. (2007). *Riset kesehatan dasar laporan nasional 2007*. Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- Ritanti. (2010). *Studi Fenomenologi : Pengalaman Keluarga Dengan Anggota Keluarga Penyalahguna Narkoba Dalam Menjalani Kehidupan Bermasyarakat Di Kelurahan Palmerah Jakarta Barat*. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.
- Robbins, S.P. (2007). *Perilaku Organisasi Buku 1*. Jakarta: Salemba Empat.
- Rogol, A.D., Roemmich, J.N. & Clarck, P.A. (2002). Growth at puberty. *Journal of Adolescent Health*, 31, 192-200.
- Santelli, J. S., Abma, J., Venture, S., Lindberg, L., Morrow, B., Anderson, J. E., Lyss, S. & Hamilton, B. E. (2004). Can changes in sexual behaviors among high school students explain the decline in teen pregnancy rates in the 1990s? *Journal of Adolescent Health*, 35, 80-90
- Santrock, J.W. (2007). *Adolescence*. 11th edition. USA: The McGraw-Hill Companies.
- Santrock, J.W. (2009). *Life-Span Development*. 12th edition. New York: McGraw-Hill.
- Sarafino, E.P. (1997). *Health psychology: Biopsychological Interactions*. 4rd edition. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sartika, D. (2012). *Self Efficacy Perawat Dalam Penggunaan Sistem Informasi Keperawatan Di RSIA Bunda Jakarta: Studi Fenomenologi*. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.
- Sarwono, S.W. (2012). *Psikologi Remaja*. Edisi Revisi. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Schunk, D.H. (2012). *Learning Theories, An Educational Perspective*. 6th edition. San Francisco: Pearson Education, Inc.
-

- Setyoadi. (2012). *Pemberdayaan pendidik sebaya sebagai upaya pencegahan resiko penularan HIV/AIDS pada remaja di SMK Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok*. Karya Ilmiah Akhir. Program Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.
- Sienburner, J., Ziemmer-Gemmbeck, M.J. & egeland, B. (2007). Sexual partners dan contraceptive use: A 16-years prospective study predicting abstinence and risk behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 7, 179-206.
- Sieving, R.E., Oliphant, J.A., & Blum, R.W. (2002). Adolescent sexual behavior and sexual health. *Pediatric in Review*, 23, 406-416.
- Silver, E.J. & Bauman, L.J. (2006). The association of sexual experience with attitudes, beliefs, and risk behaviors of innercity adolescent. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 29-45.
- Singh, S., Wulf, D., Samara, R. & Cuca, Y.P. (2000). Gender differences in the timing of first intercourse: Data for 14 countries. *International family Plannin Perspective, Part 1*, 26, 21-28.
- Soekanto, S. (2009). *Sosiologi Keluarga Tentang Ikhwal Keluarga, Remaja, dan Anak*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Speziale, H. J. S & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative 3rd Edition*. Philadelphia: LippincottWilliams & Wilkins.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community health nursing: promoting health of aggregates, families, and individuals*. 5th edition. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Streubert, H.J & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing. Advancing The Humanistic Imperative. Third Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Swenson, R. R., & Prelow, H. M. (2005). Ethnic identity, self-esteem, and perceived efficacy as mediators of the relation of supportive parenting to psychosocial outcomes among urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 28, 465-477.
- Sylviani, Marina. (2008). *Pelayanan Konseling Oleh Konselor Sebaya di SMAN # dan MAN 2 di Kota Bogor Tahun 2008*. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.
- Tohirin. (2011). *Metode Penelitian Kualitatif Dalam Pendidikan Dan Bimbingan Konseling*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Triyanto, E. (2010). *Pengalaman Remaja Dalam Mendapatkan Tugas Perkembangan*
-

Keluarga Selama Mengalami Masa Pubertas di Purwokerto: Studi Fenomenologi. Tesis. Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak Dipublikasikan.

UNAIDS. (2008). *Fast Facts about HIV*. Diakses dari http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_en.pdf pada 20 September 2012.

UNAIDS. (2011). *Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report 2011*. Diakses dari http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf pada 20 September 2012.

UNAIDS. (2008). *Republic of Indonesia Country report on the Follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS): Reporting Period 2006-2007*. Indonesia: National AIDS Commission.

UNESCO. (2007). *Peer Approach in Adolescent Reproductive Health Education: Some Lessons Learned*. UNESCO Bangkok.

U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2007. Morbidity and Mortality Weekly Report, 57 (No. SS-4)*. Diakses dari www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs pada tanggal 10 September 2012.

Vardiansyah, D. (2008). *Filsafat Ilmu Komunikasi: Suatu Pengantar*. Jakarta: Indeks.

Walgito, B. (2003). *Pengantar Psikologi Umum*. Diakses dari <http://digilib.unimus.ac.id/files/> pada tanggal 10 September 2012.

Wamomeo, A. (2009). *Hubungan pola asuh keluarga, perilaku teman sebaya, dan karakteristik remaja dengan perilaku kekerasan pada remaja di Kelurahan Pancoran Mas Kota Depok*. Program Magister Ilmu Keperawatan. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

WHO/UNAIDS. (2004). *Woman and HIV/AIDS: confronting the crisis*. Diakses dari <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData> pada tanggal 10 September 2012.

Wibowo, I., Pelupessy, D.C., Narhetail, E. (2011). *Psikologi Komunitas*. Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi (LPSP3).

Willis. S.S. (2010). *Remaja & Masalahnya, Mengupas Berbagai Bentuk Kenakalan Remaja Seperti Narkoba, Free Sex Dan Pemecahannya*. Bandung: CV Alfabeta.

Wood, G.L. & Haber, J. (2006). *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practiced*. St. Louis: Mosby.

PENGALAMAN ANGGOTA KELOMPOK SWABANTU DALAM MEMPEROLEH DUKUNGAN UNTUK MEMBERIKAN ASI EKSKLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS CIRACAS JAKARTA TIMUR: STUDI FENOMENOLOGI (A Self-Help Group Members Experience to Obtaining Support to Provide Exclusive breastfeeding in Puskesmas Ciracas East Jakarta : A Phenomenology Studies)

Istianna Nurhidayati¹, Junaiti Sahar², Henny Permatasari³

¹ Staff STIKES Muhammadiyah Klaten

^{2,3} Departemen Keperawatan Komunitas, FIK, UI, Depok, Indonesia

Coverage of exclusive breastfeeding in public is less than 80%. Purpose of this study was to obtain an overview of experience self-help groups members get obtaining support to exclusively breastfed . Qualitative research design with a phenomenological approach. Data was collected on 8 Ciracas participants in the health center. Data analysis was performed with the technique Collaizi. The research found eight themes related to support given self-help groups: emotional support, support awards, informative support, instrument support, cognitive enhancement, given the strengthening of the group, the group can improve knowledge, operational assistance. Activities of self-help groups can be implemented in aggregate pregnant and nursing mothers to improve maternal behavior in exclusive breastfeeding.

Keywords: Self-help group, Mothers breastfeeding, exclusive breastfeeding

PENDAHULUAN

Pemberian ASI pada bayi memiliki dampak yang signifikan guna menurunkan angka kematian anak. Oleh karena itu, pemberian ASI memiliki kontribusi yang besar guna mencapai MDGs nomor 4 dan 5. Data WHO (2004) menunjukkan bahwa angka pemberian ASI eksklusif enam bulan pertama di dunia sebesar 38%, dengan persentase tiga wilayah paling tinggi adalah Asia Selatan (45%), Asia Timur (43%), dan negara berkembang (38%). Berdasarkan data dari *Center For Disease Control* (2011), angka rata-rata ibu menyusui di Amerika Serikat meningkat dari 44,3% pada tahun 2009 menjadi 47,2% di tahun 2010. Hal ini menunjukkan bahwa kesadaran ibu untuk memberikan ASI pada bayi masih rendah. Selain itu, hal ini terjadi karena adanya perubahan nilai pada masyarakat yang menganggap pemberian susu formula pada bayi lebih praktis dibandingkan dengan pemberian ASI eksklusif.

Hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 didapatkan bahwa cakupan ASI eksklusif menurut kelompok umur adalah: umur 0-1 bulan sebesar 48,3%, umur 2-3 bulan sebesar 34,3 %, dan umur 4-5 bulan sebesar 17,8%.⁴ Bayi umur 0-5 bulan yang segera disusui setelah lahir (<1 jam) sebesar 27,5% dan yang diberikan

makan atau minum prelaktal sebesar 44,7%.⁵ Pemberian makan atau minum selain ASI pada bayi umur 0-7 hari yaitu pemberian susu formula sebesar 80,7% dan pemberian buah pisang sebesar 4,3%.⁵ Data ini menunjukkan bahwa tingkat ke`sadaran ibu tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif, manfaat ASI eksklusif, dan bahaya pemberian makanan secara dini selain ASI pada bayi masih rendah. Angka cakupan ASI eksklusif di DKI Jakarta adalah 34,27% dan di wilayah suku dinas Jakarta Timur hanya sebesar 24%.¹³ Data ini menunjukkan bahwa tingkat pemahaman ibu menyusui dan masyarakat mengenai arti penting dan manfaat ASI bagi bayi masih rendah.

Ibu menyusui merupakan kategori *population at risk*. Hal ini dikarenakan adanya interaksi antar faktor risiko, dapat berupa risiko biologi, usia, sosial, ekonomi, gaya hidup, dan kejadian-kejadian dalam hidup.⁴⁶ Status kesehatan ibu menurun jika terjadi ketidakadekuatan sumber dan proses koping sosial. Ibu yang menyusui sangat membutuhkan dukungan dari masyarakat agar dapat memberikan ASI secara eksklusif. Hasil survey yang dilakukan di Inggris pada tahun 2000 menemukan, 84% ibu menyusui karena teman mereka juga menyusui anaknya dan 54% wanita memberikan susu botol pada bayi karena teman-teman mereka juga memberikan susu botol.³⁶

Berkaitan dengan masalah ASI di Indonesia, pemerintah membuat Peraturan Pemerintah No. 33 tahun 2012 tentang pemberian Air Susu Ibu eksklusif untuk mensukseskan program pemberian ASI eksklusif. Pasal lima bagian ke-tiga Peraturan Pemerintah No. 33 tahun 2012 menyatakan, pemerintah tingkat kabupaten kota memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan nasional program pemberian ASI eksklusif, mengadvokasi dan mensosialisasi program pemberian ASI eksklusif, menyediakan konselor, membina, memonitoring, mengevaluasi, menyelenggarakan penelitian, dan melakukan pengembangan kerjasama dengan pihak lain guna terlaksananya kebijakan tersebut. Pada tahun 2009, daerah kabupaten kota yang cakupan ASI eksklusifnya masih kurang adalah Jakarta Timur dengan persentase sebesar 24%.¹³ Suku Dinas Jakarta Timur telah mengembangkan kelompok swabantu ibu di daerah Cipayung dan Ciracas. Hal ini dilakukan sejak awal tahun 2010 untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif.

Lingkungan sosial memberikan dukungan yang positif pada kesiapan dan kesediaan ibu untuk menyusui bayi. Hal-hal terkait dukungan menyusui banyak ditemukan di masyarakat, diantaranya: tatanan budaya berpengaruh dalam pengambilan keputusan ibu untuk menyusui atau tidak menyusui; pengalaman dalam keluarga ibu tentang menyusui; pengalaman ibu; pengetahuan ibu dan keluarga tentang manfaat ASI; sikap ibu terhadap kehamilan (diinginkan atau tidak); sikap suami dan keluarga lainnya terhadap menyusui; sikap petugas kesehatan yang membantu ibu; persepsi ibu tentang dirinya; pandangan ibu tentang payudara; penghayatan ibu terhadap ke-ibuannya; dan kemampuan ibu untuk mandiri dalam pengambilan keputusan mengenai pro kontra dalam pemberian ASI.

Kelompok Swabantu di Ciracas merupakan bentuk dukungan sosial yang ada di masyarakat. Oleh karena itu tujuan penelitian ini untuk mengetahui memperoleh gambaran pengalaman kelompok swabantu di wilayah kerja Puskesmas Ciracas, Jakarta Timur, dalam memotivasi anggota kelompok untuk memberikan ASI eksklusif.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Populasi dalam penelitian yang dilakukan yaitu ibu yang mengikuti kelompok swabantu di Jakarta Timur, khususnya di wilayah kerja Puskesmas Ciracas. Penelitian yang dilakukan pada delapan (8) partisipan karena informasi yang diperoleh peneliti telah berkualitas serta terjadi kejenuhan terhadap data atau informasi dari partisipan. Partisipan dalam penelitian yang dilakukan dipilih dengan menggunakan strategi *criterion sampling*, yaitu berdasarkan pada kriteria tertentu yang memenuhi persyaratan. Kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti yaitu : (1) ibu yang saat ini mengikuti kelompok swabantu dengan aktif (minimal sudah mengikuti dua kali pertemuan); (2) mampu menceritakan pengalamannya tentang dukungan kelompok swabantu selama memberikan ASI; (3) mampu berkomunikasi dengan bahasa Indonesia dengan baik; dan (4) bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani persetujuan (*informed consent*). Penelitian dilakukan di wilayah Suku Dinas Jakarta Timur, khususnya di wilayah kerja Puskesmas Ciracas. Penelitian dilakukan pada bulan September sampai Desember 2012.

HASIL

Karakteristik partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah delapan orang dengan jenis kelamin perempuan. Usia partisipan bervariasi antara 21 sampai 31 tahun. Tingkat pendidikan bervariasi dari SMP sampai DIII. Pekerjaan partisipan tujuh orang ibu rumah tangga dan seorang karyawan swasta. Partisipan bersal dari suku Jawa 5 orang, 2 orang dari suku Sunda, 1 orang dari suku Betawi. Lamanya partisipan menyusui dari 2 bulan sampai 10 bulan. Anak yang disusui 5 orang anak pertama, 2 orang anak ke dua dan 1 orang anak ketiga. Semuanya tinggal dalam keluarga inti

Tema Hasil Penelitian

Tema 1: Dukungan emosional

Partisipan mendapatkan dukungan emosional dari kelompok dengan cara diberikan kepercayaan ibu mampu memberikan ASI secara eksklusif.

“ kami selalu diingatkan diakhir pertemuan ... Ayo ibu-ibu cantik pasti bisa memberikan ASI eksklusif.” (P4)

“ ... Mendorong kita anggotanya untuk memberikan ASI, jangan tergoda dengan iklan susu yang ada di TV di semangati untuk tetap memberikan ASI ibu pasti bisa, itu yang dilakukan kelompok setiap pertemuan. (P2)

Partisipan menyatakan dukungan emosional dirasakan saat mendapatkan rasa empati dari anggota kelompok. Empati ditunjukkan dengan membesuk anggota jika melahirkan dan saat anaknya sakit.

“Kalau ada yang sakit dan melahirkan di besuk.” (P3, P4, P8)

“ Waktu saya melahirkan saya ditengok sama anggota kelompok, putra ibu N sakit juga di besuk.” (P1)

Tema 2 : Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan diperoleh partisipan saat mereka berhasil melampaui tahapan menyusui. Penghargaan ini membuat partisipan merasa bangga dan merasakan hasil kerjanya dihargai. Dukungan penghargaan dinyatakan oleh kelompok dengan memberikan ungkapan positif.

“Setiapkali ada keberhasilan diumumkan... saya bangga mba karena bisa berhasil IMD dan memberikan ASI eksklusif... teman-teman memberikan selamat pada saya dan menyalami saya. Seperti juara rasanya.” (P1)

“ ...diumumkan pada anggota siap yang berhasil, ibu N berhasil memberikan ASI eksklusif pada bayinya, ibu N diminta berdiri semua bertepuk tangan dan memberikan ucapan selamat dengan menjabat tangan ibu N.” (P6)

Rasa bangga menjadi wanita sejati yang mampu memberikan ASI kepada bayinya.

“ Kami yang berhasil diminta berdiri dan diberikan selamat... dengan diberi tepuk tangan , senang rasanya seperti menjadi wanita sejati ... bisa menyusui anak kita, hanya ASI kita tanpa susu formula .” (P2)

“ saat saya berhasil IMD diacara pengumuman dan perayaan saya diminta berdiri dan semua yang hadir bertepuk tangan untuk saya senang rasanya mba seperti menjadi juara, semuanya menjabat tangan saya ... seumur-umur baru di kelompok ini mendapat tepuk tangan dan ucapan selamat dari banyak orang.” (P3)

Tema 3 : Dukungan informatif

Dukungan informatif diperoleh partisipan berupa informasi, materi penyuluhan yang bermanfaat selama proses menyusui, nasehat-nasihat yang berguna saat mengalami kendala menyusui. Berikut ini diuraikan sub tema yang berkaitan dengan dukungan informatif.

Terdapat lima partisipan menyatakan mendapat bantuan mengatasi masalah selama menyusui. Bantuan tersebut berupa pemecahan masalah selama memberikan ASI dan informasi yang pas mengenai ASI.

“ penyuluhan-penyuluhan yang diberikan merupakan pelajaran untuk anggota yang akan dan sedang menyusui... dari penyuluhan itu aku tahu bagaimana menyusui.” (P4)

“ ya dari kelompok ini saya mendapat informasi yang pas tentang ASI dan menyusui. “ (P7)

Tema 4: Dukungan *instrument*

Partisipan mendapat dukungan instrumen melalui bantuan dana sosial dan donor ASI. Dana sosial diberikan saat melahirkan dan ada anggota keluarga yang sakit. Donor ASI diberikan kepada anggota yang produksi ASInya sedikit.

“Kalau besuk yang melahirkan ata sakit kita beri uang sekedarnya.” (P3)

“ Kalau bayi kita sakit diberi uang transport untuk periksa ke Puskesmas.” (P8)

Partisipan mendapatkan batuan ASI saat produksi ASInya berkurang karena menggunakan alat kontrasepsi. Partisipan menyatakan ia menerima donor ASI dari anggota kelompok yang lain karena ia ingin anaknya bisa mendapatkan ASI secara eksklusif, pemberi ASI (pedonor) masih memiliki hubungan darah (bersaudara). Partisipan memahami bahwa anaknya akan menjadi saudara sepersusuan dengan semua anak pedonor.

“Setelah 4 bulan menyusui ASI saya berkurang, Mama S memberikan ASInya yang sudah diperah untuk anak saya...”(P5)

Tema 5: Meningkatkan kognitif anggota kelompok

Kelompok swabantu meningkatkan pengetahuan anggotanya untuk membentuk sikap yang positif. Peningkatan pengetahuan dengan cara meningkatkan pemahaman kelompok tentang ASI yang meliputi: pengertian dan manfaat ASI eksklusif, IMD, mengenali perilaku bayi menangis, cara memerah dan menyimpan ASI, makanan untuk meningkatkan produksi ASI.

“ Sebelumnya saya tidak tahu sama sekali IMD dan ASI eksklusif yang saya lihat kalau saudara-saudara melahirkan kalau ASInya belum keluar ya dikasih air putih, madu atau susu formula, tidak ada IMD... tapi sekarang saya sudah tahu pentingnya IMD, ASI eksklusif dan manfaat ASI untuk bayi dan keluarga.” (P4)

“ Saya jadi tahu apa yang harus saya lakukan supaya ASI saya banyak... menyusui harus makan yang banyak supaya ASInya juga banyak” (P6)

Tema 6: Diberikan penguatan oleh kelompok

Partisipan menyampaikan mereka termotivasi untuk memberikan ASI eksklusif karena mereka diberi penguatan oleh kelompok dalam setiap usaha yang partisipan lakukan.

“... waktu saya berhasil memberikan ASI eksklusif teman-teman memberikan selamat dan mengatakan lanjutkan ibu pasti bisa menyusui sampai 2 tahun.”(P5)

“... waktu saya melahirkan ibu-ibu anggota kelompok besuk saya dan memberikan ucapan kamu pasti bisa memberikan ASI eksklusif.” (P8)

Partisipan mengatakan termotivasi untuk memberikan ASI eksklusif karena dilakukan pendampingan oleh anggota kelompok supaya bisa menyusui.

“... kalau sekarang saya tahu meletakkan bayi yang benar... kepala bayi saya letakkan di lengan bawah sini, terus pantat anak saya di telapak tangan mba, saya masukkan puting susu saat mulut anak saya terbuka, dan saya masukkan sampai areola ini mba... saya bisa karena waktu anak saya lahir dan mau menyusui ibu L mendampingi saya, membetulkan posisi anak saya” (P2)

Tema 7: Kelompok dapat meningkatkan pengetahuan anggota

Partisipan menyatakan harapan yang berkaitan dengan kelompok terdiri dari kegiatan kelompok dan materi yang disampaikan dalam kegiatan. *“Kegiatannya lebih bervariasi ditambah diskusinya.” (P2)*

“materi yang diberikan dalam kegiatan di tambah tentang kesehatan anak dan wanita.” (P7)

Tema 8: Bantuan dana operasional

Harapan kepada pemerintah adalah bantuan dana operasional. Partisipan menginginkan adanya bantuan dana untuk kegiatan mereka . Dana operasional digunakan untuk dana sosial.

“ Pendanaan kegiatan mungkin bisa dibantu dari kelurahan atau Puskesmas.” (P2)

“ dibantu biaya pemeriksaan gratis ke Puskesmas.” (P6)

PEMBAHASAN

Partisipan merasakan dukungan yang diperoleh dari kelompok adalah dukungan emosional. Dukungan ini diperoleh karena kelompok memberikan kepercayaan pada anggota bahwa mereka mampu memberikan ASI eksklusif. Selain dari kepercayaan dukungan emosional juga berasal dari rasa empati dari kelompok. Rasa empati kelompok ditunjukkan dengan dibesuk jika bayi mereka sakit atau dengan kunjungan saat mereka melahirkan. Dukungan emosional yang diterima menjadi sebuah pesan bagi ibu bahwa ia disayangi. Dukungan emosional membantu ibu mengatur emosi. Kenyamanan dan ketentraman yang diberikan oleh kelompok swabantu akan membantu ibu mengatasi berbagai reaksi emosional yang dihadapi selama menyusui.⁴⁷ Reaksi emosional yang bisa muncul pada ibu menyusui seperti, perasaan apakah ia akan mampu menyusui, apakah ASInya akan cukup untuk anaknya, apakah ia mampu merawat anaknya dengan baik. Ibu anggota kelompok swabantu menunjukkan rasa empatinya kepada anggota yang lain dengan mengunjungi jika ada yang melahirkan atau sakit. Hal ini dilakukan untuk menunjukkan bahwa ibu yang melahirkan diperhatikan oleh kelompok. Jika ada anaknya yang sakit di besuk, ini memberikan empati bahwa anggota kelompok merasakan ikut

prihatin ada bagian dari mereka sedang mendapatkan musibah. Dukungan emosional menghasilkan keluaran seperti mengurangi kecemasan ibu, membuat ibu merasa nyaman, tenang, diperhatikan, serta dicintai saat mereka ada masalah selama menyusui.

Tugas, *maintenance*, dan peran nonfungsional kelompok di komunitas diantaranya menunjukkan empati: ditunjukkan oleh anggota kelompok kepada anggota yang sedang menghadapi masalah, sedang menurun kondisinya, kurang memiliki ide memecahkan masalah.¹ Empati ditunjukkan saat ada anggota yang melahirkan atau anggota yang sakit.

Dukungan penghargaan merupakan pemaknaan ibu menyusui terhadap dukungan yang diberikan oleh kelompok swabantu. Penghargaan dimaknai dari ungkapan positif yang mereka peroleh saat mencapai suatu keberhasilan. Rasa bangga diperoleh ibu menyusui saat mereka berhasil menyelesaikan tahapan menyusui, seperti saat mereka berhasil melakukan IMD dan berhasil memberikan ASI eksklusif. Partisipasi merasakan seperti wanita sejati dan menjadi juara. Penguatan perlu dilakukan dalam kelompok swabantu, menjaga kerahasiaan antar anggota, kelompok akan bercerita pengalaman dan masalahnya secara mendalam pada kelompok.⁴⁸ Penegasan pada pernyataan atau dukungan terhadap keberhasilan dengan memperhatikan kejadian-kejadian yang dialami yang diceritakan merupakan hal yang baik bagi anggota kelompok swabantu. Kebebasan untuk mencoba dan memilih perilaku yang ia senangi merupakan metode yang efektif untuk merubah sikap dan perilaku. Menceritakan pengalaman sukses di masa lalu anggota kelompok dapat memperkuat perubahan perilaku kesehatan dan membujuk anggota untuk mengubah perilaku mereka untuk hidup lebih sehat.⁴⁸

Bagi wanita yang rentan atau kurang rasa percaya diri dalam menyusui cenderung sulit untuk meningkatkan kepercayaan dirinya supaya ia mampu memberikan ASI. Dilaporkan ada wanita yang merasa tertekan, bingung, merasa diabaikan, disalahkan atau merasa bersalah tidak dapat menyusui bayinya. Salah satu penyebab ibu menghentikan menyusui adalah kurangnya penghargaan pada usaha yang dilakukan oleh ibu menyusui. Penghargaan yang diberikan kelompok swabantu pada ibu menyusui menurut asumsi peneliti dapat meningkatkan *self esteem* dan *self efikasi*. *Self esteem* dan *self efikasi* yang baik dapat meningkatkan produksi ASI, ibu menyusui dapat melanjutkan susunannya sampai 2 tahun.

Dukungan yang diperoleh dari kelompok swabantu dalam memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif adalah informasi. Informasi yang mereka peroleh berupa penyuluhan-penyuluhan kesehatan dan informasi yang sesuai dengan permasalahan yang mereka hadapi. Misalnya ibu yang produksi ASInya sedikit.. Meta-sintesis terhadap 15 studi kualitatif yang berkaitan dengan pengalaman ibu menyusui.³⁸ Tema penting dari menyusui adalah sebagai pengalaman yang mengasyikkan didasarkan pada empat tema yang mendukung yaitu terwujudnya realitas, menjadi ibu yang mampu menyusui, kebutuhan dukungan, dan perjalanan harus diakhiri. Kebutuhan dukungan dianggap sebagai realitas penting bagi perempuan yang menyusui. Ibu anggota kelompok merasakan mendapatkan informasi yang bermanfaat menambah pengetahuan mereka. Informasi diberikan oleh motivator atau kadang-kadang oleh pembina kelompok swabantu. Pembina kelompok swabantu adalah petugas Puskesmas yang datang secara berkala pada kegiatan kelompok swabantu. Saat Pembina kelompok datang, mereka berperan sebagai nara sumber pada

sesi diskusi.

Kelompok swabantu merupakan cara efektif untuk mengatasi masalah seperti stres, kesulitan, dan rasa sakit. Keunggulan atau motor dari kelompok ini ada pada kekuatan anggota yang lain, yaitu dengan saling membantu dalam setting kelompok. Dalam interaksi kelompok, yang memiliki latar belakang yang sama, merasa senasib sepenanggungan, melahirkan kekohesifan kelompok dan menjadikan kelompok ini memberi dampak yang positif terhadap hasil-hasil yang diinginkan oleh anggota kelompok. Masalah yang dihadapi oleh ibu menyusui salah satunya adalah produksi ASI yang kurang. Untuk mengatasi produksi ASI yang kurang kelompok swabantu memberikan solusi dengan donor ASI. Pemberian donor ASI yang dilakukan dengan dimasak terlebih dahulu untuk menghilangkan virus yang ada tidak menjadikan hukum *reda'* (hubungan kemahraman). Praktek donor ASI yang dilakukan dalam kelompok swabantu ini adalah dengan memberikan ASI perah kepada ibu yang produksi ASInya kurang. ASI tersebut diberikan dengan *tehnik relaktasi* (dengan menggunakan alat/slang penghubung botol penampung ASI dilewatkan puting susu, bayi menghisap puting susu ibu, ASI donor diperah dan disimpan di almari pendingin).²⁸

Tindakan donor ASI perlu memperhatikan syarat-syarat yang harus dipenuhi. Menurut Tenrilemba, Sekretaris Jenderal AIMI, syarat untuk mendapatkan dan memberikan donor ASI diantaranya: Pertama, untuk menjadi penerima donor ASI harus memiliki alasan yang sangat kuat mengapa tidak bisa menyusui sendiri. Bukan karena sekedar mau kembali bekerja setelah cuti melahirkan dan tidak memiliki stok ASI, akan melakukan perjalanan keluar kota, pergi haji, umroh, atau kesibukan lain yang menyebabkan ibu tidak bisa menyusui. Kedua, bagi pendonor ASI harus memastikan dalam keadaan kesehatan yang baik. Jika perlu menggunakan rekam medik dari dokter. Ketiga, bagi umat Islam, harus memastikan bahwa pendonor ASI tidak mengonsumsi makanan yang haram karena ASI merupakan saripati makanan ibu yang akan tumbuh menjadi daging dan tulang bagi anak yang meminum ASI. Keempat, memastikan identitas, alamat, dan kontak pendonor bisa dihubungi untuk menghindari terjadinya pernikahan saudara sepersusuan. Menurut ustadzah Tharir, anggota Komisi Fatwa Majelis Ulama Indonesia (MUI), jumbuh ulama mengikuti mazhab Imam Syafi'i dan Hanafi yang menyatakan bahwa batasan minum ASI hingga terjadi hukum *radha* atau sepersusuan adalah lima kali kenyang. Sehingga pendonor dan penerima ASI harus benar-benar memahami hal tersebut. Menghitung berapa kali bayi kenyang dan disusui oleh pendonor, juga alamat dan identitas pendonor yang jelas jika terjadi lebih dari lima kali kenyang, maka ibu yang menyusui, suami, dan anak-anak pendonor akan menjadi mahram bagi bayi yang disusui dan tidak boleh menikah selamanya.

Partisipan memaknai kelompok swabantu mempengaruhi sikap mereka dalam menyusui adalah dengan peningkatan kognitif kelompok. Peningkatan kognitif ini mereka peroleh dari peningkatan pengetahuan tentang ASI eksklusif, inisiasi menyusui dini, mengenali perilaku bayi saat menangis, dan manajemen laktasi. Efektivitas kelompok swabantu masyarakat diantaranya pengetahuan dari pengalaman anggota; anggota memperoleh informasi khusus dan perspektif yang anggota lain telah peroleh melalui pengalaman yang dirasakan. Validasi pendekatan mereka adalah meningkatkan kepercayaan diri mereka.⁴⁵

Peran kelompok swabantu dalam memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif yang dirasakan oleh anggota adalah diberikan penguatan. Penguatan yang dilakukan kelompok dengan cara diberikan kepercayaan, dilakukan pendampingan oleh anggota kelompok swabantu. Kelompok swabantu merupakan alat untuk pemberdayaan masyarakat, salah satu metode yang digunakan dalam kelompok swabantu adalah dengan penguatan anggota. Proses dalam kelompok swabantu merupakan hubungan yang dinamis dan sinergis antara promosi kesehatan, pemberdayaan dan kualitas hidup.

Disampaikan oleh ibu menyusui, mereka berharap dapat meningkatkan pengetahuan perawatan bayi, kesehatan bayi dan cara merawat bayi mereka. Selain harapan meningkatkan pengetahuan mereka juga berharap dalam kegiatan mereka dapat bantuan dana guna menunjang kegiatan-kegiatan yang mereka lakukan. Harapan pertama yang disampaikan oleh ibu menyusui dalam mengikuti kegiatan kelompok swabantu adalah kelompok dapat meningkatkan pengetahuan. Pengetahuan yang mereka inginkan adalah kesehatan anak dan wanita, penyakit anak, dan cara perawatan anak. Harapan yang kedua keinginan partisipan pada kelompok adalah adanya bantuan dana operasional untuk kegiatan mereka. Dana operasional digunakan untuk kegiatan sosial dan keperluan pencatatan kegiatan kelompok. Kelompok swabantu memerlukan peningkatan dana sosial untuk lebih bisa membantu anggota kelompok yang sedang melahirkan atau sakit. Pendanaan bidang kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kesejahteraan dan derajat kesehatan masyarakat. Dengan kelompok swabantu dapat memberikan manfaat diperolehnya efektifitas biaya.

SIMPULAN

Ibu menyusui memaknai dukungan yang diberikan oleh kelompok swabantu berupa dukungan emosional; penghargaan; informatif; dan instrumental. Cara kelompok swabantu mempengaruhi sikap ibu menyusui untuk tetap memberikan ASI eksklusif adalah dengan meningkatkan pengetahuan Ibu menyusui memaknai peran kelompok swabantu dalam memotivasi ibu untuk memberikan ASI eksklusif dengan diberikan penguatan; Harapan ibu menyusui pada penelitian ini adalah kelompok swabantu dapat meningkatkan pengetahuan anggota dan bantuan dana perasional untuk kegiatan kelompok.

SARAN

Dukungan sangat diperlukan oleh wanita menyusui untuk tetap dapat memberikan ASI eksklusif. Perawat perkesmas dapat mengimplementasikan kegiatan kelompok swabantu untuk memberikan dukungan pada wanita menyusui.

DAFTAR ACUAN

1. Allender, J.A and Spreadley, B.W. *Community health nursing: concepts and practice.*(5th Ed.), Philadelphia : Lippincott. 2010.
 2. Alves.S., *A Qualitatifve study of women'sfeelings of being prepared for the breastfeeding experience*, Proquest Disertation &Theses. 2010. (diperoleh 5 Agustus 2012)
 3. Anderson T. Grant.M. *the art or community based breastfeeding support. The Blandford breastfeeding support group*, incorporating the 'Blanford Bosom Buddies. Midwifery Digest. 2001
 4. Badan Pusat Statistik (BPS) dan Marco International.. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Calverton. Maryland, USA: BPS dan Marco International. 2007.
 5. Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2010*, Jakarta : Kementrian Kesehatan. 2010.
 6. Belleviau,F & Wagoner . *Self help group leadership: administrative task and group process*. Proquest theses and disertation. 1998. diakses 10 Mei 2013
 7. Bomar,P.J. *Promoting health in families : Applying family research and theory to nursing practice*. Third Edition. Philadelphia: Sunders. 2004.
 8. Blyth .R., Creedy .D.K., Dennis .C.L., Moyle .W., Pratt. J., Vries .S.M. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> . 2002 diakses 12 Mei 2013
 9. Breastfeeding inc. *Mitos-Mitos ibu menyusui*,<http://www.breastfeedinginc.ca> . 2011. Diakses 15 September 2012
 10. Burn & Grove. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis,and generation of Evidence*, Sixth Ed, St.Louis: Saunders Elsevier . 2009
 11. Cresswell, J. W. (2012). *Qualitatif Inquiry & Reseach Design: Choosing Among Five Approaches*, Thirdd Ed. Washington DC: Sage. 2012
 12. Department of Health and human services.(2012). *Breastfeeding Report Card- Unitesd State*, Department of Health and Human Services : Center for disease control and prevention. <http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/mpinc/index.htm> diperoleh 5 Agustus 2012
 13. Dinas Kesehatan DKI Jakarta. (2009). *Profil Kesehatan DKI Jakarta 2009*. Jakarta: Dinas Kesehatan
 14. Dykes.F. et al. (2003). Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs an exploratory study. Jurnal of human Lactation. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> diakses 5 Mei 2013
-

15. Dykes F.(2005). *Breastfeeding in hospital: Mothers, Midwifery and the production Line*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> diakses 5 Mei 2013
16. Dykes F.(2005). *Government funded breastfeeding peer support projects: implications for practice*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> diakses 5 Mei 2013
17. Entwistle. F., Kendall.S.,& Mead.M.,(2009). Breastfeeding support – the importance of self-efficacy for low-income women.<http://onlinelibrary.wiley.com> diakses 10 Maret 2013
18. Farlan,M.,Dover.,(2010) *Promoting wellness & recovery through self help group*. www.selfhelpgroups.org. Diakses 27 Febuari 2013
19. Fenwick.J., Barclay.L., Schmeid.V.(2001). *Chatting: an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries*. Jurnal of advance Nursing. Diakses 15 maret 2013
20. Firdaus. A. (2012) *Halalkah Donor ASI*. Majalah UMMINo.12/XXIV/Desember 2012/1434H
21. Giddings.M.C, McVicar.A.(2007). *Self help groups as mutual support:what do carers value*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> diakses 20 maret 2013
22. Huack.et al.(2002). The part of determination: exploring the lived experience of breastfeeding difficulties. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> diakses 20 maret 2013
23. Hutaaruk.M,Simanungkalit.E, & Hepiana.A.(2011). *Panduan Pembina Motivator : kelompok pendukung ibu*, Jakarta : Mercy Corps
24. Hoddinott.P.,and Pill.R.,(2000) *qualitative study of women’s views about how health professionals communicate about infant feeding*. *Health Exectations*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. diakses 10 Maret 013
25. Hoddinott P, Chalmers M, et al. (2006) *One to one or group based peer support for breastfeeding women’s perceptions of breastfeeding peer coaching intervention*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> diakses 10 maret 2013
26. Hong.T.M., Callister.L.C., Schwartz.R. (2003). *First time mothers views of breastfeeding support from nurses*. *American Jurnal of Maternal child Nursing*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> diakses 5 Mei 2013
27. Istianah. (2010)., *Donor ASI terhadap impliasi hubungan kemahraman*, Skripsi, <http://digilib.uin-suka.ac.id> diakses 10 Maret 2010
28. Joanna Briggs (2010) *Women’s Perceptions and experiences of brestfeeding support*, <http://www.joannabriggs.edu.au> diakses 10 Maret 2013
29. Kementrian Kesehatan. (2007). *Komini Etik Nasional Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan

30. Larsen.J.S., Hall.E.O.C.,Aagaard.H.,(2008) *When mother's confidence in breastfeeding is undermined - A metasynthesis*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> diakses 10 Maret 2010
 31. Lundy,S.K & James.S.(2010). *Community Health Nursing Caring for the public's Health*. 2nd ed. Canada: Jones and Barlett Publishers
 32. Moeller, Michael.L.(1999). *History, concept and position of self-help groups in Germany.Group analysis*. gaq.sagepub.com/content diakses 25 Mei 2013
 33. Moleong.(2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif, Edisi Revisi*, Bandung: Remaja Rosdakarya
 34. Mok.B.H.(2004). *Cancer Self-help Groups in China:A Study of Individual Changes, Perceived Benefits and Community Impact*. Published in Small Group Research., web.swk.cuhk.edu.hk diakses 25 Mei 2013
 35. Moody & Jane.(2006). *Menyusui cara mudah, paktis dan nyaman*;alih bahasa Susi purwoko. Jakarta: Arcan
 36. Nannkunda et al. (2010). *She would sit with me : Mother experiences of individual peer support for exclusive breastfeeding in uganda*. Vol:5www.internationalbreastfeedingjournal.com. Diperoleh 5 Agustus 2012
 37. Nelson.A.M.(2006). A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> diakses 10 Maret 2013
 38. Pender.N.J, Murdaugh.C.L & Parsons.M.A.(2002). *Health Promotion in Nursing Practice*, 3th ed, Stamford: Appleton & lange
 39. Polit & Beck. (2012) *Nursing Research: generating and Assessing Evidence for nursing practice*,Ninth ed, Lippincott:Walters Kluwer
 40. Sargent et al.(2002). *Sense of belonging as buffer Against depressive symptoms*. Jurnal of the American Psychiatric Nurses Association 8 (4). Diperoleh 15 Maret 2013
 41. Sidi. I.P,Suradi.R, Masoara.S, Budihardjo.S.D, Martono.W.(2011). *Manajemen Laktasi*, cetakan ke-5,Jakarta : Perinasia
 42. Solomon, Phyllis (2004). *Peersupport/peer provided services underlying process, benefit, and critical ingredients*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> diakses 27 mei 2013
 43. Stanhope,M & Lancaster,J.(2010). *Community health nursing : promoting heath of aggregates, families and individuals*. (4 th ed). St.Louis: Mosby,inc.
-

**IMPLEMENTASI TEORI CARING JEAN WATSON DENGAN DIARI
TERAPEUTIK (DETIC): PENDEKATAN DALAM MEREDUKSI SKOR STRES
MELALUI CATATAN HARIAN PERASAAN ODHA DAMPINGAN LSM
SADAR HATI KOTA MALANG**

Lukmanul Hakim* Kumboyono*

* Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
Malang.

ABSTRACT

Diary of Therapeutic (DETIC) Therapy is a form of Jean Watson's Caring Theory implementation which aims to accommodate expression of feelings persons with HIV/AIDS through writing activities. Expressing feelings can be identified to help reduce anxiety in patients. Anxiety is a further impact of stress. This study aims to prove the effectiveness of DETIC therapy in reducing stress scores to persons with HIV/AIDS. Studies used quasi-experimental nonequivalent control group that performed to persons with HIV/AIDS at Sadar Hati Foundation Malang City taken randomly divided into treatment groups for a given therapy with DETIC (n = 25) and control group given Support Group (SG) therapy (n = 25). Each treatment had given for two weeks. The measured variables is persons with HIV/AIDS's stress score before and after therapy had given. The results showed DETIC therapy can reduce stress score significantly with an average reduction of 3.24 (t-test, $p < 0,05$). SG therapy can also reduce stress score significantly (t-test $p < 0,05$) with an average reduction of 0.74. DETIC therapy had more effective in reducing stress (t-test $p < 0,05$) when compared with SG therapy. The conclusion is DETIC therapy as a form of implementation Jean Watson's Caring Theory is effective in reducing stress persons with HIV/AIDS. It is recommended in future studies for exploring the effects of DETIC by observing physical stress responses.

Key words: Caring, Diary of Therapeutic Therapy, Support Group, Stress, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Terapi ARV sebagai terapi utama untuk menekan infeksi HIV/AIDS menjadikannya berkembang menjadi infeksi kronis¹. Infeksi kronis HIV yang disertai gejala fisik menjadi faktor yang potensial terhadap timbulnya berbagai perasaan dan stres². 80% ODHA yang menjadi subyek merasakan adanya stres³. Stres berdampak terhadap penurunan status kesehatan fisiologi ODHA, penurunan kepatuhan terapi ARV, peningkatan gejala HIV/AIDS^{4, 5; 6, 7}.

Klien yang memiliki koping terhadap stres akan terdorong untuk menceritakan pengalaman stresnya terhadap orang terdekat⁸. Teknik manajemen stres tersebut sering diimplementasikan melalui terapi Kelompok Dukungan di mana ODHA dapat menceritakan pengalaman stresnya terhadap keluarga, teman, maupun sesama ODHA⁹. Dalam pelaksanaannya teknik manajemen stres tersebut membutuhkan lawan bicara. Di sisi lain, reaksi penolakan sering dialami oleh ODHA sehingga proses dukungan kurang

efektif¹⁰. Berdasarkan hal tersebut diperlukan inovasi terhadap intervensi alternatif lainnya yang fokus pada aspek psikologi ODHA yang salah satunya mengekspresikan perasaan secara tertulis¹.

Dikalangan klien remaja dan dewasa, kegiatan menulis yang sering dilakukan adalah melalui diari¹¹. Beberapa individu menggunakan diari untuk mengekspresikan perasaan¹². Pengungkapan perasaan secara tertulis diidentifikasi sebagai terapi yang memungkinkan seseorang untuk mengabadikan kejadian, pengalaman, refleksi, eksplorasi pemikiran dan perasaan tentang kehidupannya dalam bentuk catatan atau tulisan⁸. Menulis perasaan secara bebas sebanyak 4 kali per minggu selama 2 minggu justru secara signifikan dapat menurunkan *viral load* pada ODHA¹³. Oleh karenanya, mengekspresikan perasaan secara tertulis dipandang sebagai potensi untuk dikembangkan menjadi terapi melalui studi lebih lanjut pada kelompok tertentu dengan masalah psikologi⁸.

Watson mengembangkan *science of caring* menjadi *clinical caritas processe*, diantaranya, perawat lebih responsif terhadap kebutuhan dan perasaan klien serta senantiasa menampung ekspresi perasaan positif maupun negatif klien melalui pengembangan metode kreatif sistematis berdasarkan keilmuan dalam *problem-solving caring*¹⁴. Merujuk dari penggunaan diari sebagai catatan harian perasaan, peneliti terinovasi menjadikan diari sebagai metode kreatif dalam mengimplementasikan teori *caring* Jean Watson. Diari kali ini digunakan untuk tujuan terapeutik.

Diari Terapeutik (DETIK) merupakan buku catatan harian yang digunakan untuk menampung kondisi pikiran dan perasaan seseorang secara tertulis. Menulis dalam DETIK fokus pada pengalaman internal, reaksi, persepsi, harapan, dan rencana klien yang dituliskan secara bebas dan teratur layaknya diari. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi lebih dalam terhadap manfaat DETIK sebagai metode implementasi teori *caring* Jean Watson. dengan mengamati efektifitasnya dalam mereduksi skor stres ODHA.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kuasi eksperimen *non equivalent control group*. Sampel merupakan ODHA dampingan LSM Sadar Hati Kota Malang. Kriteria inklusi meliputi: positif HIV lebih dari 6 bulan, berdomisili di Kota Malang, berusia 20-49 tahun, mampu berbahasa Indonesia, membaca, dan menulis, memiliki skor stress >14. Kriteria eksklusi meliputi: ODHA hospitalisasi, dan mengkonsumsi obat-obatan psikotropik selama dua minggu terakhir. Sampel diambil secara acak dan didapatkan sebanyak 50 sampel sesuai dengan kriteria.

Penelitian dilakukan di Kota Malang selama 3 bulan dengan mengunjungi ODHA ke rumahnya masing-masing. ODHA terbagi menjadi dua kelompok. 25 ODHA masuk dalam kelompok perlakuan yang diberikan terapi DETIK, dan 25 ODHA lainnya masuk dalam kelompok kontrol yang diberikan terapi Kelompok Dukungan (KD).

Instrumen penelitian meliputi: lembar ceklist terapi untuk memantau kepatuhan terapi, kuesioner data demografi, dan kuesioner subskala stress DASS. Kuesioner subskala stress versi Bahasa Indonesia sebanyak 14 pernyataan diperoleh Psychology Foundation of Australia karangan Lovibond dan Lovibond¹⁵. Uji kuesioner subskala stress DASS dilakukan pada 11 ODHA dampingan LSM Paramitra Kota Batu. Semua pernyataan memiliki tingkat signifikansi korelasi kurang dari 0,05 dan nilai $\alpha = 0,958$, sehingga kuesioner tersebut memiliki validitas dan reliabilitas yang baik.

Sampel terpilih diambil data skor stress dan digunakan sebagai nilai pretes. Sampel kelompok perlakuan diberikan terapi DETIK dan dilakukan sebagai pekerjaan rumah selama dua minggu. Setiap minggu minimal melakukan 4 kali penulisan. Kelompok kontrol dibagi kembali menjadi tiga subkelompok dan diberikan terapi KD sebanyak satu kali pertemuan di LSM Sadar Hati. Setelah menjalani terapi, semua sampel dilakukan pengukuran skor stress kembali sebagai nilai postes.

Data demografi dianalisis secara univariat. Analisis data stres sebelumnya dilakukan uji normalitas dan homogenitas, sebagai syarat untuk dilakukan uji *paired* dan *unpaired t-test*. Berdasarkan surat kelaikan etik yang dikeluarkan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Brawijaya dengan No.049/EC/KEPK-S1/02/2013 penelitian ini dinyatakan laik etik.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Sampel

Berdasarkan table 1, pada kelompok perlakuan didominasi oleh wanita sebanyak 16 ODHA, berusia 20-29 tahun 60%, pendidikan SMA 13 ODHA, memiliki pekerjaan karyawan 10 ODHA, berpendapatan kurang dari satu juta 80%, terdiagnosa sejak satu hingga lima tahun 64%, memiliki latar belakang tertular oleh pasangan 15 ODHA, tidak hobi menulis 13 ODHA, dan memiliki kebiasaan bercerita pada orang lain saat menghadapi masalah sebanyak 17 ODHA.

Sedangkan pada kelompok kontrol didominasi oleh pria sebanyak 20 ODHA, berusia 30-39 tahun sebanyak 76%, berpendidikan SMA 19 ODHA, dari kalangan wiraswasta 16 ODHA, berpendapatan kurang dari satu juta 56%, terdiagnosa lebih dari lima tahun lalu 56%, berlatar belakang mantan penasun 19 ODHA, tidak hobi menulis 16 ODHA, dan 18 ODHA memiliki kebiasaan bercerita pada orang lain saat menghadapi masalah.

Tabel 1: Persebaran karakteristik data demografi sampel

Karakteristik	Frekuensi/Presentase	
	Perlakuan	Kontrol
Gender		
- Pria	9	20
- Wanita	16	5
Usia		
- 20-29 th	60%	16%
- 30-39 th	28%	76%
- 40-49 th	12%	8%
Pendidikan		
- SD	1	1
- SMP	6	2
- SMA	13	19
- PT	5	3

Karakteristik	Frekuensi/Presentase	
	Perlakuan	Kontrol
Pekerjaan		
- Wiraswasta	5	16
- Karyawan	10	4
- IRT	5	1
- PNS	0	1
- PNS	1	0
- Pelajar	4	3
- Lainnya		
Pendapatan		
- < 1 jt	80%	56%
- 1-3 jt	20%	40%
- 3-5 jt	0	0
- > 5 jt	0	4%
Lama diagnose		
- 6 bln-1 th	16%	8%
- 1-5 th	64%	36%
- > 5 th	20%	56%
Latar belakang		
- Mantan penasun	6	19
- Pasangan	15	5
- LSL	4	1
Hobi		
- Iya	12	9
- Tidak	13	16
Koping		
- Bercerita pada orang lain	17	18
- Menulis	4	0
- Lainnya	4	7

Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas

Hasil uji normalitas pada table 2 menunjukkan bahwa data pretes pada kelompok perlakuan dan kontrol memiliki distribusi normal dan homogen.

Tabel 2: Tabel uji normalitas, homogenitas, dan uji silang skor stres pretest pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Kelompok	N	Mean	Median	SD	Ekstrim		Nilai p	
					Min	Max	Normalitas	Homogenitas
Perlakuan	25	19,48	19,00	3,47755	15	30	0,054	0,951
Kontrol	25	19,52	19,00	3,45350	15	30	0,057	

Hasil Uji Statistik Skor Stres Sebelum (Pretes) dan Sesudah (Postes) Diberikan Terapi DETIK pada Kelompok Perlakuan

Pada table 3, rata-rata skor stres menurun dari $19,48 \pm 3,48$ menjadi $16,24 \pm 4,04$. Berdasarkan hasil uji *paired t-test* pada kelompok perlakuan dengan tingkat kepercayaan 95% didapatkan nilai $p = 0,000$. Dikarenakan pada tingkat kepercayaan 95% nilai $p < 0,05$ maka hipotesis nol ditolak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian terapi DETIK terhadap penurunan skor stres pada ODHA dampingan LSM Sadar Hati yang tergabung dalam kelompok perlakuan.

Hasil Uji Statistik Skor Stres Sebelum (Pretes) dan Sesudah (Postes) Diberikan Terapi Kelompok Dukungan pada Kelompok Kontrol

Pada table 3, rata-rata skor stres menurun dari $19,52 \pm 3,45$ menjadi $18,76 \pm 3,19$. Berdasarkan hasil uji *paired t-test* pada kelompok kontrol dengan tingkat kepercayaan 95% didapatkan nilai $p = 0,032$. Dikarenakan pada tingkat kepercayaan 95% nilai $p < 0,05$ maka hipotesis nol ditolak. Sehingga disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian terapi KD terhadap penurunan skor stres pada ODHA dampingan LSM Sadar Hati yang tergabung dalam kelompok kontrol.

Tabel 3: Hasil uji *paired t-test* skor stres pretes dan postes pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Perlakuan	N	Mean	SD	Δ Mean	Nilai p
Skor stres pretes	25	19,48	3,47755	3,24	0,000
Skor stres postes	25	16,24	4,04434		
Kontrol	N	Mean	SD	Δ Mean	Nilai p
Skor stres pretes	25	19,52	3,45350	0,76	0,032
Skor stres postes	25	18,76	3,19218		

Tabel 4: Hasil uji *unpaired t-test* skor stres postes pada kelompok perlakuan yang diberikan terapi DETIK dan kelompok kontrol yang diberikan terapi KD

Skor stres postes	N	Mean	SD	Nilai p
Kelompok perlakuan	25	16,24	4,04434	0,018
Kelompok kontrol	25	18,76	3,19218	

Hasil Uji Statistik Perbandingan Skor Stres Setelah Diberikan Terapi DETIK pada Kelompok Perlakuan dengan Setelah Diberikan Terapi Kelompok Dukungan pada Kelompok Kontrol

Berdasarkan pada table 4, setelah diberikan terapi DETIK, rata-rata skor stres ODHA $16,24 \pm 4,04$ lebih rendah jika dibandingkan dengan skor stres setelah diberikan terapi KD yaitu sebesar $18,76 \pm 3,19$. Berdasarkan uji *unpaired t-test* dengan tingkat kepercayaan 95% didapatkan nilai $p = 0,018$. Dikarenakan nilai $p < 0,05$ maka hipotesis nol ditolak. Sehingga disimpulkan bahwa Diari Terapeutik (DETIK) sebagai bentuk implementasi teori *caring* Jean Watson efektif dalam mereduksi skor stres ODHA dampingan LSM Sadar Hati Kota Malang. Pemberian terapi DETIK sebagai bentuk implementasi Teori *Caring* Jean Watson lebih efektif jika dibandingkan dengan terapi KD dalam mereduksi skor stres ODHA dampingan LSM Sadar Hati Kota Malang.

PEMBAHASAN

Skor Stres ODHA Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Diari Terapeutik (DETIK) pada Kelompok Perlakuan

Pengungkapan perasaan secara tertulis memberikan dampak berupa sentuhan emosi pada penulis. Melalui pengungkapan perasaan juga akan menstimulasi individu untuk menganalisa penyebab stres dan mengeksplorasi ide dan pikiran guna mencari solusi dan mem-pertahankan diri dari stresor pikiran^{16, 12}. Bira menjelaskan dalam penelitiannya bahwa pengungkapan perasaan secara tertulis secara signifikan mampu meningkatkan level sentuhan emosi yang positif dan proses emosional/ kognitif pada ODHA¹. Tingginya efek sentuhan emosi dan proses emosional/ kognitif berkontribusi terhadap peningkatan status kesehatan pada populasi ODHA. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya oleh O' Cleirigh *et al.* yang menemukan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara level sentuhan emosi positif dengan jumlah CD4 pada ODHA wanita¹⁷. Temuan tersebut konsisten dengan teori psikoneuroimunologi yang menyatakan bahwa kondisi psikologi berhubungan erat dengan status imunologi seseorang¹⁸.

Selama menuliskan kondisi perasaan dan pikiran dalam terapi DETIK, ODHA akan diarahkan pada proses perenungan. Perenungan merupakan bentuk refleksi diri dalam menganalisa penyebab dan konsekuensi dari stres. Kecenderungan individu dalam merefleksikan masalah berhubungan dengan penurunan resiko peningkatan gejala psikopatologi¹⁹. Sloan *et al.*, menemukan bahwa individu yang melaporkan penggunaan teknik *mereview/* meninjau, merenungkan, dan menganalisa pikiran dan perasaan selama menjalani terapi mengungkapkan perasaan secara tertulis selama dua bulan secara bermakna dapat menurunkan gejala depresi²⁰.

Dalam prosedur terapi DETIK, ODHA akan diarahkan untuk menuliskan rencana dan harapan atas rencana dan permasalahannya. Melalui prosedur ini diharapkan akan meningkatkan partisipasi ODHA dalam perbaikan kesehatan psikologi dan fisiknya. Dari penelitian Moshera *et al.*, menemukan bahwa pengungkapan perasaan tertulis secara bermakna dapat meningkatkan intensitas kunjungan ke pusat layanan kesehatan mental pada pasien kanker payudara dengan metastasis²¹.

Penulisan harapan dalam prosedur terapi DETIK merupakan bentuk penggunaan teori model harapan, yang mana berpengaruh positif terhadap kesehatan psikologi dan kesejahteraan hidup. Snyder mengkonsepkan harapan sebagai sebuah konstruk yang merefleksikan motivasi dan kapasitas seseorang untuk berusaha mencapai tujuan personal yang relevan²². Didukung oleh penelitian Mackenzie *et al.*, mengungkapkan perasaan secara ekspresif dalam bentuk tulisan dapat mendorong berpikir positif, optimistis, dan berorientasi masa depan pada *caregiver* layanan lansia²³. Dari studi analisis ditemukan pula bahwa strategi peningkatan harapan dalam intervensi keperawatan dapat membantu meningkatkan kepuasan hidup, menurunkan distress psikologi, dan memperbaiki strategi koping pada pasien dengan kanker dan penyakit serius lainnya dalam *setting* komunitas²².

Individu dengan strategi koping yang adekuat akan membantu menurunkan persepsi stres individu²⁴. Stres berke-panjangan akan berdampak terhadap peningkatan regulasi kortisol dan hormon stres lainnya dalam darah. Namun sebaliknya, penurunan akan persepsi membantu menurunkan aktivitas sistem neurologi dalam memproduksi agen stres dan terjadi peningkatan produksi agen relaksasi serotonin dan endorfin yang menimbulkan efek relaksasi pikiran dan fisik¹⁸. Stres yang dirasakan individu dapat direduksi yang diketahui melalui respon fisik ataupun respon psikologi²⁵.

Manfaat terapi DETIK dalam mereduksi stres juga tidak bergantung dari hobi ODHA. Dari 25 sampel, hanya 12 diantaranya yang memiliki hobi menulis sedangkan 13 sampel lainnya tidak suka atau tidak memiliki hobi menulis. Oleh kerennanya, terapi DETIK konsisten dalam memberikan efek menurunkan stres pada ODHA tanpa memandang hobi menulis ataupun tidak. ODHA yang memiliki hobi menulis dapat mendukung pelaksanaan terapi DETIK, karena lebih dari 30% orang dengan stres memiliki kebiasaan dalam manajemen stres dengan menyalurkan hobinya ²⁶.

Skor Stres ODHA Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Kelompok Dukungan (KD) pada Kelompok Kontrol

Setelah diberikan terapi KD, telah terjadi penurunan skor stres secara signifikan. Hal ini diperkirakan peran terapi. Terapi KD berperan dalam memberikan dukungan informasi, dukungan emosional, dan dukungan penghargaan yang dapat membantu menurunkan skor stres pada ODHA. Terapi KD sebagai terapi yang sudah terstandar telah melewati banyak penelitian. Dari sekian banyak penelitian, tidak satu pun penelitian yang menunjukkan hasil yang merugikan dari terapi KD ²⁷.

Dukungan informasi yang diberikan dalam terapi KD bukan sekedar pengetahuan. ODHA akan timbul banyak pertanyaan terkait dengan kondisinya dan berjalan terus menerus sepanjang perjalanan penyakitnya. Konseling pasca tes kadang tidak mampu menjawab pertanyaan terkait dengan HIV/AIDS. Sehingga sering kali ODHA merasa cemas bahkan depresi. Sehingga penatalaksanaan yang tepat bukanlah pengobatan, melainkan informasi yang tepat dan mudah dipahami. Bila ODHA mulai memahami apa artinya menjadi HIV-positif, ODHA dapat mulai menerima kondisinya, mengerti bahwa itu bukan vonis mati, dan mulai merencanakan terapi yang akan diikutinya. Dengan perencanaan seperti itu rasa ketakutan ODHA akan berkurang dan stres yang terkait dengannya akan mulai menurun juga ²⁸.

Terapi KD berperan dalam memberikan dukungan emosional kepada ODHA. Terapi KD termasuk bagian dalam *emotional-healing* melalui bertukar pengalaman dan perasaan antar partisipan yang dapat meningkatkan kesehatan mental ODHA ²⁷. Melalui kegiatan KD, berdasarkan temuan penelitian bahwa terapi KD dapat memperluas jejaring sosial, meningkatkan kualitas hidup, menurunkan gejala stres, meningkatkan strategi coping, harga diri, penerimaan diri, dan menurunkan frekuensi hospitalisasi pada ODHA ²⁹.

Dukungan moral, spiritual, dan dorongan untuk menerima diri bahwa ODHA masih dapat melanjutkan kehidupannya dengan segala kelebihannya juga mejadi bagian dalam kelompok dukungan. Memberikan kesempatan kepada ODHA untuk berkumpul dan menyampaikan pengalaman dan pendapatnya adalah bagian dari terapi yang turut membantu penerimaan dan meningkatkan harga diri ODHA. Dalam penelitian Bracke *et al.*, program kelompok dukungan diberikan pada pasien dengan masalah kesehatan mental kronis di pusat rehabilitasi. Sebanyak 628 pasien dilibatkan dalam penelitian. Setelah diberikan intervensi KD, secara signifikan terjadi peningkatan harga diri dan penerimaan diri pasien ³⁰. Hasil penelitian tersebut juga didukung oleh penelitian Repper dan Carter secara kualitatif pada ODHA. Partisipan yang mengikuti terapi KD melaporkan adanya perasaan bebas, penerimaan terhadap penyakit, dan persepsi penurunan stigma, serta peningkatan perkembangan diri dan harga diri ³¹.

Berkumpul dengan kelompok juga sangat berguna bagi ODHA yang kerap mengalaih stigma dan diskriminasi di masyarakat. Dampaknya ODHA akan merasa

keseharian, terisolasi, dan depresi, yang akan membuatnya semakin merasa sakit. Melalui jalinan jejaring sosial dalam KD dapat mengurangi perasaan terisolasi, meningkatkan rasa solidaritas sosial dengan ODHA lainnya yang mungkin memiliki pengalaman berbeda sebagai ODHA. Dan faktanya dari banyak penelitian bahwa KD dapat menurunkan stres psikologi pada ODHA³², sesuai dengan temuan dalam penelitian ini.

Perbedaan Antara Penurunan Skor Stres ODHA yang Diberikan Terapi Diari Terapeutik (DETIK) dengan Penurunan Skor Stres ODHA yang Diberi Terapi Kelompok Dukungan (KD)

Dari faktor proses terapi, waktu untuk melaksanakan terapi menjadi perbedaan mendasar antara terapi DETIK dengan terapi KD. Pelaksanaan terapi DETIK dapat dilakukan sesuai kebutuhan ODHA untuk mengungkapkan perasaannya. Sedangkan dalam terapi KD memiliki sesi pertemuan yang dilaksanakan sesuai jadwal yang ditentukan dan disesuaikan dengan waktu pendamping kelompok atau konselor³³. Sehingga kebutuhan emosionalnya tidak dapat terpenuhi kapan pun. Mengungkapkan perasaan melalui kegiatan ekspresif (seperti menulis) dapat efektif dalam mengatasi keterbatasan waktu untuk bertemu dengan konselor³⁴.

Kepercayaan diri untuk mengungkapkan kondisi perasaan dan isi pikiran di hadapan kelompok juga sering menjadi kendala dalam proses terapi KD. Kepercayaan diri merupakan komponen yang penting dalam kelompok untuk menumbuhkan rasa percaya ODHA terhadap kelompok³². Dalam terapi DETIK, ODHA dapat menyampaikan kondisi perasaan dan pikirannya tanpa ada rasa terbatas untuk menyampaikan perasaannya karena kurang percaya diri atau dibatasi oleh anggota lain. Hal ini karena ODHA menjadi subyek tunggal dalam proses terapi DETIK. Eksplorasi perasaan, ide, dan pikiran menjadi tidak terbatas dalam terapi DETIK. Wright menyatakan bahwa pengungkapan perasaan secara tertulis dapat memediasi pengungkapan perasaan. Individu dapat mengontrol proses terapeutik. Individu memiliki kebebasan dalam menceritakan pengalamannya dan mengeksplorasi perasaannya dan dapat mencapai kepercayaan diri³⁴.

Dalam proses interaksi terapi KD juga dapat dijumpai adanya dominasi oleh satu orang saja³². Anggota kelompok lain mungkin terbatas dalam mencapainya. Dalam proses menulis, seperti dalam proses DETIK, ODHA akan berpartisipasi aktif dalam proses *healing* melalui kegiatan menulis, mengeksplorasi perasaan, pikiran, ide, dan merumuskan metode penyelesaian masalah. Dalam menuliskan perasaan, prifasi penulis (ODHA) akan terjaga karena ODHA dapat menulis secara anonim³⁴.

Berdasarkan analisa karakteristik ODHA dan khususnya analisa proses dan prosedur masing-masing terapi, peneliti dapat mengklaim bahwa terapi DETIK lebih efektif dalam mereduksi skor stres ODHA. Hal ini tentunya berdasarkan temuan penelitian serta analisa pendapat pakar kesehatan psikologi.

Implikasi Keperawatan

Terapi DETIK memberikan dimensi yang unik dalam psikoterapi dan penerapan teori keperawatan khususnya Teori *Human Caring* Jean Watson. Teori *Caring* menawarkan sebuah konsep dalam seni keperawatan, namun melalui penelitian ini memberikan pandangan yang lebih terbuka tentang penerapan konsep teori *Caring* Jean Watson yaitu melalui terapi DETIK. Terapi DETIK memberikan wujud nyata dalam menerapkan teori *Caring*. Terapi DETIK juga memiliki beberapa karakteristik spesifik *Caring* yang tidak selalu found in strictly verbal therapies, including, but not limited to, (1) self-ditemukan dalam terapi verbal yaitu kebebasan dalam ekspresi diri, partisipasi aktif, dan koneksi pikiran dan tubuhconnections..

Banyak praktisi keperawatan yang menggabungkan terapi ekspresi perasaan ke dalam praktek psikoterapi melalui pelatihan dan pendidikan terapi. Para perawat dalam memberikan terapi disesuaikan dengan berdasarkan latar belakang seni dalam terapi ekspresif seperti terapi musik, terapi bermain, terapi kelompok, dan sebagainya³⁵. Selanjutnya terapi DETIK dapat diintegrasikan dalam proses asuhan keperawatan guna meningkatkan kualitas kesehatan mental klien. Namun, bila menggunakan terapi DETIK dalam asuhan keperawatan, praktisi keperawatan harus tetap menyadari standar saat praktek menggunakan terapi. Seperti halnya pada terapi modalitas lainnya terdapat lembaga yang mengembangkan terapi baik melalui penelitian dan pelatihan, seperti *American Art Therapy Association (AATA)*, *the American Music Therapy Association (AMTA)*, *the Association (AATA)*, *American Music Therapy Association (AMTA)*, *American Dance Therapy Association (ADTA)*, *the National Drama American Dance Therapy Association (ADTA)*, *National Association Poetry Therapy (NAPT)*, and *the Association of Play Therapy (APT)* all provide helpful (NAPT), dan *Association Play Therapy (APT)* semua membantu memberikan guidelines about the application and practice of expressive modalities pedoman tentang aplikasi dan praktek modalitas ekspresif with clients in mental health, rehabilitation, special education, and pada klien dengan gangguan kesehatan mental, rehabilitasi, pendidikan khusus, dan health care settings. pengaturan perawatan kesehatan.

KETERBATASAN PENELITIAN

Dalam penelitian ini, sampel yang tergabung dalam kelompok perlakuan dan kontrol juga tidak memiliki frekuensi yang setara pada karakteristik data demografi jenis kelamin, usia, lama terdiagnosa, dan latar belakang tertular. Data demografi tersebut mungkin menjadi faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap kondisi stres ODHA yang tidak menjadi pertimbangan bagi peneliti untuk mengikutsertakan ODHA sebagai sampel dalam penelitian. Hal tersebut sangat mungkin dapat mempengaruhi validitas hasil penelitian ini.

Waktu atau jadwal pelaksanaan terapi DETIK dan KD memiliki perbedaan. Terapi DETIK dilaksanakan empat hari per minggu selama dua minggu dan terapi KD dilaksanakan satu kali pertemuan selama dua minggu. Meskipun waktu pelaksanaan terapi KD mengikuti standar dari LSM Sadar Hati dan pelaksanaan terapi DETIK merujuk dari hasil penelitian Petrie *et al.*¹³. Dalam pemberian terapi DETIK, peneliti hanya menjelaskan prosedur dalam proses terapi DETIK tanpa melihat dan mendampingi langsung proses terapi DETIK. Peneliti hanya menerima bukti penulisan dalam buku DETIK di akhir terapi tanpa membacanya secara rinci.

KESIMPULAN

Pemberian terapi DETIK dan terapi KD sama-sama berpengaruh dalam mereduksi skor stress ODHA. Jika keduanya dibandingkan, pemberian terapi DETIK sebagai bentuk implementasi Teori *Caring* Jean Watson lebih efektif jika dibandingkan dengan terapi KD dalam mereduksi skor stres ODHA dampingan LSM Sadar Hati Kota Malang. Keunggulan terapi DETIK jika dibandingkan terapi KD terletak pada kebebasan dalam menentukan waktu terapi sesuai kebutuhan, kebebasan dalam mengungkapkan kondisi perasaan dan pikiran, serta dapat berpartisipasi aktif dalam proses *healing* tanpa dibatasi oleh orang lain.

SARAN

Penelitian tentang efek terapi DETIK juga perlu diamati bagaimana efeknya terhadap respon fisik dan regulasi biokimiawi tubuh yang berkaitan dengan stres. Penelitian dengan melibatkan berbagai latar belakang ODHA juga sangat diperlukan dengan tetap melaksanakan prinsip kesetaraan demografi ODHA dalam masing-masing kelompok terapi.

. Berdasarkan hasil penelitian ini, penggunaan terapi DETIK dalam tatalaksana keperawatan mungkin dapat diterapkan. Namun begitu, akan lebih bijak jika pelaksanaan terapi menggunakan prosedur operasional yang sudah terstandar. Komisi keperawatan bersama para peneliti di bidang keperawatan perlu mengembangkan dan memantapkan standar operasional prosedur terapi DETIK. Hal ini agar penggunaan terapi DETIK dapat lebih terarah tanpa bertentangan dengan legal dan etika profesi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bira, L. M. 2011. *Assessing Two Scoring Methods of Emotional/Cognitive Processing and Their Effects on Health Status, Physical Symptoms and Psychological Well-being*. Degree of Master of Science Open Access Theses, Paper 294, University of Miami.
2. Nursalam & Dian, N. 2007. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV*, Jakarta, Salemba Medika.
3. Hand, G. A., Phillips, K. D. & Dudgeon, W. D. 2006. Perceived stress in HIV-infected individuals: Physiological and psychological correlates. *AIDS Care*, 18(8), 1011-1017.
4. Ironson, G., O'cleirigh, C., Fletcher, M., Laurenceau, J., Balbin, E., Klimas, N., Schneiderman, N. & Solomon, G. 2005. Psychosocial Factors Predict CD4 and Viral Load Change in Men and Women with Human Immunodeficiency Virus in the Era of Highly Active Antiretroviral Treatment. *Psychosom Med*, 67, 1013–1021.
5. Hand, G. A., Phillips, K. D. & Dudgeon, W. D. 2006. Perceived stress in HIV-infected individuals: Physiological and psychological correlates. *AIDS Care*, 18(8), 1011-1017.
6. Mugavero, M. J., Pence, B. W., Whetten, K., Leserman, J., Swartz, M., Stangl, D. & Thielman, N. M. 2007. Predictors of AIDS-related Morbidity and Mortality in a Southern US Cohort. *AIDS Patient Care STDs*, 21, 681–690.
7. Leserman, J., Ironson, G., O' Cleirigh, C., Fordiani, J. M. & Balbin, E. 2008. Stressful Life Events and Adherence in HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 22, 403-411.
8. Graf, M. C. 2004. *Written Emotional Disclosure: What are the Benefits of Expressive Writing in Psychotherapy?* Doctor of Philosophy Academic Dissertation, Drexel University.
9. Copel, L. C. 2005. Chapter 6: Homeostasis, Stress, and Adaptation. In: SMELTZER, S. C. O. C. & BARE, B. G. (eds.) *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 10th ed. Philadelphia: LWW.

10. Mardhiati, R. & Handayani, S. 2011. Peran Dukungan Sebaya Terhadap Peningkatan Mutu Hidup ODHA di Indonesia Tahun 2011. *Ringkasan Eksekutif Penelitian*. Jakarta: Yayasan Spiritia.
 11. Takaesu, A. 2012. EFL Journal Writing: An Exploratory Study in Self-expression as a Bridge for Creative Writing. *Accents Asia*, 5, 45-54.
 12. Snyder, M. 2010. *Journaling*. Dalam: Snyder, M. & Lindquist, R. (eds.) *Complementary & Alternative Therapies in Nursing*. 6th ed. New York: Springer Publishing Company, LLC.
 13. Petrie, K. J., Fontanilla, I., Thomas, M. G., Booth, R. J. & Pennebaker, J. W. 2004. Effect of Written Emotional Expression on Immune Function in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection: A Randomized Trial. *Psychosomatic Medicine*, 66, 272-275.
 14. Watson, J. 2010. *Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science*. Boulder: Watson Caring Science Institute.
 15. Damanik, E. D. 2011. The Measurement of Reliability, Validity, Items Analysis and Normative Data of Depression Anxiety Stress Scale (DASS). Dalam: Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (eds.) *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*. 30 language ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia.
 16. Baikie, K. A. & Wilhelm, K. 2005. Emotional and Physical Health Benefits of Expressive Writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 338-346.
 17. O'Cleirigh, C., Ironson, G., Fletcher, M., & Schneiderman, N. 2008. Written emotional disclosure and processing of trauma are associated with protected health status and immunity in people living with HIV/AIDS. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 81-84.
 18. Lorentz, M. M. 2006. Stress and Psychoneuroimmunology Revisited: Using mind-body interventions to reduce stress. *Alternative Journal of Nursing*, 7(11), 1-11.
 19. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. 2008. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
 20. Sloan, D. M., Marx, B. P., Epstein, E. M., & Dobbs, J. L. 2008. Expressive writing buffers against maladaptive rumination. *Emotion*, 8, 302-206.
 21. Moshera, C. E., Duhamel, K. N., Lama, J., Dicklerb, M., Lia, Y., Massiea, M. J. & Norton, L. 2012. Randomized Trial of Expressive Writing for Distressed Metastatic Breast Cancer Patients. *Psychol Health*, 27, 88-100.
 22. Weis, R. & Speridakos, E. C. 2011. A Meta-Analysis of Hope Enhancement Strategies in Clinical and Community Settings. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 1, 1-16.
-

23. Ackenzie, C. S., Wiprzycka, U. J., Hasher, L. & Goldstein, D. 2008. Seeing the glass half full: Optimistic expressive writing improves mental health among chronically stressed caregivers. *British Journal of Health Psychology*, 13, 73-76.
 24. Sriati, A. A. T. 2008. *Tinjauan tentang Stres*. Makalah, Universitas Padjadjaran.
 25. Bourne, L. E. & Yaroush, R. A. 2003. *Stress and Cognition: a Cognitive Psychological Perspective*. Colorado: University of Colorado.
 26. American Psychological Association. 2010. *Stress in America Findings*. Washington D. C.
 27. Oades, L. G., Deane, F. P. & Anderson, J. 2012. Peer Support in a Mental Health Service Context. *Dalam: Lloyd, K. C., Meehan, T., Deane, F. P. & Kavanagh, D. J. (eds.) Manual of Psychosocial Rehabilitation*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
 28. Green, C. W. 2004. Terapi Informasi. *Dalam: Green, C. W. & Setyowati, H. (eds.) Terapi Alternatif*. Jakarta: Yayasan Spiritia.
 29. Miyamoto, Y. & Sono, T. 2012. Lessons from Peer Support Among Individuals with Mental Health Difficulties: A Review of the Literature *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 22-29.
 30. Bracke P, Christiaens W, Verhaeghe M. 2008. Self-esteem, self-efficacy, and the balance of peer support among persons with chronic mental health problems. *J Appl Soc Psychol*, 38(2): 436-59.
 31. Repper, J., & Carter, T. 2011. A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411.
 32. World Health Organization. 2005. *Psychosocial Support Groups in Anti-Retroviral (ARV) Therapy Programmes*. Johannesburg: WHO Press.
 33. Rapid Response Service. 2010. *Group Interventions for Persons Living with HIV*. Toronto: Ontario HIV Treatment Network.
 34. Wright, J. 2005. Online Counselling: Learning from Writing Therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30, 285-298.
 35. Malchiodi, C. A. 2005. *Expressive Therapies: History, Theory, and Practice*. New York: Guilford Press.
-

EFEKTIVITAS TERAPI KOMPLEMENTER GABUNGAN (MEDITASI, AROMATERAPI DAN MUSIK) TERHADAP PERUBAHAN TINGKAT STRES SISWA SMK DIPONEGORO PENAWANGAN KAB GROBOGAN (*Effectiveness Combined Of Complementary Therapy (Meditation, Aromatherapy And Music) On Changes Level Of Stress Diponegoro High School Vocational Student Penawangan-Grobogan, Central Java*)

Agustina Ari Handayani¹

¹Lecturer, Nursing Program of An Nur Health School
Grobogan, Central Java, moleculargustin@yahoo.com

ABSTRACT

INTRODUCTION-Students should feel comfortable in participating in learning activities. Sense comfortable will make the students excited and improve academic achievement. The pressure often leads to stress. Students need to practice coping skills in order to have good resiliency. Combined complementary therapies (meditation, music and aromatherapy) is expected to increase coping skills.

PURPOSE- This study aims to analyze the effectiveness of the combined complementary therapies (meditation, aromatherapy and music) to changes in stress levels Diponegoro Vocational High School students.

METHODS- Experimental studies conducted in class XI and XII of Vocational High School Diponegoro Penawangan-Grobogan. Sampling method is proportionate stratified random sampling with 126 students as respondents divided into three groups. Group one received treatment meditation and inhalation aromatherapy, group two received treatment with meditation and music therapy, group 3 received treatment meditation, music and aromatherapy. The sample selection was based on inclusion and exclusion criteria. Selected respondents make written informed consent, then fill out a questionnaire consisting of data themselves and 24 items of Stress Scale modification statement from Hillsborough Community College. These items tested with validity (Cronbach alpha 0.756) and reliability (the smallest value of 0,39) that worth as an instrument of measurement. Interviews and observations conducted as supporting data. Stress scale measurements made before and given treatment as much as 8 times, therapy 30 minutes one a week. Meditation used pose modification of MBSR (body scan and sitting meditation). Audio equipment used a laptop and amplified multimedia speaker with medium volume, the music recording from www.soundstrue.com. Lotus incense sticks aromatherapy is used for inhalation that placed at each corner in the room. Differences of three treatment groups in stress level analyzed using Kruskal Wallis one-way with confidence level 95% and post hoc Mann Whitney to see the most effective treatment with confidence level 95%.

RESULTS AND DISCUSSION- Levels of stress treatment of group one before was 58.57 and after 54.88, group two before of 59.04 and thereafter 46.54, levels of stress treatment of group three before of 61.9 and 38.8 afterward. One-way Kruskal Wallis declare significant differences in 3 treatment groups combined complementary therapies to decrease stress levels of students of SMK Diponegoro with p value < 0.05 . Results Post Hoc Mann Whitney test showed that all three treatment groups had different effectiveness

to changes in stress level with p value < 0.05 . Treatment group meditation, aromatherapy and music provide the biggest effectiveness by lowering stress levels from moderate stress to mild stress levels until 23.1. Effects of complementary therapy treatments meditation , music and aromatherapy make brain coordination ability increased more rapidly in the face of any pressure compared to the other two treatment groups. Relaxation effects brought about by decreased activity of the sympathetic nervous system. Combination therapy can improve the comfort client. Mechanisms of stress recovery is faster.

CONCLUSION- There are significant differences between the 3 treatment groups combined complementary therapies to decrease stress levels by Kruskal Wallis one -way analysis p value < 0.05 , and post hoc Mann Whitney p value < 0.05 . Treatment group meditation, music and aromatherapy have biggest low the stress levels from moderate to a level of mild stress, a decrease of 23.1.

PENDAHULUAN

Sekitar 7-14% orang muda di Indonesia memiliki permasalahan kesehatan mental (Hamid, 2009). Hal ini belum menjadi perhatian khusus karena dianggap tabu. Sekolah memiliki arti penting bagi para siswa. Tidak hanya sebagai tempat belajar tetapi juga sebagai pembentukan mental siswa. Kenyamanan siswa dalam menuntut ilmu sangat diperlukan karena hal itu akan membuat remaja mampu menghadapi berbagai tekanan. Handayani (2013), rasa tidak nyaman di sekolah dapat disebabkan oleh kurang tersedianya fasilitas sosial (tidak cukup tempat untuk berhenti dan berbicara, kurang fasilitas pendukung seperti perpustakaan) dan minimnya partisipasi sosial (tidak cukup kegiatan bersama-sama). Chao (2012), dukungan sistem sosial yang memburuk akan mengakibatkan tidak berfungsinya mekanisme coping.

Terapi komplementer seperti meditasi, aromaterapi dan musik dapat dipergunakan untuk meningkatkan keterampilan coping terhadap stres. Terapi *mind-body-spirit* dan *biologically based* dipergunakan untuk mengelola stres karena memberikan efek relaksasi. Kategori terapi *mind-body-spirit* tersebut diantaranya adalah terapi musik, dan meditasi. Kategori terapi *biologically based* adalah aromaterapi (Snyder dkk, 2010). Handayani (2013), menyatakan bahwa terapi meditasi MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) selama 8 kali sesi pertemuan, membuat siswa mampu mengelola ketidaknyamanan. Siswa menjadi lebih bersemangat dalam mengikuti kegiatan pembelajaran di sekolah.

Handayani (2011), gabungan terapi relaksasi dan aromaterapi secara topikal mampu menurunkan tingkat stres. Berdasarkan pendapat Suen dan Thompson (2007), intervensi terapi gabungan dapat meningkatkan kapasitas otak dalam meregulasi fungsi tubuh dan meredakan ketegangan sehingga sistem kardiovaskular dapat terkelola lebih baik. Terapi musik menstimulus klien dengan cara menghibur. Sensasinya membangkitkan perasaan menyenangkan. Klien akan memfokuskan kembali perhatian diri ke musik, bukan pada pikiran stres atau rangsangan lingkungan lainnya (Chlan, 2010).

Sekolah dapat dipergunakan sebagai sarana bagi siswa untuk memilih gaya hidup sehat. Siswa perlu meningkatkan keterampilan coping sehingga daya tahan atau *resilience* dalam menghadapi tekanan semakin kuat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas terapi komplementer gabungan (meditasi, aromaterapi dan musik) terhadap perubahan tingkat stres siswa SMK Diponegoro.

METODE PENELITIAN

Penelitian eksperimen dilakukan pada siswakeselasXI dan XIISMK Diponegoro Penawangan Kab Grobogan, pengambilan sampel secara *proportionate stratified random sampling*, responden yang menjadi sampel sebanyak 126 orang, kelompok 1 terdiri dari 42 orangmenerima perlakuan terapi meditasi dan aromaterapi inhalasi, kelompok 2 menerima perlakuan dengan terapi meditasi dan musik, kelompok 3 menerima perlakuan terapi meditasi, musik dan aromaterapi

Pemilihan sampel dilakukan berdasarkan kriteria inklusi, yaitu responden tercatat sebagai siswa aktif kelas XI dan Kelas XII. Usia 16-18 tahun. Kriteria eksklusi: sakit, masa penyembuhan, tidak bersedia mengikuti penelitian hingga selesai. Responden yang terpilih kemudian menyatakan kesanggupannya dengan lembar *inform consent*.

Responden mengisi lembar kuesioner yang terdiri dari data diri dan 24 item pernyataan modifikasi Stress Scale dari Hillsborough Community College dengan skala dikotomi dari nilai ya (5), nilai tidak (0).Nilai 0-24 stres sangat ringan, 25-49 stres ringan, 50-74 stres sedang, 75- 99 stres serius, diatas 100 stres berat. Indikator yang dipergunakan adalah stres fisiologi, stres perilaku, stres akademik, kepercayaan diri, interaksi keluarga, interaksi teman sebaya. Sebelum dipergunakan sebagai instrument pengukuran, 24 item pernyataan dilakukan uji reliabilitas alpha cronbach (0,756) dan validitas (nilai terkecil 0,39). Berdasarkan uji validitas dan reliabilitas 24 item pernyataan layak sebagai instrument pengukuran. Wawancara dan observasi dilakukan sebagai data pendukung.

Pengukuran skala stres dilakukan sebelum dan diberikan perlakuan sebanyak 8 kali. Pemberian terapi selama seminggu sekali dengan waktu 30 menit. Meditasi yang dipergunakan *pose body scan* dan *sitting meditation* yang merupakan modifikasi MBSR dari Kabat Zinn. *Pose Body Scan* adalah mengamati seluruh tubuh tanpa kesadaran menghakimi sensasi di setiap daerah dan berakhir dengan kesadaran tubuh. *Sitting meditation* adalah dimulai dengan kesadaran akan sensasi bernapas, kemudian berkembang untuk memasukkan modalitas kesadaran (seperti suara, penglihatan, rasa, sensasi tubuh lainnya, pikiran dan emosi). Akhir meditasi membuka kesadaran seseorang di tempat meditasi. Peralatan audio yang dipergunakan adalah sebuah laptop Axioo SL Pro dan Amplified Multimedia Speaker Zyrex dengan volume medium. Musik yang dipergunakan adalah rekaman audio dari www.soundstrue.com. Aromaterapi yang dipergunakan secara inhalasi, diletakkan di setiap sudut ruangan berupa *incense stick* atau dupa aroma lotus produksi Gopala Bhakta Sakti, Bali.

Analisa data perbedaan tingkat stress ketiga kelompok perlakuan menggunakan *Kruskal Wallis* satu arah dengan tingkat kepercayaan 95% dan *post HocMann Whitney* untuk melihat perlakuan yang paling efektif. Hipotesa penelitian: ada perbedaan antara ketiga kelompok perlakuan terhadap perubahan tingkat stres siswa SMK Diponegoro.

HASIL PENELITIAN

Tingkat stres pada siswa SMK Diponegoro berada pada level stres sedang sebelumperlakuan. Setelah perlakuan untuk kelompok 3 menjadi level stres ringan, kelompok 2 menjadi level stres ringan sedangkan kelompok 1 tidak mengalami perubahan.

Tabel 1.
Perubahan Tingkat Stres

Perlakuan	Mean	
	Sebelum	Sesudah
Kel 1(Meditasi & aromaterapi)	58,57	54,88
Kel 2(Meditasi & musik)	59,04	46,54
Kel 3(Meditasi, aromaterapi & musik)	61,9	38,8

Uji Kruskal-Wallis diperoleh nilai $p=0,000$ ($p<0,05$), yang artinya terdapat perbedaan yang bermakna antara 3 kelompok perlakuan terapi komplementer gabungan terhadap penurunan tingkat stres.

Tabel 2.
Hasil Uji Kruskal Wallis

Perlakuan	N	Mean Ranks	df	Asymp Sig
Kel 1(Meditasi & Aromaterapi)	42	25,52	2	0,000
Kel 2(Meditasi & Musik)	42	65,18		
Kel 3(Meditasi, aromaterapi & musik)	42	99,80		
Total	126			

Tabel 3.
Post Hoc Mann Whitney

Perlakuan	Asymp Sig
Kel 1(meditasi & aromaterapi) Vs Kel 2(meditasi & musik)	0,000
Kel 2(meditasi & musik) Vs Kel 3(meditasi, aromaterapi & musik)	0,000
Kel 3(meditasi, aromaterapi & musik) Vs Kel 1(meditasi & aromaterapi)	0,000

Pos Hoc diperoleh nilai $p= 0,000$ ($p<0,05$) untuk ketiga kelompok yang artinya ketiga perlakuan terapi komplementer gabungan efektif terhadap perubahan tingkat stres siswa SMK.

PEMBAHASAN

1. Perlakuan Meditasi dan Aromaterapi

Perlakuan meditasi dan aromaterapi dapat menurunkan stres siswa SMK sebesar 3,69. Meskipun secara perhitungan terjadi perubahan tingkat stres sebelum dan sesudah perlakuan namun penurunan ini belum membawa dampak yang berarti terhadap siswa.

Respon relaksasi dalam meditasi tercapai dengan menggabungkan empat unsur yang umum yaitu: lingkungan yang tenang, kesiapan mental, sikap pasif, dan posisi yang nyaman. Meditasi sederhana hanya berfokus pada diri dan pernapasan. Mereka yang telah lama melakukan latihan meditasi akan mempunyai gelombang gamma yang kuat di otak sehingga mampu mengkoordinasikan tubuh lebih baik (Kreitzer dan Reily-Spong, 2010).

Pemula yang melakukan meditasi masih sulit untuk berkonsentrasi. Berdasarkan wawancara setelah meditasi, siswa SMK meskipun sudah dikondisikan dalam lingkungan yang tenang, selama 10 menit pertama masih belum mampu untuk menghilangkan suara-suara yang ada di sekitarnya. Mereka cenderung merasakan posisi yang tidak nyaman atau rasa gatal yang menjalar di seluruh tubuh. Berdasarkan pengamatan, mereka akan merubah posisi duduk bahkan menggaruk tubuh berkali-kali sehingga sikap pasif dalam meditasi tidak tercapai. Suasana yang sangat hening, untuk mereka yang tidak biasa untuk kegiatan refleksi terasa sangat asing dan menjemukan.

Aromaterapi dan terapi meditasi diharapkan dapat membantu melepaskan stres lebih cepat. Hal ini belum terjadi karena respon terhadap stres pada tiap individu berbeda. Klien dengan kemampuan coping yang terbatas dan merasakan kemarahan yang mendalam, sangat sulit untuk diturunkan tingkat stresnya.

Pemberian aromaterapi secara inhalasi dalam bentuk dupa juga kurang cepat untuk meredakan stres. Rho dkk (2006), aplikasi aromaterapi secara topikal akan lebih cepat molekulnya memasuki kulit sehingga merasakan sensasi hangat di area otot yang mengalami ketegangan. Penelitian Kuriyama dkk (2005), pemakaian aromaterapi dalam bentuk minyak esensial dapat bekerja cepat melalui sistem saraf pusat sehingga efektif meredakan ketegangan, stres dan kecemasan.

2. Perlakuan Meditasi dan Musik

Perlakuan meditasi dan musik dapat menurunkan stres siswa SMK sebesar 12,5. Berdasarkan hasil akhir kuesioner dengan indikator stres fisiologis seperti perubahan pola makan dan perubahan kebiasaan tidur lebih terkelola dengan baik, keduanya dapat dijalani secara teratur oleh para siswa. Kualitas tidur para siswa cukup sehingga tidak mudah lelah ataupun mengantuk di sekolah. Siswa yang mengeluh tentang masalah pencernaan juga berkurang karena mereka menyadari bahwa asupan untuk tubuh sangat penting meskipun suasana hati tidak menyenangkan.

Kondisi tersebut sesuai dengan pendapat Ludwig dan Kabat-Zinn (2008), berlatih meditasi akan memupuk kesadaran akan hal yang bersifat sementara. Seseorang akan sadar dan melihat bahwa keterikatan secara ketat pada hal yang bersifat sementara akan menimbulkan stres. Meditasi akan menavigasi seseorang untuk berespon terhadap keterikatan tersebut dengan melibatkan pikiran serta emosi. Hal ini akan memunculkan bentuk kasih sayang diri yang berfungsi sebagai mekanisme untuk mengurangi reaksi emosional negatif dan meningkatkan ketahanan. Manfaat dari meditasi secara potensial akan mendorong seseorang mengubah gaya hidup menjadi lebih baik.

Siswa yang sulit berkonsentrasi saat meditasi dapat lebih fokus karena hanya mendengarkan suara musik. Berdasarkan pengamatan, mereka lebih mudah bersikap pasif, terlihat lebih tenang hingga akhir sesi latihan. Menurut Chlan (2010), irama dan tempo musik dipergunakan untuk sinkronisasi irama sirkadian tubuh. Musik yang sesuai untuk terapi relaksasi kurang dari 80 denyut per menit. Aliran iramanya teratur, lembut, ritme repetitif sehingga irama tubuh memperlambat. Efek relaksasi akan tercapai sehingga mampu mengurangi stres.

3. Perlakuan Meditasi , Musik dan Aromaterapi

Perlakuan meditasi, musik dan aromaterapi dapat menurunkan stres siswa SMK sebesar 23,1. Penurunan ini sangat efektif karena dari tingkat stres sedang menjadi stres ringan. Berdasarkan hasil akhir kuesioner dengan indikator yang mengalami perubahan adalah stres fisiologis, interaksi keluarga seperti berusaha untuk berkumpul dengan keluarga, mengurangi perselisihan dengan orang tua, interaksi dengan teman seperti berusaha menyelesaikan perselisihan dengan teman.

Siswa yang menerima terapi gabungan meditasi, musik dan aromaterapi mempunyai keterampilan coping yang lebih tinggi dalam menghadapi stres apabila dibandingkan dengan kedua kelompok perlakuan lainnya. Menurut Geimer-Flanders (2009), terapi gabungan mampu meningkatkan kenyamanan klien. Stimulus yang menimbulkan respon stres "*fight or flight*" dapat dikurangi pemicunya. Mekanisme pemulihan stres menjadi lebih cepat.

Efek dari terapi gabungan perlakuan meditasi, musik dan aromaterapi membuat kemampuan koordinasi otak meningkat lebih cepat dalam menghadapi setiap tekanan. Efek relaksasi dimunculkan oleh penurunan aktivitas sistem saraf simpatik.

Semua indera tubuh merasakan sensasi yang menyenangkan. Aromaterapi merangsang indera penciuman dan menghantarkan aroma menuju ke sistem limbik. Chlan (2010), musik merupakan *entrainment* atau getaran dua benda pada frekuensi yang sama sehingga menyebabkan efek resonansi simpatik. Getaran ini yang mempengaruhi proses fisiologis karena tubuh juga berirama atau *sirkadian* seperti detak jantung, tekanan darah, suhu tubuh, hormon adrenal, waktu tidur. Proses ini secara keseluruhan akan meningkatkan kualitas kesehatan dalam tubuh.

SIMPULAN

Tingkat stres kelompok perlakuan terapi meditasi dan aromaterapi sebelum perlakuan sebesar 58,57 dan sesudahnya 54,88. Tingkat stres kelompok perlakuan terapi meditasi dan musik sebelum perlakuan sebesar 59,04 dan sesudahnya 46,54. Tingkat stres kelompok perlakuan terapi meditasi, aromaterapi dan musik sebelum perlakuan sebesar 61,9 dan sesudahnya 38,8. Hasil analisa data Kruskal Wallis satu arah menyatakan perbedaan yang bermakna pada 3 kelompok perlakuan terapi komplementer gabungan terhadap penurunan tingkat stres siswa SMK Diponegoro dengan nilai $p\text{ value} < 0,05$. Hasil uji Pos Hoc Mann Whitney memperlihatkan bahwa ketiga kelompok perlakuan mempunyai efektivitas yang berbeda terhadap perubahan tingkat stres dengan nilai $p\text{ value} < 0,05$. Kelompok perlakuan terapi meditasi, aromaterapi dan musik memberikan efektivitas terbesar dengan menurunkan tingkat stres sedang menjadi tingkat stres ringan, penurunan sebesar 23,1.

RUJUKAN

- Chao RCL. 2012, Managing Perceived Stress Among College Students: The Roles of Social Support and Dysfunctional Coping. *Journal of College Counseling*; 15 (1): 5–21
- Chlan LL. Editor: Snyder M and Lindquist R. 2010, Complementary & Alternative Therapies in Nursing. Sixth Edition. New York: Springer Publishing Company. pp: 116-131
- Geimer-Flanders J. 2009, Creating a healing environment: Rationale and research overview. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 76: 66-69
- Hamid AY. 2009, *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Handayani AA. 2011, Efektivitas Terapi Relaksasi dan Aromaterapi Terhadap Penurunan Stres Penderita Hipertensi di Puskesmas Purwodadi I Kabupaten Grobogan. *Proceeding Seminar Nasional Keperawatan Jawa Tengah: "Evidence Based in Nursing: Unique, Diversity, and Innovation"*, ISSN 977-2088594-009.
- Handayani AA. 2013, Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy in High School Environment. *Proceeding International Conference on Environment and Health : "Integrating Research Community Outreach And Service Learning"* © Soegijapranata Catholic University, ISBN 978-602-8011-53-2.
- Kreitzer MJ, Reilly-Spong M. Editor: Snyder M and Lindquist R. 2010, Complementary & Alternative Therapies in Nursing. Sixth Edition. New York: Springer Publishing Company. pp: 174-193
- Kuriyama dkk. 2005, Immunological and Psychological Benefits of Aromatherapy Massage. *eCAM* 2(2):179–184
- Ludwig D, Kabat-Zinn J. 2008, Mindfulness in medicine. *The Journal of the American Medical Association*. 300:1350–1352.
- Rho KH dkk. 2006, Rho, Han, Kim, Lee. 2005. Effects of Aromatherapy Massage on Anxietas and Self-Esteem in Korean Elderly Woman: A pilot Study. *International Journal of Neurosciene*, 116: 1447-1455
- Snyder dkk. Editor: Snyder M and Lindquist R. 2010, Complementary & Alternative Therapies in Nursing. Sixth Edition. New York: Springer Publishing Company. pp: 28-49
- Suen L, Thompson DR. 2007. The Role of Complementary Therapies in Cardiac Care: Where are we now?. *British Journal of Cardiac Nursing*. 2:80-85
-

PERBANDINGAN KUALITAS HIDUP MASYARAKAT DENGAN GAGAL GINJAL STADIUM AKHIR YANG MENJALANI TERAPI PENGGANTI GINJAL

Nur Chayati

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

n_cha_klt@yahoo.com

ABSTRACT

Haemodialysis is one of the renal replacement therapy that use dialysis machine and dialyzer as artificial kidney for patient with end stage renal failure. Patients on haemodialysis routine usually have fluctuation quality of life affected by anemia, dialysis adequacy, age, body fluid regulation, and nutritional status. The aim of this research is to analyze quality of life in end stage renal failure patient with haemodialysis. This research was a review from ten journals found through Google Scholar, WHO, EBSCO, CINAHL, and PubMed sites with the key word of quality of life, haemodialysis, adequacy dialysis, and dialysis therapy which published from 1996 to 2011. In conclusion, haemodialysis patients have lower quality of life than other renal replacement therapy (dialysis peritoneal and renal transplantation therapy) in all dimensions (physical, social, role, emosional, mental health, vitality, pain and general health perseption). Quality of life become much important so it should be monitored to evaluate dan improve patient care. The successfull of haemodialysis therapy not only depends on physical factors but also from staff emosional support dan patient ability to adapt with their disease and prolong therapy.

Key Words: *end stage renal failure, haemodialysis, quality of life*

PENDAHULUAN

Ginjal adalah bagian dari organ perkemihan manusia. Ginjal manusia terdiri dari sepasang ginjal yang terletak di setiap sisi abdomen dekat dengan tulang belakang (retroperitoneal bagian atas). Fungsi dari ginjal antara lain mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, mempertahankan keseimbangan asam basa darah, mendetoksifikasi darah dan membuang sampah-sampah metabolit, mengontrol tekanan darah, membantu peningkatan produksi sel darah merah, mengontrol sekresi hormon-hormon aldosteron dan ADH (*Anti Diuretic Hormone*) dalam mengatur jumlah cairan tubuh, mengatur metabolisme ion kalsium dan vitamin D. Apabila terjadi kelainan pada struktur ginjal maka akan mempengaruhi seluruh fungsi ginjal^{1,2}.

Kemampuan ginjal untuk menyaring darah dinyatakan dalam GFR (*Glomerulo Filtration Rate*) yaitu kemampuan rata-rata glomerulus menyaring darah yang dinyatakan dalam ml/menit, normalnya 120 ml/menit. Menurut K/DOQI apabila nilai GFR < 15 ml/mnt/1,73 maka orang sudah jatuh ke kondisi *End Stage Renal Disease* (ESRD) dimana ginjal sudah kehilangan fungsinya yang mengindikasikan pasien harus menjalani terapi pengganti ginjal. Terapi pengganti ginjal yang banyak dilakukan di Indonesia adalah melalui haemodialisis atau cuci darah³.

Hemodialisis adalah salah satu terapi pengganti ginjal dengan menggunakan mesin dialisis dan dialiser sebagai ginjal buatan dimana darah di tarik dari dalam tubuh kemudian dicuci di dialiser sebagai membran semipermeabel melalui proses difusi dan darah yang bersih dikembalikan lagi ke tubuh⁴. Data di UK menunjukkan bahwa pada tahun 2006 sebanyak 113 pasien baru per juta penduduk menjalani dialisis dengan rata-rata usia 65 tahun dan 21% berusia > 75 tahun³.

Pengobatan pada penyakit gagal ginjal kronik memiliki dua tujuan, yaitu memperpanjang kelangsungan hidup pasien dan meningkatkan kualitas hidup sepanjang kelangsungan hidup pasien tersebut⁵. Pasien-pasien yang menjalani hemodialisis adalah pasien-pasien yang sudah jatuh dalam kondisi terminal. Pasien dengan hemodialisis rutin cenderung mengalami fluktuasi kualitas hidup yang dipengaruhi oleh kondisi anemia, adekuasi dialisis, usia, regulasi cairan tubuh, dan status nutrisi yang tentunya juga mempengaruhi tingkat morbiditas dan mortalitas⁶. *Department Of Health And Human Services and National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease* (2009) menyatakan bahwa pasien dialisis dengan Kt/V dibawah 1,2 memiliki lebih banyak masalah kesehatan dan resiko kematian lebih tinggi⁷.

Kualitas hidup (QOL) menurut WHO adalah suatu kondisi kesempurnaan baik fisik, mental dan kesejahteraan dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan. QOL yang berhubungan dengan kesehatan (HRQOL) secara spesifik berfokus pada pengaruh kesehatan, penyakit dan pengobatan medis terhadap kualitas hidup⁸.

Kualitas hidup pada pasien gagal ginjal stadium akhir memiliki arti penting, setidaknya karena dua alasan yaitu pertama, pasien gagal ginjal stadium akhir pada umumnya memiliki kualitas hidup yang lebih minimal dibanding pasien lain pada umumnya, kedua, Liem (2008) dan Schatell (2010) kualitas hidup menjadi tolak ukur tingkat hospitalisasi, tingkat kesakitan dan kematian yang akan datang pada kelompok pasien ini^{9,10}.

METODOLOGI PENELITIAN

A. Pendekatan yang digunakan

Penelitian ini merupakan review dari beberapa penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya untuk mendapatkan satu kesimpulan yang lebih valid. Review didahului dengan mencari sumber literatur dengan mesin pencari melalui situs Google Scholar, WHO, EBSCO, CINAHL, dan PubMed dengan menggunakan kata kunci kualitas hidup, hemodialisis, adekuasi dialisis, terapi dialisis. Semua jurnal telah dipublikasikan

dari tahun 1996 sampai 2011. Kriteria inklusi jurnal yang ditetapkan adalah pengukuran kualitas hidup pasien dengan terapi pengganti ginjal (hemodialisis, peritoneal dialisis, transplantasi ginjal), ukuran sampel minimal 10, pengukuran kualitas hidup dengan instrumen SF-36, KDQOL, WHO-QOL BREF, KS dan SIP serta desain penelitian dengan cross sectional, prospektif dan retrospektif. Kriteria eksklusi yang ditetapkan adalah pasien yang menerima transplantasi pankreas-ginjal. Sebanyak 29 jurnal telah ditemukan. Dari 29 jurnal hanya 10 jurnal yang memenuhi kriteria inklusi. 9 jurnal adalah full text dan 1 jurnal berupa abstrak.

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Kualitas hidup adalah konsep yang memiliki perbedaan definisi secara filosofi, politik dan kesehatan. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan meliputi aspek fisik, fungsional, sosial/okupasional dan kesejahteraan emosional/psikologis dari seorang individu¹¹.

Mengingat begitu besarnya arti kualitas hidup pada pasien dengan gagal ginjal yang menjalani terapi dialisis, maka banyak penelitian yang telah dilakukan oleh ahli-ahli untuk membuktikan kualitas hidup ini. Supriyadi dkk (2011) memulai penelitian dengan membandingkan kualitas hidup pasien sebelum menjalani terapi dialisis dengan setelah terapi dialisis. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa terdapat perbedaan yang sangat signifikan pada semua dimensi kualitas hidup antara kedua kelompok berpasangan ini (dimensi fisik $p=0,0001$; dimensi psikologis $p=0,001$; dimensi sosial $p=0,001$ dan dimensi lingkungan $p=0,001$)¹². Efek dari suatu penyakit terhadap kualitas hidup juga telah diteliti oleh Moreno et al (1996) dengan hasil 25% pasien dari 1188 pasien yang terpilih secara random menunjukkan kuatnya pengaruh penyakit gagal ginjal kronik dan terapi dialisis kronik terhadap kualitas hidup pasien (76% menunjukkan kualitas hidup yang sangat rendah)⁵.

Cleary dan Drennan (2005) melakukan penelitian pada 97 pasien gagal ginjal stadium akhir di Irlandia yang menjalani terapi hemodialisis. Hasil pengkajian kualitas hidup dengan menggunakan SF-36 menunjukkan bahwa pasien hemodialisis memiliki kualitas hidup yang sangat rendah disemua delapan skala penilaian kualitas hidup (fungsi fisik, fungsi sosial, fungsi peran, emosional, kesehatan mental, vitalitas, nyeri dan persepsi tentang kesehatan)¹³.

Penelitian Liem et al (2007) membuktikan bahwa kualitas hidup pasien hemodialisis lebih rendah dibandingkan pasien dengan transplantasi ginjal¹⁴. Hasil ini berguna untuk memberikan masukan pilihan terapi bagi pasien, tetapi faktor lain yang penting untuk diperhitungkan adalah tingkat kesakitan pasien yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Berbeda dengan penelitian diatas, Thompson dan Martin (2001) menemukan bahwa kualitas hidup pasien dialisis dengan adekuasi dialisis yang jelek ternyata lebih tinggi dibanding kualitas hidup pasien dengan adekuasi dialisis yang baik pada 72 sampel yang dipakai. Penelitian ini memberikan bukti bahwa kualitas hidup pada penyakit kronis (gagal ginjal terminal dengan dialisis) tidak hanya ditentukan oleh bukti klinis saja tetapi juga dipengaruhi oleh kemampuan beradaptasi pasien dan penerimaan terhadap kondisi

penyakitnya¹⁵.

Penelitian meta analisis yang dilakukan oleh Liem et al (2008) juga menyebutkan bahwa kualitas hidup pasien dengan transplantasi ginjal lebih tinggi dibandingkan dengan pasien dialisis. Variabel yang membedakan adalah umur pasien dimana pasien dengan transplantasi ginjal lebih muda dibanding pasien dialisis⁹. Hal ini sejalan dengan penelitian Sathvik et al (2008) di India dengan 75 sampel pasien hemodialisis lebih dari 3 bulan terapi, membandingkan kualitas hidup antara pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis, transplantasi ginjal dan dengan pasien dengan penyakit kronis lain (asma). Hasil penelitian ini membuktikan bahwa kualitas hidup pasien dengan hemodialisis lebih rendah dibanding pada orang sehat pada umumnya ($p < 0,05$). Begitu juga bila dibanding dengan pasien yang menjalani transplantasi ginjal, dan pasien dengan asma, kualitas hidup pasien hemodialisis jauh lebih rendah dibanding kedua populasi tersebut secara signifikan ($p < 0,05$). Berdasarkan perbedaan jenis kelamin, ditemukan bahwa pasien hemodialisis wanita memiliki kualitas hidup yang rendah dibanding pasien laki-laki untuk dimensi psikologis dan lingkungan¹⁶.

Abreu et al (2011) juga membuktikan bahwa pasien dengan peritoneal dialisis memiliki skor kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan pasien dengan hemodialisis pada semua kategori selama tiga kali pengukuran (tingkat kepuasan $p=0,002$; $p=0,005$; $p=0,005$; tingkat dukungan dari staf $p=0,003$; $p=0,017$; $p=0,029$; pantangan dalam penyakit $p=0,003$; $p=0,017$; $p=0,057$)¹⁷. Data ini didukung oleh Rambod et al (2011) yang meneliti 200 pasien dengan hemodialisis dan 200 pasien dengan transplantasi ginjal, dengan hasil rata-rata skor nilai kualitas hidup pasien dengan transplantasi ginjal lebih baik dibanding pasien hemodialisis (21.36 [SD, 4.06] vs 20.35 [SD, 5.14]; $P = .03$)¹⁸.

Dari data-data hasil penelitian diatas dapat diambil kesimpulan bahwa kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis lebih rendah dibanding pasien dengan terapi pengganti ginjal lain (peritoneal dialisis dan transplantasi ginjal) pada hampir semua dimensi pengukuran kualitas hidup (dimensi fisik, dimensi sosial, dimensi peran, emosional, kesehatan mental, vitalitas, nyeri dan persepsi tentang kesehatan).

IMPLIKASI DAN KETERBATASAN PENELITIAN

Hasil review penelitian di atas memberikan dampak dan masukan yang sangat besar bagi tenaga kesehatan khususnya perawat yang merawat pasien gagal ginjal stadium akhir dengan terapi pengganti ginjal. Kualitas hidup menjadi hal yang sangat penting bagi pasien gagal ginjal stadium akhir karena mampu menjadi prediktor tingkat kesakitan, tingkat keparahan, tingkat hospitalisasi dan tingkat kematian pasien, sehingga perlu dimonitoring secara rutin. Hasil monitoring juga menjadi bahan evaluasi dan perbaikan untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien, contohnya tentang pemilihan terapi yang tepat. Dimensi-dimensi yang ada pada instrumen kualitas hidup yang meliputi dimensi fisik, dimensi sosial, dimensi peran, emosional, kesehatan mental, vitalitas, nyeri dan persepsi tentang kesehatan yang dinyatakan dalam skor nilai dapat memberikan gambaran yang lebih spesifik tentang pelayanan apa yang kurang petugas kesehatan berikan kepada pasien, sehingga lebih bisa memperhatikan kebutuhan pasien secara komprehensif.

Dalam dimensi kualitas hidup ini apabila dicermati lebih jauh, ternyata aspek psikologis lebih banyak disoroti dibanding aspek fisik. Hal ini memberikan gambaran bahwa keberhasilan suatu pengobatan yang salah satunya dapat dideteksi dengan mengkaji kualitas hidup pasien, tidak hanya tergantung pada fisik saja, pemeriksaan laboratorium, obat-obatan, tetapi lebih banyak ditentukan oleh dukungan emosional petugas dan kemampuan beradaptasi pasien terhadap penyakit yang diderita dan terapi yang harus dijalani seumur hidupnya.

Review penelitian ini masih memiliki kekurangan antara lain, jumlah jurnal yang dipakai relatif masih sedikit dan instrumen penilaian kualitas hidup masih belum seragam. Review selanjutnya diharapkan lebih memperbanyak jurnal referensi, sehingga kesimpulan yang dihasilkan lebih obyektif serta instrumen yang dipakai sejenis, sehingga hasil penelitian tersebut khusus dihasilkan dari satu instrumen penelitian tertentu saja.

RUJUKAN

1. McCann, J.A.S. (2004). *Critical care nursing made incredibly easy*. Lippincott Williams and Wilkins. USA.
2. Purnomo, B.B. (2007). *Dasar-Dasar Urologi*. Edisi Kedua. CV Sagung Seto: Jakarta
3. Levy, J., Brown, E., Daley, C., Lawrence, A. (2009). *Oxford Handbook of Dialysis*. Third Edition. Oxford University Press: United State.
4. O'Callahan, C.A. (2009). *At a Glance Sistem Ginjal*. Edisi kedua. Penerbit Erlangga: Jakarta.
5. Moreno, F., Gomez, J.M.L., Guajardo, S., Jofre, R., Valderrabano, F. (1996). Quality of Life in Dialysis Patients. A Spanish Multicentre Study. *Journal Nephrology Dialysis Transplantation*. 11 (2): 125-129. <http://www.ndt.oxfordjournals.org> [diunduh tanggal 15 Juni 2012]
6. Nasution, A. L. (2008). *Hubungan Antara Parameter Cairan Tubuh yang Diukur dengan Bio Impedance Analysis dengan Kualitas Hidup yang Diukur dengan SF-36 pada Pasien Hemodialisis Reguler*. Thesis. Universitas Sumatera Utara: Medan.
7. Department Of Health And Human Services. 2009. *Hemodialysis Dose and Adequacy*. No. 09-4556 February 2009. National Institutes of Health: US.
8. Chang, Tamura, M.K. (2009). *Methods to Assess Quality of Life and Functional Status and Their Applications in Clinical Care in Elderly Patients with CKD*. Chapter 35. *Geriatric Nephrology Curriculum*. The American Society of Nephrology.
9. Liem, Y.S., Bosch, J.L., Arends, L.R., Kal, M.H.H., Hunink, M.G.M. (2008). Preference-Based Quality of Life of Patients on Renal Replacement Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. 11 (4): 733-741. <http://www.Ispor.org/publications/value/HIVsupplementary.asp> [diunduh tanggal 26 April 2012]

10. Schatell, D., Beth Witten, B. (2010). Measuring Dialysis Patients' Health-Related Quality of Life with the KDQOL-36. Medical Education Institute, Inc. (608) 833-8033. <http://www.kdqol-complete.org> [diunduh tanggal 15 Juni 2012]
11. Fallowfield, L. (2009). What is Quality of Life?. Hayward Medical Communications: UK. <http://www.whatisseries.co.uk> [diunduh tanggal 15 Juni 2012]
12. Supriyadi, Wagiyo, Widowati, S.R. (2011). Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Terapi Hemodialisis. Jurnal Kesehatan Masyarakat. KEMAS 6 (2): 107-112. <http://www.unnes.ac.id/index.php/kemas>
13. Cleary, J., Drennan, J. (2005). Quality of Life of Patients on Haemodialysis for End-Stage Renal Disease. Journal of Advanced Nursing 51(6): 577-586. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e5a3a65f-9bd7-424e-b6f2-cf78d272d825%40sessionmgr11&vid=1&hid=7> [diunduh tanggal 18 Juli 2012]
14. Liem, Y.S., Bosch, J.L., Arends, L.R., Kal, M.H.H., Hunink, M.G.M. (2007). Quality of Life Assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey of Patients on Renal Replacement Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. 10 (5): 390-397. <http://www.Ispor.org/publications/value/HIVsupplementary.asp> [diunduh tanggal 15 Januari 2012]
15. Thompson, D.R., Martin, C.R. (2001). Does Dialysis Adequacy Impact on the Quality of Life of End-Stage Renal Disease Patients?. 5: 57-65. <http://www.ideallibrary.com> [diunduh tanggal 15 Januari 2012]
16. Sathvik BS, Parthasarathi G, Narahari MG, Gurudev KC. An Assessment of The Quality of Life in Hemodialysis Patients Using the WHOQOL-BREF Questionnaire. Indian J Nephrol 2008 ;18 (4):141-9. <http://www.indianjephrol.org/text.asp?2008/18/4/141/45288> [diunduh tanggal 15 Juni 2012]
17. Abreu, M.M., Walker, D.R., Sesso, R.C., Ferraz, M.B. (2011). Health-Related Quality of Life of Patients Receiving Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in São Paulo, Brazil: A Longitudinal Study. Journal Value in Health 14: s119-s121. <http://www.elsevier.com/locate/jval> [diunduh tanggal 15 Juni 2012]
18. Rambod, M., Shabani, M., Shokrpour, N., Rafii, F., Mohammadalliha, J. (2011). Quality of Life of Hemodialysis and Renal Transplantation Patients. Health Care Manager (HEALTH CARE MANAGER). Jan; 30(1): 23-8.

KELOMPOK SWABANTU DALAM PENCEGAHAN TINGKAT KECACATAN KLIEN KUSTA DI KABUPATEN JEMBER

*(Self Help Group For Prevention Disability Client's Leprosy In Jember Regency, East
Java)*

Tantut Susanto¹

Departemen Keperawatan Komunitas Universitas Jember

ABSTRACT

Leprosy is chronic diseases that damage disability and limitation. Disability from client's leprosy can be reduced by self-care activities at support group like self help group. This research was to analyze the influences self help group for the degree of disability and limitation client's leprosy at Jember. The research type was observational-analytic with cohort approach. The population in this research was 48 people, including 24 active and 24 inactive people in the self help group with the sampling method of simple random sampling. The data analyzed with t-independent statistic test with 95% CI (α : 0,05), and was obtained value of $p = 0.01$. The conclusion of this research is that there are influences selfhelp group for reduced the degree of disability and limitation client's leprosy in Jember Regency. Based on this research, it is recommended that the client's leprosy is more active to follow self help group in community health center for increased self care and reduced disability after treatment leprosy diseases.

Key words: *leprosy, disability, self help group*

PENDAHULUAN

Jumlah klien kusta di Indonesia tahun 2010 adalah 17.012 orang¹ dengan jumlah terbanyak di Pulau Jawa khususnya Jawa Timur dengan 30% berkontribusi terhadap jumlahklien kusta secara Nasional. Kabupaten Jember pada tahun 2009 sebanyak 736 orang masih merupakan daerah endemik kusta di Jawa Timur. Penemuan penderita baru terkait dengan deteksi penyakit kusta di komunitas masih sangat sulit. Penemuan penderita kusta di komunitas biasanya sudah terlambat dan tertunda, karena anggapan masyarakat yang negatif terhadap klien kusta, rendahnya kesadaran mengenai awal gejala kusta, dan kondisi cacat yang dialami oleh klien kusta. Kondisi kecacatan klien kusta umumnya juga diakibatkan oleh usaha pencarian pelayanan kesehatan oleh klien kusta dan keluarga yang salah seperti penggunaan pengobatan tradisional dan interaksi dengan intervensi pelayanan kesehatan khususnya Puskesmas yang menjadi alternatif terakhir dalam penanganan kusta².

Puskesmas di Kabupaten Jember dengan jumlah klien kusta binaan terbanyak melalui program Kelompok Perawatan Diri Kusta adalah Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo. Puskesmas Jenggawah tahun 2011 ada 20 kasus kusta yang terdiri dari 18 klien dengan tipe kusta MB dan 2 klien dengan tipe kusta PB. Data Puskesmas Tempurejo tahun 2011 terdapat 14 kasus kusta, dengan rincian tipe PB ada 2 klien dan 12 klien dengan tipe MB. Puskesmas dengan jumlah klien kusta terbesar tetapi belum melakukan program KPD adalah di Puskesmas Ajung tahun 2012 sebanyak 36 penderita, dengan

rincian 24 orang sebagai penderita kusta tipe MB yang masih aktif dalam mengikuti program pengobatan atau MDT (*Multy Drug Theraphy*), sedangkan 12 diantaranya adalah penderita kusta yang telah selesai menyelesaikan masa pengobatan atau RFT (*release from treatment*). Puskesmas dapat memberikan pelayanan melalui kelompok-kelompok khusus di masyarakat dalam membantu permasalahan klien kusta di masyarakat sebagai pusat rehabilitasi dan konseling dengan adanya kelompok swabantu kusta. Salah satu program yang dapat diterapkan adalah Kelompok Swabantu Kusta dengan setiap anggota kelompok dalam kelompok akan saling tukar informasi dan saling mendukung satu sama lain terhadap masalah yang dialaminya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh kelompok swabantu terhadap tingkat kecacatan klien kusta di Kabupaten Jember Propinsi Jawa Timur.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *quasi eksperimental with two group desaign* dengan pendekatan cross sectional. Penelitian ini memberikan gambaran dan menganalisis klien kusta yang terlibat dalam kelompok swabantu dengan derajat kecacatan yang dialaminya. Penelitian ini dilakukan di tiga wilayah kerja Puskesmas di Jember, yaitu Puskesmas Ajung, Puskesmas Jenggawah dan Puskesmas Tempurejo selama bulan Oktober sampai dengan Desember 2012. Sampel penelitian ini berjumlah 48 klien yang diambil secara simple random sampling. 24 klien mengikuti KPD sebagai kelompok perlakuan dan 24 klien tidak mengikuti KPD sebagai kelompok kontrol. Sampel dalam penelitian ini adalah klien kusta yang terdaftar dari ketiga puskesmas tersebut dan sedang menjalani pengobatan MDT baik klien kusta jenis PB maupun MB.

Sampel dalam penelitian ini dibagi kedalam dua kelompok yaitu perlakuan dan kontrol. Kelompok perlakuan dibagi dua kelompok swabantu di Puskesmas Jenggawah dan Tempurejo, sedangkan klien di Puskesmas Ajung dijadikan kelompok kontrol karena belum ada program KPD. Setiap anggota kelompok KPD mendapatkan beberapa kegiatan didalam kelompok swabantu yang terdiri dari 6 sesi kegiatan setiap seminggu sekali kegiatan. Sesi 1: penjelasan tentang pembentukan kelompok swabantu dan pengukuran awal derajat kecacatan. Sesi 2: diskusi tentang penyakit kusta. Sesi 3: diskusi dan refleksi tentang aktivitas kegiatan harian peserta. Sesi 3: simulasi cara perawatan mata, tangan, dan kaki peserta. Sesi 4: redemostrasi kegiatan perawatan diri di rumah. Sesi 5: refleksi diri terhadap kemajuan perawatan peserta. Sesi 6: pengukuran akhir derajat kecacatan dan tindak lanjut kegiatan kelompok. Setiap subyek dalam penelitian mendapatkan perlakuan yang sama berdasarkan prinsip etik dalam etika penelitian kesehatan. Derajat kecacatan yang dialami oleh klien kusta sebelum dan sesudah mengikuti kelompok swabantu diukur dengan cara observasi dengan lembar observasi dari Panduan Penatalaksanaan dan Pemberantasan Kusta. Hasil penelitian kemudian dianalisis dengan menggunakan uji independent t test.

HASIL

Pengambilan data dilaksanakan pada bulan Agustus sampai dengan September 2012 dengan jumlah sampel 18 responden di wilayah kerja Puskesmas Ajung Kabupaten Jember. Adapun karakteristik responden dalam penelitian ini tergambar dalam table 1 berikut ini:

Tabel 1. Karakteristik Responden Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Ajung Bulan Agustus-September 2012

Variabel	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
Usia				
30 – 40 tahun	10	41,67	9	37,5
40 – 50 tahun	9	37,5	9	37,5
Lebih dari 50 tahun	5	45,45	6	54,5
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	14	58,33	15	62,5
Perempuan	10	41,67	9	37,5
Pendidikan				
Tidak sekolah	5	20,83	4	16,67
SD	8	33,33	8	33,33
SMP	6	25	7	29,17
SMA	5	20,83	5	20,83
Pekerjaan				
Tidak bekerja	3	12,5	2	8,33
Ibu Rumah Tangga	5	20,83	6	25
Petani	9	37,5	10	41,67
Pedagang	2	8,33	4	16,67
Buruh	5	20,83	2	8,33
Lama menderita				
Lebih dari 6 bulan	16	66,67	20	83,33
Kurang dari 6 bulan	8	33,33	4	16,67
Tingkat Kecatatan				
0	6	25	8	33,33
1	10	41,67	12	50
2	8	33,33	4	16,67

Dari data diatas menunjukkan klien kusta pada kelompok perlakuan berada pada usia dewasa lebih dari 50 tahun sebanyak 45,45% dengan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 58,33%, dan berpendidikan mayoritas adalah SD sebesar 33,33% serta dengan bekerja sebagai petani 37,5% serta lamanya klien menderita kusta adalah lebih dari 6 bulan atau sudah bersifat kronis 66,67% dengan derajat kecacatan tingkat 1 sebesar 41,67%. Sedangkan klien kusta pada kelompok kontrol berada pada usia dewasa lebih dari 50 tahun sebanyak 54,5% dengan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 62,5%, dan berpendidikan mayoritas adalah SD sebesar 33,33% serta dengan bekerja sebagai petani 41,67% serta lamanya klien menderita kusta adalah lebih dari 6 bulan atau sudah bersifat kronis 83,33% dengan derajat kecacatan tingkat 1 sebesar 50%.

Klien dalam enam minggu mengikuti kelas kelompok swabantu. Setelah mengikuti kelompok swabantu, klien mendapatkan suatu buku petunjuk dalam kegiatan kesehariannya untuk memonitor perawatan mata, tangan, dan kaki. Klien kusta yang melakukan perawatan tersebut diharapkan akan mampu menurunkan derajat kecacatan yang dialaminya. Adapun tingkat kecacatan yang dialami oleh klien kusta selama mengikuti kegiatan kelompok swabantu dapat digambarkan dalam table 2 berikut ini.

Table 2. Tingkat Kecacatan Klien Kusta Dalam Mengikuti Kegiatan Kelompok Swabantu di wilayah Kerja Puskesmas Ajung Kabupaten Jember bulan Agustus-september tahun 2012

Variabel	Mean	SD	t	P value	N
Tingkat Kecacatan Klien Kusta dalam Kegiatan Kelompok Swabantu	46.64	4.62	5.798	0,01	24
Perlakuan Kontrol	40.82	3.40			24

Tabel 2 diatas menunjukkan perbedaan hasil nilai rata-rata tingkat kecacatan klien kusta yang ikut dalam kegiatan kelompok swabantu dan yang tidak ikut dalam kegiatan kelompok swabantu. Nilai rata-rata tingkat kecacatan klien yang mengikuti swabantu adalah 46,64; sedangkan nilai rata-rata tingkat kecacatan klien kusta yang tidak ikut swabantu adalah 40,82. Hasil uji statistik *t-independent* diperoleh *p value* (0,01) $< \alpha = 0,05$ dan dengan tingkat kepercayaan 95%, maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak atau H_a diterima yang berarti ada perbedaan tingkat kecacatan klien kusta yang mengikuti dan yang tidak mengikuti kegiatan kelompok swabantu di Kabupaten Jember.

PEMBAHASAN

Penemuan penderita baru terkait dengan deteksi penyakit kusta di komunitas masih sangat sulit. Penemuan penderita kusta di komunitas biasanya sudah terlambat dan tertunda. Penemuan klien kusta yang terlambat dan tertunda berhubungan dengan anggapan masyarakat yang negatif terhadap klien kusta, rendahnya kesadaran mengenai awal gejala kusta, dan kondisi cacat yang dialami oleh klien kusta. Kondisi kecacatan klien kusta umumnya juga diakibatkan oleh usaha pencarian pelayanan kesehatan oleh klien kusta dan keluarga yang salah seperti penggunaan pengobatan tradisional dan interaksi dengan intervensi pelayanan kesehatan khususnya Puskesmas yang menjadi alternatif terakhir dalam penanganan kusta².

Pelayanan kesehatan yang mengutamakan pencegahan primer antara lain peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat klien kusta, pengontrolan lingkungan yang sehat, dan penyebaran informasi tentang penyakit kusta di masyarakat. Pencegahan sekunder dapat dilakukan melalui perawatan secara fisik dan psikologis serta sosial klien kusta. Pelayanan dapat diberikan melalui perawatan langsung pada lesi kulit klien, peningkatan harga diri klien kusta, dan peningkatan kesadaran masyarakat tentang keadaan penyakit kusta sehingga tidak menimbulkan stigma, labeling dan diskriminasi sosial pada klien kusta di masyarakat. Tindakan utama perawat komunitas lebih banyak berperan pada pencegahan tersier. Tindakan pencegahan tersebut dilakukan untuk mengurangi kondisi lesi dan derajat gangguan fungsi atau kecacatan khususnya pada tangan, kaki, dan mata yang umumnya merupakan suatu masalah utama pada klien kusta.

Pengontrolan yang kurang efektif terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kusta akan mengakibatkan permasalahan yang lebih luas bagi klien kusta di komunitas. Permasalahan klien kusta tersebut berkaitan dengan masalah fisik dan psikososial. Permasalahan fisik klien kusta timbul akibat adanya kondisi lesi pada kulit klien yang memburuk hingga terjadi kecacatan fisik. Masalah psikososial pada klien kusta terjadi sebagai akibat dari penyakitnya³. Permasalahan psikososial ini muncul sebagai akibat

pandangan masyarakat terkait dengan *labeling* dan *stigma* pada populasi penderita kusta di masyarakat. Dampak sosial terhadap penyakit kusta mengakibatkan masalah pada penderita, keluarga, dan masyarakat⁴. Penerimaan penyakit kusta di masyarakat masih sulit, hal ini dikarenakan masyarakat masih menganggap kusta sebagai penyakit menular yang tidak dapat diobati. Masyarakat juga menganggap kusta sebagai penyakit keturunan yang diakibatkan oleh kutukan Tuhan dan akan berdampak pada kecacatan pada klien kusta sebagai suatu hukuman karena dosa³.

Program prevensi kesehatan kusta atau pencegahan penyakit kusta terkait dengan hasil Konggres di Geneva tahun 2006 yang menghasilkan dua strategi utama untuk menghapuskan kusta yaitu meningkatkan akses diagnosis kusta melalui pengintegrasian program pengendalian kusta ke dalam pelayanan kesehatan masyarakat dan menyediakan obat anti kusta yang efektif secara gratis. Pendeteksian kasus yang lebih awal akan dapat mengurangi resiko kelainan bentuk dan cacat pada penderita, dan memastikan bahwa penderita kusta dapat hidup normal dan bermartabat di masyarakat⁵.

Program prevensi kusta juga ditekankan tentang program prevensi kecacatan (*handicaps*) klien kusta. Kesakitan dan kecacatan pada klien kusta diakibatkan karena efek sekunder dari kerusakan saraf. Umumnya kesadaran klien dalam mencegah kerusakan tersebut sangat minimal. Klien kusta yang mengalami penurunan sensasi pada tangan dan kaki membutuhkan pengertian dan pemahaman secara baik tentang pentingnya perawatan diri dalam kehidupan sehari-harinya, khususnya identifikasi terhadap benda-benda yang berpotensi untuk menimbulkan trauma dan identifikasi keadaan lesi atau trauma yang terjadi⁶. Tindakan perawatan diri yang diajarkan kepada klien kusta terbukti sangat efektif dalam mencegah ulserasi pada tangan dan kaki klien kusta⁶.

Beberapa tindakan pencegahan yang dapat dilakukan klien kusta antara lain dengan pemakaian sepatu khusus bagi klien kusta yang mengalami penurunan sensasi pada kaki, tetapi sepatu khusus yang dapat mencegah trauma tersebut sulit untuk diproduksi dan akan menimbulkan stigma khusus pada klien kusta. Hasil penelitian pemakaian sepatu khusus klien kusta menunjukkan, pemakaian sepatu kain yang dijahit khusus sangat murah dan sangat melindungi, hemat biaya, dan lebih disukai daripada sepatu *orthopaedic*⁶.

Tindakan pencegahan pada *ulcerasi* telapak kaki juga dapat dilakukan melalui mengistirahatkan telapak kaki tersebut. *Ulcerasi* pada telapak kaki muncul sebagai akibat peningkatan tekanan pada tulang penyangga utama yaitu telapak kaki dan akan hilang timbul akibat kelainan bentuk dan hilangnya sensasi. *Ulcerasi* atau lesi pada klien kusta berbeda dengan *ulcer* pada klien dengan kaki diabetes atau gangguan *iskhemia* kaki lainnya. Pada klien kusta yang mengalami *ulcerasi* pada kaki akan kembali sembuh apabila dijaga dari penggunaan yang berlebihan (*weight-bearing*)⁶.

Pengistirahatan penggunaan kaki (*no weight-bearing*) sebaiknya dilakukan sampai *ulcer* pada kaki sembuh. Komplikasi akibat *ulcerasi* membutuhkan tindakan pembedahan untuk membuang jaringan yang mati dengan *eksplorasi* dan *drainase*. Penggunaan antibiotik sebaiknya digunakan hanya pada infeksi tulang atau *septicemia*. Kontraktur pada tangan dan kaki serta *drop foot* dapat dicegah dengan perawatan mobilitas, tetapi apabila kontraktur pada tangan dan *foot drop* berat serta adanya kondisi *lagophthalmos*, *entropion*, dan *ectropion* dianjurkan untuk dilakukan rekontruksi melalui pembedahan⁶.

Program prevensi dan pemberantasan kusta adalah dengan jalan mengontrol bukan melalui suatu eradikasi ataupun eliminasi kasus. Pendekatan epidemiologi dapat digunakan untuk melakukan kontrol terhadap kasus kecacatan kusta yang telah diujicobakan di beberapa negara di Amerika Latin⁷. Program eradikasi kasus kusta memerlukan suatu peningkatan

test diagnostik, stigma sosial, dan deteksi sumber-sumber penularan. Program eliminasi membutuhkan suatu proteksi dan prevensi secara menyeluruh terkait dengan imunisasi dan pengobatan MDT yang akan dijalani oleh penderita. Pendekatan yang realitis dalam prevensi dan proteksi kecacatan pada populasi kusta adalah dengan kontrol kasus kusta melalui *case detection* dan *treatment* kasus kusta serta pengintegrasian program pelayanan kesehatan di masyarakat.

Strategi dalam pencegahan kusta kedepan adalah dengan melakukan program kontrol sesuai dengan program WHO untuk eliminasi kusta⁸. Intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan vaksinasi dan *chemoprophylaxis* untuk kusta. Vaksinasi dan *chemoprophylaxis* dapat mencegah penularan kusta pada seseorang yang kontak dengan penderita dalam jangka waktu yang lama dan kontak serumah. Imunisasi dapat diberikan pada penderita kusta untuk menekan keadaan kusta dan penyebarannya. Imunisasi dapat diberikan pada penderita kusta yang kontak langsung dan terus menerus terutama yang tinggal di daerah endemis kusta. Imunisasi diberikan dalam menekan penyebaran lebih lanjut, karena kusta dapat ditularkan dalam keadaan lingkungan yang lama dan adanya kontak yang berlangsung lama dan terus menerus⁷.

Klien kusta yang mengikuti kegiatan kelompok swabantu mampu menurunkan tingkat kecacatan yang dialaminya. Kelompok swabantu atau self help group (SHG) merupakan suatu kelompok yang beranggotakan individu-individu yang memiliki permasalahan yang sama baik fisik, psikis, ataupun mental⁹. *Self help group* juga sering disebut dengan *mutual help*, *mutual aid*, atau *support groups*, dan diartikan sebagai suatu kelompok yang saling mendukung satu sama lain¹⁰. Setiap anggota dalam kelompok akan dapat saling bertukar pengalaman serta dukungan bagi anggota lain yang sedang dalam masa transisi dalam kehidupannya misalnya kematian anggota mitra atau keluarga, diagnosis dari penyakit yang mengancam jiwa, terjadinya kondisi kesehatan jangka panjang, hilangnya peran atau pekerjaan⁹. *Self help group* dapat digunakan sebagai suatu terapi diluar dari segi medis¹¹.

Klien kusta yang mengikuti kelompok swabantu juga telah aktif dalam kegiatan Kelompok Perawatan Diri (KPD) kusta. Adanya KPD ini memberikan kesempatan kepada klien untuk dapat memperbaiki kekurangan yang terjadi, misalnya mengambil langkah aktif dalam menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi, mengakhiri gaya hidup negatif dan mulai hidup dengan cara yang lebih positif mendapatkan sudut pandang atau pemecahan terhadap masalah yang dihadapi⁹. Pengertian KPD pada klien kusta yaitu suatu kelompok yang beranggotakan klien dan individu yang pernah mengalami kusta yang berkumpul untuk saling memberi dukungan satu sama lain terutama dalam usaha pencegahan dan mengurangi kecacatan serta mencari solusi atas persoalan-persoalan yang dihadapi sebagai akibat dari kusta.

KESIMPULAN

Klien kusta yang mengikuti kegiatan kelompok swabantu akan mampu berperilaku adaptif dalam perawatan dirinya sehingga mampu mengurangi derajat kecacatan yang dialaminya. Klien kusta dalam penelitaian ini mengalami tingkat kecacatan derajat 1 pada umumnya dan pada kelompok perlakuan sudah aktif mengikuti kegiatan kelompok perawatan diri yang dilakukan di puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. (2006). *Report of The Global Forum on Elimination of Leprosy as a Public health Problems*. Diakses dari http://www.who.org.cds_ntd_2006.4_egn. Tanggal 15 April 2009.
 2. Nicholls, PG., Wiens C, and Smith WCS. (2002). Delay in Presentation in the Context of Local Knowledge and Attitude Towards Leprosy: The Results of Qualitative Fieldwork in Paraguay. *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases: Vol. 71, No. 3, pp. 198–209*. Diakses dari <http://www.leprosy-ila.org/leprosyjournal/html/71-3/71-3-03.php> tanggal 30 Desember 2009.
 3. Zulkifli. (2003). *Penyakit Kusta dan Masalah Yang Ditimbulkannya*. <http://www.usu.ac.id/digital/library>. Diakses pada 20 Pebruari 2009.
 4. Watts, J., (2001). Japanese Leprosy Patients Receive Official Apology. *The Lancet; Jun 2, 2001; 357, 9270*; Diakses dari <http://www.Proquest.com/pqdauto/Nursing and Allied Health Source pg. 1774>. tanggal 5 April 2009.
 5. WHO. (2005). *Regional Strategy for Sustaining Leprosy Services and Further Reducing the Burden of Leprosy - 2006-2010*. Diakses dari <http://www.who.org/> tanggal 15 April 2009.
 6. Britton, W.J., Diana N J Lockwood. (2004). Leprosy. *The Lancet; Apr 10, 2004; 363, 9416*; Diakses dari ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 1209. Diakses dari <http://www.Proquest.com/pqdauto/Nursing and Allied Health Source>. Tanggal 16 Desember 2009
 7. Smith, C., Jan, H.R. (2008). Leprosy Strategy Is About Control, Not Eradication. *The Lancet; Mar 22-Mar 28, 2008; 371, 9617*; Diakses dari <http://www.Proquest.com/pqdauto/Nursing and Allied Health Source pg. 969>. tanggal 15 April 2009.
 8. Senior, K. (2009). Stigma, Chemoprophylaxis, And Leprosy Control. *Journal Infection Vol 9, p.10 January 2009*. Diakses dari <http://www.thelancet.com/infection> tanggal 15 April 2009.
 9. Nottingham. 2005. What are self help support groups?. [serial online]. <http://www.selfhelp.org.uk/selfhelpgroups.html> [05 September 2012].
 10. Ahmadi, K. 2007. What is a Self-Help Group?. [serial online]. <http://psychcentral.com/lib/2007/what-is-a-self-help-group/> [23 maret 2012].
 11. Encyclopedia Of Mental Disorders. 2012. Self Help Group. <http://www.minddisorders.com/Py-Z/Self-help-groups.html> [4 November 2012].
-

**PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR)
DI PUSKESMAS KABUPATEN SUBANG
TAHUN 2012**

Muhammad Saefulloh¹, Gunawan W²

¹STIKes Indramayu, ²Dinkes Kabupaten Subang

Abstrak

Pelayanan kesehatan peduli remaja diselenggarakan di puskesmas, rumah sakit dan tempat-tempat umum lainnya dimana remaja berkumpul. Hingga akhir tahun 2008, sebanyak 1611 dari 8114 puskesmas di seluruh Indonesia (22,39%) melaporkan telah melaksanakan PKPR dengan jumlah tenaga yang dilatih untuk menangani PKPR ini sejumlah 2866 orang. Studi pendahuluan menunjukkan pada tahun 2009, terdata 56 penderita Infeksi Menular Seksual (Gonorrhoe dan Sifilis) yang semuanya berusia remaja, sekitar 80% penderita berada pada usia produktif dan survei awal dari lima remaja seluruhnya memiliki perilaku beresiko terjadinya masalah-masalah kesehatan.

Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) di seluruh puskesmas Kabupaten Subang Tahun 2012.

Metode penelitian yang digunakan adalah deskripsi. Populasi penelitian adalah puskesmas yang ada di Kabupaten Subang pada Tahun 2012 yang berjumlah 40 puskesmas. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner yang terdiri dari aspek pelayanan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), aspek pelayanan klinik medis, aspek pelayanan konseling, dan aspek pelayanan pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS). Data diambil dalam kurun waktu April – Mei 2012.

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 25 puskesmas (63%) kurang baik dalam memberikan pelayanan kesehatan peduli remaja. Berdasarkan aspek pelayanan komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) sebanyak 22 puskesmas (55%) cukup baik dalam memberikan pelayanan, berdasarkan aspek aspek pelayanan klinik medis sebanyak 29 puskesmas (73%) masih kurang baik dalam memberikan pelayanan, berdasarkan aspek konseling sebanyak 27 puskesmas (68%) masih kurangbaik dalam memberikan pelayanan, dan berdasarkan aspek pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS) sebanyak 26 puskesmas (65%) masih kurang baik dalam memberikan pelayanan.

Kesimpulan hasil penelitian Gambaran Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas Kabupaten Subang Tahun 2012 sebanyak 25 puseksmas (63%) belum memberikan pelayanan yang baik. Bagi Dinas Kesehatan diharapkan untuk meningkatkan pembinaan puskesmas dan melakukan monitoring dan evaluasi secara komprehensif.

Kata kunci : Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja, puskesmas

Bahan bacaan : 9 buku, 2003 – 2011

PENDAHULUAN

Paradigma sehat secara makro diartikan pembangunan bagi semua sektor termasuk memperhatikan dampaknya di bidang kesehatan, paling tidak harus memberikan kontribusi positif bagi pengembangan perilaku dan pembangunan kesehatan. Secara mikro paradigma sehat berarti pembangunan kesehatan yang lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif³. Salah satu upaya promotif dan preventif adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan peduli remaja pada institusi-institusi pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit atau tempat-tempat umum lainnya di mana remaja biasa berkumpul.

Masa remaja merupakan periode terjadinya pertumbuhan dan perkembangan pesat baik fisik, psikologis maupun intelektual. Pola karakteristik pesatnya tumbuh kembang ini menyebabkan remaja dimanapun ia menetap, mempunyai sifat khas yang sama yaitu mempunyai rasa keingintahuan yang besar, menyukai petualangan dan tantangan serta cenderung berani menanggung risiko atas perbuatannya tanpa didahului oleh pertimbangan yang matang⁴.

Upaya Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk mengatasi masalah kesehatan pada remaja dilakukan melalui pendekatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di puskesmas sejak tahun 2003. Tujuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan peduli remaja adalah mengoptimalkan pelayanan kesehatan remaja di institusi pelayanan kesehatan⁴. Hingga akhir tahun 2008, sebanyak 1611 dari 8114 puskesmas di seluruh Indonesia (22,39%) melaporkan telah melaksanakan PKPR dengan jumlah tenaga yang dilatih untuk menangani PKPR ini sejumlah 2866 orang⁴.

Propinsi Jawa Barat merupakan salah satu propinsi dengan kejadian PMS tertinggi di Indonesia. Kelompok remaja yang dijangkau oleh 3 *youth centre* di Jawa Barat (Bandung, Tasikmalaya dan Cirebon) dan program-program lainnya selama tahun 2007 – 2008 hanya 0.72 % dari total remaja usia 10-24 tahun di Jawa Barat⁸. Angka ini menggambarkan betapa kecilnya jumlah remaja yang terpapar informasi dan layanan yang terkait dengan kesehatan reproduksi remaja termasuk, KB, IMS, HIV-AIDS dan pelayanan aborsi aman⁸.

Berdasarkan laporan tahunan yang ada di Klinik Resik Kabupaten Subang tahun 2009, terdapat 56 penderita Infeksi Menular Seksual (Gonorrhoe dan Sifilis) yang semuanya berusia remaja. Data HIV positif yang ditemukan berdasarkan tahun penemuan di Kabupaten Subang yaitu dari tahun 1999 – 2008 berjumlah 263 orang dimana sekitar 80% penderita berada pada usia produktif (15 – 39 tahun)⁷.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan Pebruari 2012 terhadap 5 remaja didapatkan hasil 4 remaja merokok tiap hari, semuanya pernah mencoba menggunakan narkoba, 1 remaja pernah melakukan seks bebas, dan seluruhnya belum pernah mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi.

Tingginya perilaku berisiko pada remaja dapat disebabkan oleh berbagai aspek baik pengetahuan maupun pelayanan yang diterima. Melalui pelayanan kesehatan peduli remaja di Puskesmas diharapkan remaja dapat mengenal aspek tumbuh kembang remaja, penyakit menular seksual dan HIV/AIDS serta dampaknya terhadap kesehatan, bahaya narkoba dan miras dan pengaruh sosial media terhadap perilaku seksual. Sehingga masalah kesehatan pada remaja secara tidak langsung dapat ditekan.

Remaja merupakan salah satu sasaran dalam keperawatan komunitas karena masa remaja rentan dengan berbagai masalah kesehatan. Perawat komunitas diharapkan bisa mengidentifikasi berbagai masalah kesehatan remaja, sehingga bisa memberikan

informasi yang benar mengenai masalah kesehatan remaja serta berbagai faktor yang ada disekitarnya dan nantinya remaja memiliki sikap dan tingkah laku yang benar tentang masalah kesehatannya.

METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah deskripsi. Populasi penelitian adalah puskesmas yang ada di Kabupaten Subang pada Tahun 2012 yang berjumlah 40 puskesmas. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner yang terdiri dari aspek pelayanan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), aspek pelayanan klinik medis, aspek pelayanan konseling, dan aspek pelayanan pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS). Pertanyaan dalam kuesioner bersifat *self assesment* untuk seluruh aspek pelayanan. Data diambil dalam kurun waktu April – Mei 2012. Kuesioner diisi oleh pemegang program pelayanan kesehatan peduli remaja di masing-masing puskesmas. Data dikumpulkan dengan cara mengunjungi puskesmas atau memberikan kuesioner pada saat ada rapat di dinas kesehatan setempat.

HASIL

Berdasarkan hasil penelitian jumlah Puskesmas yang ada di Kabupaten Subang sebanyak 40 Puskesmas yang tersebar di 30 kecamatan. Puskesmas berada di bawah tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten Subang. Seluruh lokasi Puskesmas dapat dijangkau oleh masyarakat.

Tabel 1
Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas Kabupaten Subang Tahun 2012

Kriteria	Frekwensi	Prosentase
Baik	10	25
Cukup	5	13
Kurang	25	63
Jumlah	40	100

Sumber: Data primer

Berdasarkan tabel 1 dapat disimpulkan bahwa dari sejumlah 40 Puskesmas di Kabupaten Subang masih ada 25 Puskesmas (63%) yang kurang baik dalam memberikan pelayanan kesehatan peduli remaja.

Tabel 2
Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Berdasarkan Aspek Pelayanan di Puskesmas Kabupaten Subang Tahun 2012

Aspek Pelayanan	Frekwensi	Prosentase
KIE		
Baik	15	38
Cukup	22	55
Kurang	3	8
Klinik medis		
Baik	5	13
Cukup	6	15
Kurang	29	73
Konseling		
Baik	8	20
Cukup	5	13
Kurang	27	68
PKHS		
Baik	14	35
Cukup	0	0
Kurang	26	65

Sumber: Data primer

PEMBAHASAN

Program kesehatan yang dilaksanakan oleh sektor kesehatan seharusnya berkaitan dan memiliki sinergi dengan kegiatan lain terkait yang dikembangkan oleh sektor lain di luar sektor kesehatan. Dalam pembinaan kesehatan remaja, diketahui bahwa apabila kegiatan yang dilakukan oleh masing-masing sektor yang terkait berjalan sendiri-sendiri dan tidak berkoordinasi satu dengan lainnya maka akan menemui berbagai hambatan. Berdasar pengalaman beberapa daerah yang telah menerapkan PKPR dengan baik, keberhasilan ini didukung adanya jejaring kerja sama antar lintas sektor, LSM dan media massa¹.

Hasil penelitian pada tabel 1.1 menunjukkan bahwa Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di seluruh Puskesmas Kabupaten Subang didapatkan dari 40 Puskesmas, 25 Puskesmas (63%) masuk dalam kriteria kurang baik, 5 Puskesmas (13%) masuk kriteria cukup baik, dan 10 Puskesmas (25%) baik dalam memberikan pelayanan kesehatan peduli remaja.

Peneliti menyimpulkan masih banyaknya Puskesmas belum maksimal dalam memberikan pelayanan PKPR ini disebabkan Puskesmas belum membangun kerja sama lintas sektor, terbatasnya sarana dan prasarana, belum menyertakan remaja secara aktif, belum menentukan biaya seminimal mungkin.

Seharusnya strategi pelaksanaan PKPR mempertimbangkan berbagai keterbatasan Puskesmas. Dalam menghadapi hambatan untuk dapat memenuhi elemen karakteristik tersebut diatas, maka perlu digunakan strategi demi keberhasilan dalam pengembangan PKPR di puskesmas, diantaranya : (1) Penggalangan kemitraan dengan membangun kerjasama atau jejaring kerja, (2) Pemenuhan sarana dan prasarana dilaksanakan secara bertahap, (3) Penyertaan remaja secara aktif, (4) Penentuan biaya pelayanan serendah mungkin.

Berdasarkan aspek pelayanan KIE terdapat lebih dari setengahnya yaitu 55% Puskesmas masuk kriteria cukup dalam memberikan pelayanan KIE salah satu sebabnya dikarenakan Puskesmas melakukan pelayanan KIE berupa penyuluhan bersama dengan program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), sedangkan Puskesmas yang masuk kriteria kurang disebabkan jumlah tenaga yang kurang dan letak puskesmas yang jauh dari jangkauan.

Berdasarkan pelayanan klinis medis didapatkan dari 40 Puskesmas menunjukkan proporsi yang tidak seimbang dalam pelayanan klinis medis, pemeriksaan penunjang dan rujukan. Sebanyak 29 Puskesmas (73%) masuk kriteria kurang dalam memberikan pelayanan, 6 Puskesmas (15%) masuk kriteria cukup, 5 Puskesmas (13%) masuk kriteria baik.

Hal ini dikarenakan banyak Puskesmas tidak memiliki ruang khusus buat pelayanan remaja, Puskesmas yang ada ruang khusus remaja hanya ada di kota⁶. Banyak juga Puskesmas belum memiliki laboratorium sederhana dan masih banyak petugas Puskesmas yang belum dilatih PKPR, maka perlu digunakan strategi demi keberhasilan dalam pengembangan PKPR di puskesmas, diantaranya Pemenuhan sarana dan prasarana dilaksanakan secara bertahap.

Berdasarkan pelayanan Konseling didapatkan dari 40 Puskesmas sebanyak 27 Puskesmas (68%) masuk kriteria kurang, 8 Puskesmas (20%) masuk kriteria baik, 5 Puskesmas (13%) masuk kriteria cukup.

Hal ini disebabkan banyak Puskesmas belum ada petugas yang di latih khusus pelayanan remaja, banyak juga Puskesmas yang terkendala dalam pembiayaan untuk penyelenggaraan pelayanan konseling keluar gedung. Untuk mengatasi kendala tersebut, maka perlu digunakan strategi demi keberhasilan dalam pengembangan PKPR di puskesmas, diantaranya penentuan biaya pelayanan serendah mungkin.

Berdasarkan pelayanan PKHS menunjukkan dari 40 Puskesmas 14 Puskesmas (35%) dalam memberikan pelayanan PKHS masuk kriteria baik, hal ini dikarenakan puskesmas memiliki dana yang terbatas untuk melakukan pembinaan terhadap remaja. Biaya yang dimiliki oleh puskesmas bersumber dari APBD yang dilaurkan melalui Dinas Kesehatan sesuai anggaran yang diajukan. Sehingga seharusnya pada awal tahun setiap Puskesmas dapat menyusun anggaran dan menggunakan dana memaksimalkan mungkin. ⁸melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (manusia maupun bukan manusia) seharusnya dapat dipadukan dan diatur seefisien mungkin untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Salah satu hal yang dapat dilakukan adalah melalui pengoptimalan fungsi kader kesehatan dan kelompok sebaya.

SIMPULAN

Hasil penelitian menyimpulkan bahwa tidak sedikit puskesmas yang belum memberikan pelayanan kesehatan peduli remaja secara baik. Tentunya hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor baik secara internal maupun eksternal sehingga diharapkan kepada Dinas Kesehatan untuk melakukan monitoring dan evaluasi

REFERENSI

1. Depkes, RI. Direktorat Kesga. 2003. *Materi Pelatihan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
2. . (2007) *Modul Pelatihan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
3. _____ . (2008). *Pedoman Perencanaan Pembentukan dan Pengembangan Puskesmas Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI..
4. Dinkes Subang, 2011. *Instrumen Penilaian Kinerja Puskesmas*.
5. , 2011. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Subang*.
6. Klinik Resik. 2009. *Laporan Tahunan Penderita HIV/AIDS di Kabupaten Subang*
7. Mukaromah, Y. 2009. *Program Manager MCR Bandung-PKBI Jabar*. Bandung
8. Marquis & Huston. 2010. *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta : EGC.

**EFEKTIFITAS KOMUNIKASI TERAPEUTIK
TERHADAP PERILAKU PASIEN TUBERKULOSIS
DALAM MENJALANI PENGOBATAN DI PUSKESMAS PEJATEN BARAT
JAKARTA SELATAN TAHUN 2013**

Reni Chairani

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jakarta I, reni_chairani@yahoo.com

ABSTRACT

Tuberculosis problem is a shared responsibility between the Government and the community to get it done, the nurse is no exception has a very big role in tuberculosis prevention and eradication efforts with the community as a partner. Healthy behavior change is affected by the driving factor (reinforcing factors) one of these is the attitude of health workers in providing services including use of therapeutic communication in any implementation. Research Design is quasy experiment carried out on longitudinal. Healthy behavior change is affected by the driving factor (reinforcing factors) one of these is the attitude of health workers in providing services including use of therapeutic communication in any implementation. Research design with before and after intervention in one group (one group before and after intervention design). Patient inclusion criteria were taken as samples are: aged 18 to 70 years old; patients come with a diagnosis of tuberculosis in Community Health Centre West Pejaten, South Jakarta, with the number of respondents 38 patients. Intervention research is carrying out therapeutic communication in nursing services on tuberculosis patients. Research conducted over the past 12 weeks achieved the result that the implementation of therapeutic communication by nurses, significantly ($p < 0.05$) can affect an increase in knowledge, attitudes, and patient compliance in the treatment of Tuberculosis.

Keywords: Therapeutic communication, behavior, treatment of Tuberculosis

PENDAHULUAN

Pembangunan nasional bertujuan menumbuhkan sikap dan tekad kemandirian masyarakat Indonesia agar dapat hidup sejahtera lahir batin dan berkualitas. Salah satu upaya yang telah dilakukan pemerintah untuk mencapai tujuan tersebut adalah dengan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal melalui upaya kesehatan yang menyeluruh dan terpadu terhadap berbagai masalah nasional. Salah satu masalah kesehatan yang masih banyak terjadi adalah Tuberkulosis. Penyakit Tuberkulosis merupakan penyebab kematian kedua setelah penyakit jantung, menempati urutan pertama dari golongan penyakit infeksi, dan 75% dari penderita Tuberkulosis adalah kelompok usia produktif (Ditjen PPM-PLP Depkes RI, Jakarta, 1999). Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 diperoleh data bahwa prevalensi nasional tuberkulosis paru adalah 0,09%, dan DKI Jakarta adalah salah satu propinsi yang mempunyai prevalensi diatas prevalensi nasional yaitu 1,26%. Prevalensi tuberkulosis 20% lebih tinggi pada laki-laki dan empat kali lebih tinggi terjadi pada pendidikan rendah (Risikesdas Kemenkes, 2010).

Permasalahan Tuberkulosis adalah tanggung jawab bersama antara pemerintah dengan masyarakat untuk menyelesaikannya, tidak terkecuali perawat baik yang berada di lingkungan rumah sakit maupun komunitas mempunyai peranan yang sangat besar dalam upaya pencegahan dan pemberantasan Tuberkulosis. Pada dasarnya peran yang

dijalankan oleh perawat komunitas adalah sebagai koordinator, pemberi pelayanan keperawatan (*provider*), pendidik, pengelola, konselor, advokat, dan sekaligus sebagai peneliti (Allender & Spradley, 2001).

Perawat komunitas mempunyai peran memfasilitasi masyarakat berperilaku sehat. Green dan Kreuteur (1991) mengemukakan bahwa perilaku seseorang terhadap kesehatan dilatarbelakangi oleh tiga hal yaitu : faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang mencakup pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, dan tradisi atau kepercayaan penderita Tuberkulosis terhadap penyakit dan pengobatannya; faktor yang mendukung (*enabling factors*) yang mencakup ketersediaan fasilitas kesehatan termasuk tersedianya obat anti Tuberkulosis (OAT), sedangkan yang termasuk faktor pendorong (*reinforcing factors*) adalah adanya sikap atau dukungan keluarga penderita Tuberkulosis dan sikap petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan termasuk didalamnya menggunakan komunikasi terapeutik dalam setiap implemetasinya.

Komunikasi menjadi penting dalam praktik keperawatan keluarga dan menjadi tolok ukur keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga. Peran perawat dalam berkomunikasi terapeutik sangat membantu masyarakat khususnya penderita Tuberkulosis untuk mendapatkan informasi yang lengkap dan jelas mengenai penyakit dan pengobatan Tuberkulosis. Melalui pelaksanaan komunikasi terapeutik diharapkan adanya peningkatan pengetahuan kesehatan masyarakat yang akan berpengaruh kepada sikap dan perilaku masyarakat pada kesehatan, sehingga masyarakat lebih mandiri. Uraian di atas menjadi dasar bagi peneliti untuk melakukan penelitian tentang efektifitas pemberian komunikasi terapeutik terhadap perilaku pasien tuberkulosis di Puskesmas Pejaten Barat Jakarta Selatan

METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah eksperimen semu yang dilaksanakan secara longitudinal. Desain penelitian dengan sebelum dan sesudah intervensi pada satu kelompok (*one group before and after intervention design*). Populasi adalah semua pasien tuberkulosis yang datang ke Puskesmas Pejaten Barat Jakarta Selatan. Kriteria inklusi pasien yang diambil sebagai sampel adalah : berusia 18 s.d. 70 tahun; pasien datang dengan diagnosis medis tuberkulosis. Peneliti memperhitungkan besar sampel untuk uji hipotesis proporsi populasi pasien tuberkulosis dengan mengacu pada hasil penelitian Widagdo (2003), maka diketahui P_0 sebesar 0,20 dan proporsi sekarang diharapkan sebesar 0,30 (perbedaan yang diharapkan sebesar 0,10), tingkat kemaknaan (α) dua arah sebesar 0,05, dan *power* sebesar 50%. Maka besar sampel dapat dihitung sebagai Jadi besar sampel adalah 38 responden. Selanjutnya pengambilan sampel dilakukan secara *non-probability sampling*. Variabel bebas (*independen*) dalam penelitian ini adalah komunikasi terapeutik, sedangkan variabel terikat (*dependen*) yaitu perubahan pengetahuan penderita Tuberkulosis, sikap, dan kepatuhan penderita Tuberkulosis dalam menjalankan pengobatannya dalam upaya pengendalian kegagalan pengobatan. Variabel penelitian diukur pada saat sebelum dan sesudah intervensi. “Pengukuran sebelum” dilakukan pada pertemuan pertama pasien dengan perawat dan “pengukuran sesudah” dilakukan pada pertemuan ketiga pasien dengan perawat. Variabel penelitian diukur pada saat sebelum dan sesudah intervensi. “Pengukuran sebelum” dilakukan pada pertemuan pertama pasien dengan perawat dan “pengukuran sesudah” dilakukan pada pertemuan ketiga pasien dengan perawat.

Implementasi penelitian dapat dilakukan perawat saat berkomunikasi dengan pasien saat perawat memberikan penjelasan tentang perawatan dan pengobatan Tuberkulosis, serta menjelaskan penanganan hambatan yang dirasakan pasien dan keluarga. Untuk menganalisis perubahan perilaku sebelum dan sesudah pemberian intervensi perawat, maka data diuji dengan uji statistik nonparametrik Mc Nemar. Prosedur uji Mc Nemar menggunakan format tabel kontingensi 2 x 2 dan $\alpha = 0,05$, sedangkan data yang tidak bisa dianalisis dengan uji Mc Nemar, dilanjutkan dengan uji Fisher Exact. Peneliti dibantu oleh dua orang perawat komunitas dan sepuluh orang mahasiswa semester akhir Jurusan Keperawatan Poltekkes Jakarta I yang ditunjuk sebagai petugas pengambil data dan petugas yang memberikan komunikasi terapeutik. Sebelumnya perawat diberikan penyegaran mengenai teknik komunikasi terapeutik. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April-Juni 2013.

HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden

Tabel 1. 1 Distribusi responden berdasarkan usia

Usia	Jumlah (%)
1. 20-56 tahun	28 (73,7%)
2. 57-70 tahun	10 (26,3%)
Jumlah (n)	38 (100%)

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa yang menjadi responden terbanyak berada di kelompok usia produktif (73,7%).

Tabel 1.2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah (%)
1. Pria	25(65,8%)
2. Wanita	13(34,2%)
Jumlah (n)	38 (100%)

Tabel 1.2 menggambarkan responden didominasi oleh pria (65,8%)

2. Pengetahuan, Sikap, dan Kepatuhan Pasien tentang pengobatan Tuberkulosis

Tabel 2.1. Pengetahuan pasien tentang penyakit yang diderita sebelum dan sesudah pemberian intervensi komunikasi terapeutik

Sebelum	Sesudah (%)		pValue
	Kurang	Baik	
1. Kurang	0,0	50,0	0,004
2. Baik	20,6	29,4	

Pada Tabel 2.1 terlihat bahwa pengetahuan responden mengenai penyakit Tuberkulosis meningkat cukup berarti setelah pemberian intervensi komunikasi terapeutik. Secara statistik terdapat pengaruh yang bermakna setelah pemberian komunikasi terapeutik terhadap pengetahuan tentang penyakit yang diderita pada pasien Tuberkulosis.

Tabel 2.2. Sikap pasien terhadap penyakit yang diderita dan program pengobatan sebelum dan sesudah pemberian intervensi komunikasi terapeutik

Sebelum	Sesudah (%)		pValue
	Kurang	Baik	
1. Kurang	0,00	41,18	0,005
2. Baik	11,76	47,06	

Pada Tabel 2.2 terlihat bahwa sikap responden terhadap penyakit yang dideritanya meningkat cukup berarti setelah pemberian intervensi komunikasi terapeutik. Secara statistik terdapat pengaruh yang bermakna setelah pemberian komunikasi terapeutik terhadap sikap pasien terhadap penyakit yang diderita dan program pengobatan.

Tabel 2.3. Kepatuhan pasien dalam pengobatan sebelum dan sesudah pemberian intervensi komunikasi terapeutik

Sebelum	Sesudah(%)		pValue
	Kurang	Baik	
1. Kurang	0,0	13,2	0,003
2. Baik	0,0	86,8	

Pada Tabel 2.3 terlihat bahwa kepatuhan responden dalam pengobatan meningkat cukup berarti setelah pemberian intervensi komunikasi terapeutik. Secara statistik terdapat pengaruh yang bermakna setelah pemberian komunikasi terapeutik terhadap kepatuhan dalam pengobatan pada pasien Tuberkulosis

PEMBAHASAN

1. *Pengetahuan Pasien tentang Penyakit Tuberkulosis*

Domain pengetahuan (kognitif) adalah salah satu domain yang sangat penting didalam perubahan perilaku seseorang terhadap kesehatannya, diharapkan melalui kemampuan kognitif terjadi proses adopsi perilaku (Rogers, 1974, dalam Notoatmodjo, 2003). Responden diberikan penjelasan tentang tuberkulosis sebagai upaya pendidikan kesehatan pada pasien dengan memberikan leaflet sebagai alat bantunya. Upaya tersebut telah berpengaruh secara signifikan terhadap meningkatnya pengetahuan tentang penyakit yang diderita ($p = 0,004$).

Pemberian informasi oleh perawat komunitas tentang bagaimana cara pencegahan kegagalan pengobatan tuberkulosis dan penularannya sangat penting dalam

membantu klien tuberkulosis dan keluarga memiliki perilaku sehat (Sarason, 1983; McCuen, 1993, & Pender, et.al, 2002). Pendapat ini didukung oleh *theory of reasoned action* yang dikemukakan oleh Ajzen dan Fishbein (1980) yang menekankan bahwa proses kognitif sebagai dasar bagi manusia untuk memutuskan perilaku apa yang akan diambilnya, yang secara sistematis memanfaatkan informasi yang tersedia disekitarnya (Wismanto, *Pengaruh sikap terhadap perilaku : Kajian meta analisis korelasi*, <http://www.unika.ac.id/fakultas/psikologi/artikel/bm-1.pdf>, yang diperoleh tanggal 22 Mei 2012).

Hal ini diperkuat oleh teori Green (1980, dalam Green & Kreuteur, 1991) yang menyatakan bahwa perilaku sehat seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposisi, pemungkin dan penguat. Terkait penelitian ini yang menjadi faktor predisposisinya adalah pengetahuan klien tuberkulosis tentang perawatan dan pengobatan tuberkulosis. Pengetahuan sebagai faktor predisposisi merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku seseorang, karena pengetahuan merupakan hasil dari proses mencari tahu, setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penerapan komunikasi terapeutik dalam pelayanan perawatan mempunyai peran yang besar terhadap peningkatan pengetahuan pasien terhadap penyakit. Interaksi perawat dengan pasien memfasilitasi proses transfer pengetahuan maupun informasi tambahan yang belum dimengerti oleh pasien. Diskusi yang dilakukan berorientasi pada pemahaman pasien terhadap proses penyakitnya, dengan adanya pemahaman pasien diharapkan pasien akan kolaboratif dan patuh dalam menjalankan program pengobatan.

2. Sikap Pasien terhadap Penyakit dan Program Pengobatan Tuberkulosis

Domain lain dari perilaku adalah domain sikap (*attitude*) yang merupakan reaksi seseorang dan menunjukkan kesiapan untuk bereaksi terhadap stimulus tertentu. Adanya sikap yang baik biasanya dipengaruhi oleh adanya pengetahuan yang baik, meskipun tidak dapat dipungkiri seseorang yang mempunyai pengetahuan yang baik belum tentu mempunyai sikap yang baik pula (Notoatmodjo, 2003). Hasil penelitian secara bermakna meningkatkan sikap pasien dalam pengobatannya dengan $p < 0,0005$. Dari uraian hasil-hasil penelitian diatas dapat dijelaskan bahwa sikap menurut Bruno (1987, dalam Syah, 2003) adalah pandangan atau kecenderungan mental dan merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Domain sikap ini sering disebut pula sebagai domain perasaan yang diungkapkan sebagai emosi, minat, nilai-nilai, dan apresiasi yang menjadi bagian sistem nilai seseorang dan sangat berhubungan dengan terbentuknya perilaku (Redman, 1993; & Arends, 1994, dalam Bastable, 2002). Hubungan antara sikap dengan perilaku diperkuat oleh teori Green (1980, dalam Green, & Kreuteur, 1991) yang menyatakan bahwa perilaku manusia terhadap kesehatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi dan sikap merupakan salah satu bagian dari faktor tersebut.

Adanya peningkatan sikap pada pasien yang dilakukan komunikasi terapeutik disebabkan karena komunikasi terapeutik yang merupakan pencerminan sikap caring perawat terhadap pelayanan keperawatan. Keberhasilan komunikasi terapeutik dapat dipengaruhi oleh sikap pasien terhadap dirinya sendiri maupun pada petugas kesehatan. Pada bagian lain, proses penerimaan masing-masing individu dalam membangun

kepercayaan dengan perawat akan sangat bervariasi. Oleh karenanya komunikasi terapeutik merupakan pengalaman belajar dan juga pengalaman koreksi terhadap emosi pasien. Komunikasi terapeutik pada prinsipnya memberikan pelayanan tidak hanya berfokus pada klien, tetapi juga pada keluarga. Keluarga diharapkan dapat berperan memberikan dukungan emosional, penghargaan, dan integrasi sosial, serta bimbingan kepada anggota keluarganya, sehingga muncul perasaan dihargai, tidak diisolasi, dibutuhkan, adanya kepuasan, kesadaran dan minat untuk berperilaku yang sesuai dengan harapan keluarga (Pender, 1996; Struat & Laraia, 1998; & Bomar, 2004).

Adanya peningkatan sikap yang bermakna kemungkinan juga disebabkan karena adanya karakteristik klien tuberkulosis dengan proses tumbuh kembang yang terjadi, adanya kesediaan petugas kesehatan untuk berdiskusi sepanjang klien mengambil obat di Puskesmas, serta kemungkinan adanya pengaruh lingkungan keluarga atau sosial yang mendukung program pengobatan klien dan sulit dikontrol dalam penelitian ini.

3. Kepatuhan Pasien dalam Pengobatan Tuberkulosis

Domain terakhir yang membentuk perilaku seseorang adalah domain ketrampilan / tindakan (*psychomotor*). Ketrampilan/tindakan dalam penelitian ini ditunjukkan dari kepatuhan pasien dalam pengobatan tuberkulosis. Menurut Reber (1988, dalam Syah, 2003) menyatakan bahwa tindakan atau ketrampilan merupakan kemampuan melakukan pola-pola tingkah laku yang sesuai dengan keadaan untuk mencapai hasil tertentu. Ketrampilan bukan hanya meliputi gerakan motorik saja, melainkan pengejawantahan fungsi mental yang bersifat kognitif. Lebih lanjut Syah menyatakan bahwa domain ketrampilan atau tindakan merupakan hasil dari pengembangan domain kognitif dan sikap, artinya kemampuan seseorang dalam bertindak sangat dipengaruhi oleh kemampuan kognitif dan sikapnya.

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dari analisis data dapat membuktikan ada perbedaan ketrampilan atau kepatuhan pasien tuberkulosis yang sangat bermakna ($p=0.003$). Sebelum dan setelah dilakukan komunikasi terapeutik, perbedaan tersebut sangat bermakna terhadap perubahan perilaku klien tuberkulosis. Kepatuhan pasien berkenaan dengan kemauan dan kemampuan dari individu untuk mengikuti cara sehat yang berkaitan dengan aturan diet, pengobatan yang ditetapkan, mengikuti jadwal pemeriksaan dan rekomendasi hasil. Komunikasi dengan kepatuhan sangat berhubungan, karena kepatuhan tergantung pada dua faktor disengaja atau tidak. Kepatuhan terbentuk karena didasari informasi yang benar. Terbangunnya kepercayaan pasien terhadap perawat, akan semakin meningkatkan potensi kepatuhan pasien dalam pengobatan tuberkulosis.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian diatas, komunikasi terapeutik yang dilaksanakan oleh perawat komunitas secara bermakna dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan kepatuhan pasien dalam pengobatan tuberkulosis. Komunikasi terapeutik yang dilakukan merupakan inti dari proses asuhan keperawatan yang bertujuan meningkatkan kemandirian pasien dalam mencapai hidup sehat.

RUJUKAN

- Azwar, S. (1988). *Metode Penelitian*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Clark, M, J.((1999). *Nursing in the community*.(third edition), USA : Appleton & Lange.
- Departemen Kesehatan RI. (2000). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta : tidak Dipublikasikan.
- Ervin, N.E.(2002). *Advanced community health nursing practice: population focused care*. New Jersey : Pearson Education, Inc
- Fizpatrick,J.J., & Wall,A.L. (1989). *Conceptual Models of Nursing, Analysis and Application* .2 .ed., California :Appleton & Lange.
- Friedman, M.M.(1998). *Family Nursing*. (4 edition), Connecticut : Appleton Lange.
- Glanz. K; Lewis Frances. M; Rimer Barbara K.(1997). *Health Behavior and Health Education*, San Fransisco : Jossey Bass Publisher.
- Gulo.W.(2004). *Metodologi Penelitian*,Jakarta : PT.Grasindo.
- George,J.B. (1995). *Nursing theorist: The base for professional nursing practice*.(4 edition), East Norwalk :Appleton & Lange.
- Kozier,B., & Erb, G.(2004). *Fundamentals of nursing : Process and Practice*,California : Guming Pub.Inc.
- Notoatmojo. S. (1989). *Konsep Perubahan Perilaku Kesehatan, Pengantar Pendidikan Kesehatan Dalam Ilmu Perilaku*, Yogyakarta : Andi offset.
- Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu. (2012). *Laporan Tahunan Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu tahun 2012*, Jakarta : tidak dipublikasikan.
- Soeparman & Wapadji.S.(1994). *Ilmu penyakit dalam*. Jilid ke-2, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2001). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 7th.ed. St. Louis : Mosby Inc.
- Sudiharto. (2002). Pendidikan kesehatan pada klien TBC paru ditinjau dari keperawatan transkultural. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, vol.6, no. 1, hal 21-27.
- Stone S.C.; McGuire S.L; Eigsti D.G. (2002). *Comprehensive community health nursing*. Toronto: Mosby
- Tomey, A.M. (1994). *Nursing Theorist and Their Work*.(3.ed.), St. Louis : Mosby Dedicated to Publishing Excellence.
-

PENGEMBANGAN USAHA KESEHATAN SEKOLAH DAN IDENTIFIKASI PERAN FAKTOR DETERMINAN SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN KESEJAHTERAAN SISWA DI SEKOLAH*(The development of health school services and identify the role of determinant factors to enhance student well-being in school)*

Yoyok Bakti Prasetyo*)

*) Departemen keperawatan komunitas Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang
Korespondensi penulis: yoyok@umm.ac.id

ABSTRACT

Background: *The aims of this study are identify basic knowledge of the development of school health services and the role of determinant factor of junior high school student wellbeing in order increase their health and to define the concept of determinant factor of student wellbeing. Those determinants are: school conditions, social relationships, and self-fulfilment. Methode:* *this study has been done for 1 years, in which collecting data done with observation, interview, and surveys with questionnaire to 247 student of junior high school. Data analysis were descriptive qualitative and analytic. Result:* *The main reason to create condusive school health condition were: healthy environment, low awareness, and good human resources. Barrier to create school health were: lack of funding, low of healthy lifestyle, and poor environment. Moreover there are strong association between school condition and health status student. Conclusion:* *The concepts of developing healthy school is development of health policy in school. Healthy public policy in school include emergency and disaster, personal consultation, first aid, prevent crime and bullying, free smoke, eat healthy, infection deseases, health promotion for staff, drug storage in school, prevent child abuse and give opportunity for all student to get school health services.*

Key words: determinant factor: school condition, social relationship, self-fulfilment, school development

PENDAHULUAN

Kesehatan sekolah sebagian besar masih merupakan hal yang terpisah dengan aspek kehidupan sekolah. Aspek akademik sekolah merupakan area terbesar yang menjadi perhatian sekolah. Perhatian komunitas sekolah maupun masyarakat terhadap upaya kesehatan sekolah masih rendah. Menurut laporan dari Kompas (2007) di Propinsi Jawa Barat dari 4000 sekolah tingkat TK baru 58% dan SD baru 78% yang memiliki ruang UKS, sedangkan untuk SMP dan SMA masih banyak yang belum memiliki ruang UKS. Menurut Sari (2008) permasalahan UKS belum maksimal dikarenakan faktor guru yang tidak memiliki komitmen yang sama terhadap UKS, faktor sarana dan prasarana yang terbatas dan kader kesehatan sekolah yang belum terlatih serta dukungan pemerintah daerah yang belum maksimal. Masalah kesehatan yang terjadi di sekolah antara lain: potensial timbulnya masalah kesehatan baru pada siswa berhubungan dengan kurangnya kesadaran siswa terhadap kebersihan lingkungan sekolah, kurangnya pengetahuan siswa tentang perilaku hidup bersih dan sehat berhubungan dengan inadkuat informasi kesehatan, kurangnya bimbingan kesehatan, kurangnya kunjungan petugas kesehatan, kurangnya

pemeliharaan lingkungan sekolah berhubungan dengan kurangnya kesadaran siswa terhadap kebersihan lingkungan sekolah, kurangnya pemanfaatan fasilitas kebersihan, tingginya prevalensi sakit perut, tingginya konsumsi makanan yang berbahaya dan tidak aman, tingginya prevalensi tonsillitis, gigi caries (laporan PKMS, 2009).

Menurut Konu dan Rimpela (2002) kondisi sekolah yang sehat dan sejahtera ditentukan oleh kondisi sekolah, hubungan sosial, pencapaian diri, dan status kesehatan. Kondisi sekolah (*school conditions/having*) meliputi lingkungan fisik disekitar sekolah dan lingkungan fisik di dalam sekolah. Hubungan sosial (*social relationships/loving*) meliputi lingkungan sosial dalam belajar, hubungan antara guru dan siswa, hubungan antar teman sekolah, hubungan sekolah dengan rumah (orang-tua siswa), kebijakan di sekolah, dan atmosfer organisasi sekolah. Pencapaian diri di sekolah (*self-fulfiment in school/being*) adalah rasa kebersamaan sebagai anggota masyarakat sekolah yang memiliki peranan dan berpartisipasi aktif dalam kehidupan di sekolah. Status kesehatan (*health status*) adalah adanya penyakit atau kondisi sakit di masyarakat sekolah.

Program pengembangan kesehatan sekolah menjadikan faktor yang penting dilakukan di sekolah. Program pengembangan kesehatan sekolah menurut Notoadmojo (2005) meliputi penerapan kebijakan kesehatan, penyediaan sarana dan prasarana pencegahan dan pengobatan sederhana di sekolah, penyediaan lingkungan sekolah yang sehat, program penyuluhan kesehatan dan partisipasi orang tua murid dan masyarakat terhadap upaya pengembangan kesehatan sekolah. Kebijakan yang dikembangkan pemerintah dalam hal ini adalah Upaya Kesehatan Sekolah (UKS). Menurut Departemen Kesehatan RI (1995) disebutkan bahwa ruang lingkup Usaha Kesehatan Sekolah tercermin dalam Tri Program UKS (TRIAS UKS) meliputi: pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan kehidupan lingkungan sehat. Program pendidikan kesehatan dilaksanakan melalui: a) Kegiatan intrakurikuler, yakni kegiatan pada jam pelajaran sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada sekolah dasar sampai sekolah menengah, b) Kegiatan ekstrakurikuler, yakni kegiatan diluar jam belajar di sekolah maupun di luar sekolah. Tujuan kegiatan ini adalah memperluas pengetahuan dan keterampilan peserta didik dan untuk melengkapi upaya pembinaan manusia Indonesia seutuhnya. Kegiatan ini antara lain kerja bakti, lomba bidang kesehatan, kegiatan kader kesehatan sekolah, piket sekolah, palang merah remaja, PKS, Pramuka saka Bhakti Husada dan lain sebagainya. Menurut Nasrul Effendy (1998) mengatakan bahwa sasaran Usaha Kesehatan Sekolah meliputi seluruh peserta didik dari tingkat pendidikan sekolah taman kanak-kanak, pendidikan dasar, pendidikan menengah, pendidikan agama, kejuruan dan pendidikan khusus (SLB).

Perawat sekolah memiliki peran yang vital dalam program kesehatan sekolah, memberikan pelayanan akut, kronis, dan emergensi. Perawat sekolah juga memberikan pendidikan kesehatan, konseling dan advokasi pada siswa yang mengalami keterbatasan atau ketidakmampuan. Perawat sekolah juga memiliki posisi strategis untuk mengadakan kordinasi dan kolaborasi untuk menciptakan system pelayanan kesehatan di sekolah dengan tim kesehatan lain seperti dokter, organisasi masyarakat, jaminan asuransi kesehatan anak untuk membantu keluarga dan siswa dalam mempertahankan kesehatannya (committee on school health, 2001). Perawat komunitas di sekolah melakukan aktivitas promosi kesehatan seperti penemuan kasus, integrasi konsep gaya hidup sehat pada kurikulum, mempertahankan keselamatan and kesehatan lingkungan fisik sekolah (Igoe, 1980, dalam Hitchcock, Schubert, Thomas: 1999). The National Association of School Nurses (NASN) dalam Hitchcock, Schubert, Thomas (1999) menyatakan ada tiga

peran perawat komunitas di sekolah yaitu: peran klinik (*generalist clinical role*), peran perawatan primer (*primary care role*), peran manajemen (*management role*). *Generalist clinical role*. Perawat komunitas dalam peran klinik akan melakukan memberi pelayanan, konseling, pendidikan kesehatan kepada siswa dan keluarga. *Primary care role* perawat komunitas melaksanakan tehnik tindakan keperawatan sesuai prosedur. *Management role* perawat komunitas melakukan aktivitas antaral lain: a) mengembangkan, koordinasi, dan evaluasi program kesehatan sekolah, b) mengembangkan dan implementasi kebijakan dan prosedur kesehatan sekolah, c) manajemen kasus pada siswa dan keluarga dengan kebutuhan kesehatan yang khusus, d) supervisi dan evaluasi pada tenaga kesehatan lain dan mendukung personal.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengetahuan dasar tentang pengembangan usaha kesehatan sekolah (UKS), mengetahui konsep pengembangan komponen faktor determinan kesejahteraan sekolah dan untuk menganalisa peran dari faktor determinan kesejahteraan siswa.

METODE

Penelitian dilakukan lebih kurang dilakukan dalam waktu 20 bulan yang dibagi dalam 2 tahap. Penelitian pada tahap pertama yaitu menggali upaya pengembangan usaha sekolah yang dilakukan di salah satu Sekolah Menengah Pertama (SMP) di Kota Malang. Pada penelitian tahap pertama ini desain penelitian adalah deskriptif kualitatif. Sedangkan penelitian pada tahap kedua dilakukan dengan pendekatan deskriptif analitik. Analisa data yang digunakan adalah analisis korelasi, dan regresi logistik. Metode untuk mengukur dan mengidentifikasi data variabel-variabel penelitian meliputi: a) Survey dengan kuesioner kepada 247 siswa, b) Observasi, yaitu pengamatan langsung terhadap pelaksanaan pengembangan usaha kesehatan sekolah, c) wawancara mendalam yaitu wawancara mendalam kepada subyek penelitian yang menjadi kunci. Adapun subyek penelitian dalam wawancara mendalam ini tokoh-tokoh yang mempunyai otoritas dalam pengembangan usaha kesehatan sekolah. Rata-rata untuk setiap partisipan adalah 10-20 menit. Proses wawancara direkam menggunakan tape recorder dan catatan lapangan. Pembuatan transkrip wawancara dilakukan dengan memutar kembali kaset hasil rekaman dan diketik kata demi kata menggunakan program Microsoft word.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah

Pengembangan sekolah sehat yang dilakukan didasarkan atas 3 (tiga) hal yaitu terkait dengan alasan menciptakan lingkungan sehat, persepsi masyarakat sekolah akan pentingnya manfaat sekolah sehat, dan hambatan dalam menciptakan sekolah sehat. Berikut ini adalah hasil analisa kualitatif terkait dengan pengembangan usaha kesehatan sekolah.

Tema: Alasan menciptakan sekolah sehat

Deskripsi alasan menciptakan sekolah sehat mencerminkan alasan yang menyebabkan partisipan menginginkan sebuah kondisi dimana sekolah menjadi sehat. Alasan menciptakan sekolah sehat meliputi alasan utama dan penunjang. Alasan utama merupakan alasan yang paling dominan dalam menentukan keinginan partisipan untuk menciptakan

kondisi sekolah yang sehat meliputi: lingkungan sekolah yang sehat, kesadaran yang rendah, membentuk sumber daya manusia yang sehat. Ilustrasi tentang alasan-alasan tersebut tercermin pada pernyataan berikut ini:

“...karena di sekolah banyak polusi udara dari pabrik karet di sekitar sekolah.... tempat berdirinya sekolah ini adalah bekas tempat pembuangan akhirsering ada penggalian sehingga sampah berserakan....”(P.1).

“...kesadaran akan kebersihan orang-orang di lingkungan sini cukup rendah... .”(P.1).

“...agar teman-temannya terhindar dari penyakit baik gawat maupun tidak gawat contohnya seperti HIV atau yang lainnya ...”(P.2).

“.... Untuk meraih atau menciptakan kader bangsa yang berkualitas.... sekarang ini banyak anak-anak yang masih kecil mengidap penyakit DM, ginjal, jantung....”(P.4).

Alasan penunjang merupakan alasan yang mendukung menciptakan sekolah sehat ditinjau dari segi manfaat. Berikut ini ungkapan partisipan terkait tema tersebut:

“...bisa berpengaruh positif pada sekolah seperti lingkungan bisa menjadi sehat....”(P.3).

“...sekolah sehat merupakan sekolah yang bisa bermanfaat bagi seluruh siswa dan semua komponen masyarakat sekolah....”(P.5).

Tema: Persepsi masyarakat sekolah terkait manfaat sekolah sehat.

Persepsi masyarakat sekolah terkait manfaat sekolah sehat memberikan gambaran tentang manfaat sekolah sehat meliputi; terhindar dari penyakit, promosi kesehatan tentang hidup sehat. Masyarakat sekolah juga menyatakan manfaat sekolah juga berdampak pada konsentrasi siswa dalam mengikuti pelajaran. Berikut ini contoh pernyataan partisipan terkait kategori tema ini:

“...untungnya banyak misalnya kita terhindar dari penyakit, hidup jadi sehat, dan hemat uang juga karena jarang berobat, jarang keluar uang....”(P.1).

“...terhindar dari penyakit, polusi...apalagi anak-anak itu sering pingsan gara-gara makanan yang kurang sehat....”(P.2).

“...selalu ceria dan murid-muridnya jadi bisa bersosialisasi dengan teman-temannya dan juga bisa berkonsentrasi dalam pelajaran....”(P.2).

“...menciptakan generasi penerus bangsa yang positif....”(P.3).

“...bisa mempromosikan, mensosialisasikan pada anak-anak untuk hidup sehat, contohnya sederhana mau makan harus cuci tangan, menyapu di kelas... .”(P.4).

Tema: Hambatan dalam menciptakan sekolah sehat

Hambatan dalam menciptakan sekolah sehat memberikan gambaran faktor-faktor determinan yang menghambat untuk diciptakannya sekolah sehat. Faktor determinan itu meliputi: kurangnya dana, rendahnya perilaku sehat, lingkungan yang tidak mendukung. Berikut ini pernyataan dari partisipan:

“...kesadaran siswa dan guru kurang....dananya kurang....”(P.1).

“...disinikan tempat pembuangan akhir atau tempat sampah dan didekat sini kayaknya adanya pabrik-pabrik yang berkembang....”(P.2).

“...biaya yang terbatas....kedisiplinan dari warga sekolah dan lingkungan

yang tidak memadai atau kurang bersih...”(P.3).

“...yang pertama dari siswanya itu sendiri...hidup sehat seolah-olah sulit contoh ayo kita hidup bersih tapi mereka enggan hidup sehat...atau diberitahu bahwa makan cilok itu tidak sehat malah dilanggar....”(P.4).

“...yang kedua lingkungan yang tidak kondusif...yang ketiga guru kurang proaktif yang tidak mau memberikan informasi sehat kepada muridnya.... guru kadang tidak mau menegor kalau anak muridnya jajan sembarangan... .”(P.4).

B. Konsep Pengembangan Komponen Faktor Determinan Kesejahteraan Sekolah Untuk Meningkatkan Kesehatan Siswa

Konsep pengembangan komponen faktor determinan kesejahteraan sekolah untuk meningkatkan kesehatan siswa digambarkan dengan respon masyarakat sekolah terhadap makna atau arti sekolah sehat dan kebutuhan yang harus dipenuhi dalam menciptakan sekolah sehat.

Tema: Respon masyarakat sekolah terhadap makna atau arti sekolah sehat

Respon masyarakat sekolah terhadap makna atau arti sekolah sehat mendiskripsikan kekuatan internal masyarakat sekolah yang meliputi siswa, guru di sekolah untuk menciptakan sekolah sehat, upaya yang telah dilakukan, dan pemaknaan dari guru dan siswa terhadap arti sekolah sehat. Berikut ini adalah beberapa pernyataan terkait dengan kekuatan internal masyarakat sekolah:

“...saya mau berpartisipasi bila ada program UKS karena saya sudah kelas 3 sebentar lagi mau lulus masa tidak ada amal sholehnya....”(P.1).

“...saya ingin sampah-sampah di sekolah dipindah ke tempat lain dan pabrik-pabrik itu juga dipindah sehingga bisa mengurangi polusi....program UKS sangat perlu karena dapat menambah pengetahuan tentang pentingnya kesehatan sekolah dan kita dapat mawas diri akan kesehatan sekolah....”(P.2).

“...bila ada program UKS saya akan ikut karena menciptakan hal positif... serta dengan UKS warga sekolah dapat membiasakan diri dalam hidup sehat... .”(P.3).

Upaya yang telah dilakukan meliputi kerjasama lintas program, sosialisasi, studi banding, dan pembinaan bimbingan konseling. Berikut ini pernyataan dari partisipan:

“...kami selalu berupaya kerjasama, kemarin dengan PLN, mereka mengadakan program penghijuan...kerjasama dengan SMK 5, SMA 9 mereka menanam bunga karena mereka tahu lingkungan disini kurang sehat, apalagi sekolah ini dekat dengan pabrik kulit yang notabene dari segi bau merajalela oleh karena itu sekolah berupaya mencari terobosan supaya gak bau maka kita tanami bunga....”(P.4).

“...kita memberikan sosialisasi pada anak-anak melalui guru....jadi setiap guru akan memberikan informasi penting terkait dengan bahaya dari makanan/jajan sembarangan....guru kelas juga akan memberikan informasi penting

kepada penjaja makanan dan puskesmas yang tidak kalah penting dalam memberikan sosialisasi tentang bahan makanan yang baik dipakai dalam bahan makanan....”(P.4).

“...kita pernah mengirim anak-anak ke SMP 5 untuk studi banding tentang bagaimana hidup sehat di SMP 5...”(P.4).

“...memberikan terapi kepada guru BK, melalui UKS untuk hidup sehat.... melalui seminar hidup sehat....ada dialog dengan dokter....”(P.4).

Pemaknaan sekolah sehat yang diartikan oleh masyarakat sekolah sebagai sekolah yang bebas penyakit, gaya hidup yang sehat, menciptakan lingkungan yang sehat, berikut ini pernyataannya:

“...sekolah yang bersih terbebas dari berbagai macam penyakit....”(P.1).

“...sekolah yang terhindar dari penyakit, polusi, terhindar dari makanan yang tidak sehat....”(P.2).

“...menciptakan gaya hidup sehat pada warga sekolah dan terhindar dari penyakit penyakit yang tidak diinginkan oleh warga sekolah....”(P.3).

“...sekolah sehat dapat dilihat dari siswanya sendiri dalam arti yaitu kondisi badannya yang prima....siswa mempunyai kemauan untuk berobat, dia punya kesadaran untuk memeriksakan diri....apa artinya kita hidup tanpa sehat karena kalau anak itu tidak sehat maka pola pikirnya juga tidak sehat akhirnya mutunya juga tidak maksimal....”(P.4).

“...sekolah sehat adalah menciptakan semua warga di masyarakat itu untuk menjadi lingkungan yang kondusif dan sehat....”(P.5).

Tema: Kebutuhan yang harus dipenuhi dalam menciptakan sekolah sehat

Kebutuhan yang harus dipenuhi dalam menciptakan sekolah sehat mendeskripsikan kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan meliputi kebutuhan sumberdaya manusia, dana, dan dukungan dari semua elemen yang terkait. Berikut ini pernyataan dari partisipan:

“...dari segi lingkungan belum terpenuhi, dari segi kesadaran juga belum, dari segi dana juga belum....”(P.1).

”...kita lebih mawas diri tentang penyakit, menambah wawasan akan pentingnya kesehatan, sering melakukan penghijauan agar terhindar dari polusi pabrik yang ada disekitar sekolah....”(P.2).

”...lingkungan yang bersih dan tidak tercemar oleh limbah pabrik, menambah wawasan tentang terciptanya gaya hidup sehat yang berpengaruh pada masa depan masing-masing, melakukan penghijauan yang berpengaruh pada lingkungan....”(P.3).

”...saya selaku pimpinan disini selalu berusaha berinovasi membangun image ayo kita galakkan UKS kalo perlu jadi juara.... kebutuhan tenaga terlatih, lalu kemitraan dengan puskesmas, lalu dengan dinas pendidikan kota dalam pengadaan reward....pemimpin yang peduli akan kesehatan dan ilmu penyakit

sangat penting diinformasikan pada anak....”(P.4).

”....yang pertama adalah sosialisasi....yang kedua adalah dana....yang ketiga adalah dukungan dari semua warga masyarakat sekolah....”(P.5).

Lee, Leger, Cheng (2007) mengatakan bahwa pengembangan sekolah seharusnya sekolah berinisiatif membuat kebijakan untuk melindungi lingkungan sekolah, dan pengelolaan terhadap siswa yang mengalami gangguan emosional, selain itu juga disampaikan bahwa sekolah juga harus melakukan tindakan untuk mengatasi dan mengantisipasi perilaku yang kurang sehat di sekolah seperti makanan yang tidak sehat, injury, dan kurangnya aktivitas fisik.

Konsep pengembangan sekolah sehat yang juga perlu diperhatikan adalah pengembangan kebijakan sekolah terkait dengan lingkungan fisik, ketrampilan personal, dan hubungan komunikasi. Lingkungan fisik yang harus dipenuhi sekolah meliputi adanya pemadam kebakaran, komite sekolah berperan aktif mengontrol makanan sehat di sekolah, tempat sampah yang baik, dan siswa terlibat dalam kebersihan sekolah. Kebijakan sekolah yang lain antara lain masalah emergensi, bencana alam, konsultasi personal, peralatan pertolongan pertama pada kecelakaan, mencegah kekerasan dan pemalakan, bebas rokok, makanan sehat, penyakit infeksi, promosi pada staf, simpanan obat di sekolah, mencegah penelantaran anak, dan kesempatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan sekolah. Konsep pengembangan yang juga harus dilaksanakan adalah meningkatkan ketrampilan personal seperti pendidikan dan pelatihan staf, memasukkan ke dalam kurikulum konsep kesehatan di sekolah. Pengembangan eksternal seperti bekerjasama dengan sekolah lain, melibatkan orang tua sebagai instruktur di sekolah menjadi hal penting yang harus dilakukan (Lee, Leger, Cheng ,2007; Gaio, Moyses, Besinelli, Franca, Tetu, 2010).

C. Peran Dari Faktor Determinan Kesejahteraan Siswa Di Sekolah Karakteristik Faktor Kondisi Sekolah, Hubungan Sosial, Pencapaian Diri Di Sekolah, Dan Status Kesehatan

Dari tabel 1 dapat diketahui bahwa kondisi kelas yang memiliki prosentase tinggi adalah adanya kondisi suara bising, yaitu 61,9%, adanya debu, yaitu 73,3%. Selain tabel 5.3 diatas ada data tentang kondisi sekolah terkait dengan kekerasan, kejadian beresiko dan tekanan waktu. Kondisi sekolah terkait dengan adanya kekerasan sebanyak 20,2%, adanya kejadian beresiko sebanyak 19,8% dan adanya tekanan pada waktu sebanyak 35,2%. Terkait dengan kekerasan pada siswa SMP menurut Riauskina, Djuwita, Soesetio (2005) di definisikan sebagai shcool bulyying yaitu perilaku agresif yang dilakukan berulang-ulang oleh seseorang atau kelompok siswa yang memiliki kekuasaan, terhadap siswa lain yang lebih lemah. Korban shcool bulyying akan cenderung mengalami berbagai macam gangguan yang meliputi kesejahteraan psikologis yang rendah (*low psychological well-being*), penyesuaian sosial yang buruk, gangguan psikologis, dan kesehatan yang buruk. Selain gejala diatas kekerasan yang dilakukan di *sekolah (school bulyying)* dapat mengakibatkan gejala kesehatan fisik seperti sakit kepala, sakit tenggorokkan, flu, batuk, bibir pecah-pecah, dan sakit dada. Bagi korban yang mengalami perilaku agresif juga mungkin mengalami luka-luka pada fisik siswa.

Tabel 1: Distribusi Frekuensi Faktor Kondisi Sekolah Tahun 2009 (n = 247)

Karakteristik Faktor	Frekuensi	Prosentase
Kondisi kelas		
<i>Tidak ada kekacauan dalam kelas</i>	8	3,2
<i>Sedikit kekacauan dalam kelas</i>	83	33,6
<i>Ada kekacauan dalam kelas</i>	156	63,2
Suara bising		
<i>Tidak ada</i>	12	4,9
<i>Sedikit</i>	82	33,2
<i>Ada</i>	153	61,9
Cahaya kurang terang		
<i>Tidak ada</i>	126	51
<i>Sedikit</i>	85	34,4
<i>Ada</i>	36	14,6
Ventilasi yang kurang (udara pengap)		
<i>Tidak ada</i>	85	34,4
<i>Sedikit</i>	104	42,1
<i>Ada</i>	58	23,5
Debu		
<i>Tidak ada</i>	2	0,8
<i>Sedikit</i>	64	25,9
<i>Ada</i>	181	73,3
Fasilitas yang minim		
<i>Tidak ada</i>	23	9,3
<i>Sedikit</i>	76	30,8
<i>Ada</i>	148	59,9
Ruang santai		
<i>Tidak ada</i>	110	44,5
<i>Sedikit</i>	49	19,8
<i>Ada</i>	88	35,6
Kekerasan		
<i>Tidak ada</i>	125	50,6
<i>Sedikit</i>	72	29,1
<i>Ada</i>	50	20,2

Dari tabel 2 dapat diketahui bahwa hubungan sosial di sekolah dalam hal guru memperhatikan apa yang dikerjakan siswa, pelayanan guru yang baik terhadap siswa, hubungan yang baik antar teman dikelas dalam katagori baik, hal ini ditunjukkan dengan tingginya proporsi siswa yang menyatakan setuju dengan hal tersebut. Namun demikian masih ada kesulitan siswa dalam mengerjakan tugas untuk berinteraksi dalam kelompok

(71,3%) dan berinteraksi dengan teman (55,5%). Selain tabel 2. diatas ada data tentang hubungan sosial terkait dengan masalah saat mengerjakan tugas di sekolah untuk berhubungan dengan guru (37,2%), situasi marah dari siswa (marah disini diartikan marah yang sangat) saat disekolah selama belajar (sesekali dalam seminggu:41,7%), seberapa sering saudara melihat teman yang lain marah selama belajar di sekolah (sesekali dalam seminggu: 35,2%).

Tabel 2: Distribusi Frekuensi Faktor Hubungan Sosial di Sekolah Tahun 2009 (n = 247)

Karakteristik Faktor	Frekuensi	Prosentase
Guru perhatian pada sesuatu yang dikerjakan siswa		
<i>Sangat setuju</i>	60	24,3
<i>Setuju</i>	147	59,5
<i>Tidak setuju</i>	34	13,8
<i>Sangat tidak setuju</i>	5	2
Guru melayani siswa dengan baik		
<i>Sangat setuju</i>	89	36
<i>Setuju</i>	125	50,6
<i>Tidak setuju</i>	19	7,7
<i>Sangat tidak setuju</i>	14	5,7
Merasa santai dengan teman di dalam kelas untuk belajar bersama		
<i>Sangat setuju</i>	64	25,9
<i>Setuju</i>	140	56,7
<i>Tidak setuju</i>	28	11,3
<i>Sangat tidak setuju</i>	13	5,3
Masalah saat mengerjakan tugas di sekolah dengan bekerja kelompok		
<i>Tidak pernah</i>	22	8,9
<i>Sesekali</i>	176	71,3
<i>Sering</i>	45	18,2
<i>Selalu</i>	3	1,2
Masalah saat mengerjakan tugas di sekolah untuk berhubungan dengan teman		
<i>Tidak pernah</i>	58	23,5
<i>Sesekali</i>	137	55,5
<i>Sering</i>	37	15
<i>Selalu</i>	13	5,3

Dari tabel 3 dapat diketahui upaya guru untuk mendorong siswa berekspresi dalam berpendapat di dalam kelas ada sebesar 9,7% siswa yang menyatakan tidak ada upaya dorongan ini dari guru, sedangkan 66,4% siswa menyatakan setuju dengan upaya pengembangan sekolah. Berikut ini pada tabel 3 akan dipaparkan bagaimana aktivitas siswa di sekolah? Apakah siswa mempunyai masalah dalam menyelesaikan tugas meliputi: menemui guru saat pelajaran, mengerjakan PR, persiapan ujian, menemukan teman belajar, memulai tugas yang memerlukan aktivitas fisik, mengerjakan tugas yang memerlukan membaca, mengerjakan tugas yang memerlukan menulis.

Tabel 3: Distribusi Frekuensi Faktor Pencapaian diri di Sekolah Tahun 2009 (n = 247)

Karakteristik Faktor	Frekuensi	Prosentase
Guru mendorong saudara untuk mengekspresikan pandangan saudara selama pelajaran*)		
<i>Tidak setuju</i>	24	9,7
<i>Setuju</i>	143	57,9
<i>Sangat setuju</i>	42	17
Pandangan teman-teman sekolah terhadap pengembangan peningkatan sekolah**)		
<i>Tidak setuju</i>	8	3,2
<i>Setuju</i>	164	66,4
<i>Sangat setuju</i>	41	16,6

*) data missing 15,4%, **) data missing 13,8%

Dari tabel 4 diatas dapat diketahui bahwa siswa di sekolah selalu menemui kesulitan dalam hal mengerjakan pekerjaan rumah (PR) yaitu sebanyak 32,8% dan pada saat mempersiapkan ujian sebanyak 51,8%. Fahrrial (2009) mengatakan bahwa ujian bagi siswa dapat menjadi pemicu terjadinya stress sehingga akan mengakibatkan keluhan fisik seperti migrain, sakit kepala, nyeri ulu hati, maag, sakit yang tidak jelas dan nafsu makan berkurang.

Tabel 4 : Distribusi Frekuensi Faktor Pencapaian Diri (Bagaimana aktivitas siswa di sekolah? Apakah siswa mempunyai masalah dalam menyelesaikan tugas) **di Sekolah Tahun 2009 (n = 247)**

Karakteristik Faktor	Frekuensi	Prosentase
Menemui guru saat pelajaran ^{a)}		
<i>Tidak pernah</i>	52	21,1
<i>Sesekali</i>	133	53,8
<i>Sering</i>	28	11,3
<i>Selalu</i>	32	13
Mengerjakan pekerjaan rumah (PR) atau tugas sekolah yang lain ^{b)}		
<i>Tidak pernah</i>	21	8,5
<i>Sesekali</i>	56	22,7
<i>Sering</i>	77	31,2
<i>Selalu</i>	81	32,8
Persiapan ujian ^{c)}		
<i>Tidak pernah</i>	10	4
<i>Sesekali</i>	42	17
<i>Sering</i>	61	24,7
<i>Selalu</i>	128	51,8
Menemukan teman belajar ^{d)}		
<i>Tidak pernah</i>	19	7,7
<i>Sesekali</i>	69	27,9
<i>Sering</i>	95	38,5
<i>Selalu</i>	48	19,4
Memulai tugas yang memerlukan aktivitas fisik ^{e)}		
<i>Tidak pernah</i>	36	14,6
<i>Sesekali</i>	94	38,1
<i>Sering</i>	71	28,7
<i>Selalu</i>	21	8,5
Mengerjakan tugas yang memerlukan membaca (dari buku, perpustakaan) ^{f)}		
<i>Tidak pernah</i>	16	6,5
<i>Sesekali</i>	67	27,1
<i>Sering</i>	117	47,4
<i>Selalu</i>	27	10,9
Mengerjakan tugas yang memerlukan menulis ^{g)}		
<i>Tidak pernah</i>	14	5,7
<i>Sesekali</i>	33	13,4
<i>Sering</i>	125	50,6
<i>Selalu</i>	70	28,3

Data missing: ^{a)} 0,8% ^{b)} 4,9% ^{c)} 2,4% ^{d)} 6,5% ^{e)} 10,1% ^{f)} 8,1% ^{g)} 2,0%

Berdasarkan data dari tabel 5 dapat diketahui bahwa gejala yang dirasakan beberapa kali dalam sebulan oleh siswa di sekolah adalah sulit tidur (23,9%) dan sakit kepala (36,8%). Untuk gejala lain seperti merasa lelah dan lemas sebanyak 42,1% (dirasakan beberapa kali dalam sebulan), sedangkan pelayanan kesehatan di sekolah terkait kemudahan menemui perawat sebanyak 67,2% dan kepuasan layanan konseling sebanyak 68%.

Tabel 5: Distribusi Frekuensi Faktor Status Kesehatan Siswa di Sekolah Tahun 2009 (n = 247)

Karakteristik Faktor	Frekuensi	Prosentase
Riwayat sakit infeksi pernapasan seperti flu, batuk pilek, nyeri menelan, amandel, pilek yang tidak sembuh-sembuh selama 6 bulan ^{a)}		
<i>Tidak pernah</i>	168	68
<i>Jarang</i>	68	27,5
<i>Sering</i>	5	2
<i>Selalu</i>	3	1,2
Apakah saudara memiliki tanda dan gejala dan seberapa sering selama 6 bulan terakhir:		
1. Nyeri leher ^{b)}		
<i>Tidak pernah</i>	131	53
<i>Satu kali dalam sebulan</i>	82	33,2
<i>Beberapa kali dalam sebulan</i>	31	12,6
2. Nyeri punggung ^{c)}		
<i>Tidak pernah</i>	177	71,7
<i>Satu kali dalam sebulan</i>	49	19,8
<i>Beberapa kali dalam sebulan</i>	20	8,1
3. Nyeri perut		
<i>Tidak pernah</i>	126	51
<i>Satu kali dalam sebulan</i>	73	29,6
<i>Beberapa kali dalam sebulan</i>	48	19,4
4. Iritasi ^{d)}		
<i>Tidak pernah</i>	191	77,3
<i>Satu kali dalam sebulan</i>	24	9,7
<i>Beberapa kali dalam sebulan</i>	25	10,1
5. Sulit tidur		
<i>Tidak pernah</i>	136	55,1
<i>Satu kali dalam sebulan</i>	52	21,1
<i>Beberapa kali dalam sebulan</i>	59	23,9
6. Sakit kepala ^{e)}		
<i>Tidak pernah</i>	70	28,3
<i>Satu kali dalam sebulan</i>	85	34,4
<i>Beberapa kali dalam sebulan</i>	91	36,8

Data missing ^{a)} 1,2%; ^{b)} 1,2%; ^{c)} 0,4%; ^{d)} 2,8%; ^{e)} 0,4%

Mengenai adanya gejala sulit tidur pada siswa SMP dapat disebabkan oleh berbagai kondisi yang menyebabkan stress. Salah satu contoh adalah adanya konflik orang tua dan anak. Apabila konflik antara orang-tua dan remaja, menjadi berlarut-larut dapat menimbulkan berbagai hal yang negatif, baik bagi remaja itu sendiri maupun dalam hubungan antara dirinya dengan orang-tuanya. Kondisi demikian merupakan suatu stresor bagi remaja; yang dapat menimbulkan berbagai permasalahan yang kompleks, baik fisik, psikologik maupun sosial termasuk pendidikan. Antara lain dapat timbul berbagai keluhan fisik yang tidak jelas penyebabnya, maupun berbagai permasalahan yang berdampak sosial seperti malas sekolah, membolos, ikut perkelahian antara pelajar (tawuran) dan menyalahgunakan NAPZA. Kebutuhan tidur bagi siswa SMP adalah kebutuhan dasar yang penting dan harus dipenuhi mengingat dampak merugikan yang bisa ditimbulkan. Menurut Samiudin (2000) kekurangan tidur jangka panjang dan pendek menyebabkan gangguan pada pikiran, bicara, daya ingat, konsentrasi, dan pertimbangan. Sifat lekas marah meningkat dan waktu untuk bereaksi menurun. Paranoia dan halusinasi pandangan, taktil dan pendengaran sering kali akibat dari kekurangan tidur jangka panjang.

Faktor determinan sekolah sejahtera (kondisi fisik, hubungan sosial, pencapaian diri) terhadap status kesehatan siswa.

Hubungan faktor kondisi fisik sekolah terhadap status kesehatan siswa

Faktor kondisi fisik sekolah dikategorikan menjadi kondisi fisik sekolah yang sehat dan tidak sehat. Faktor kondisi fisik sekolah yang sehat berarti faktor ini mendukung terhadap status kesehatan siswa, dan faktor kondisi fisik sekolah yang tidak sehat berarti faktor ini tidak mendukung terhadap status kesehatan siswa. Hasil analisis hubungan antara faktor kondisi fisik sekolah dengan status kesehatan siswa diperoleh bahwa ada sebanyak 86 dari 139 (63,2%) siswa dengan status kesehatan tidak sehat memiliki faktor kondisi fisik sekolah yang tidak sehat. Artinya ada hubungan yang signifikan antara kondisi fisik sekolah dengan status kesehatan siswa ($p\text{ value}=0,015$). Kekuatan hubungan ini ditunjukkan dengan nilai $OR=1,882$ (95% CI: 1,130 – 3,135) yang dapat diinterpretasikan bahwa kondisi fisik yang tidak sehat mempunyai peluang 1,882 kali menyebabkan terjadinya status kesehatan siswa tidak sehat dengan interval 1,130 sampai dengan 3,135 dibandingkan dengan sekolah yang memiliki kondisi fisik sekolah yang sehat. Menurut Konu dan Lintonen (2005) kategori kondisi sekolah yang harus diperhatikan dan ditingkatkan kondisinya adalah ventilasi, fasilitas toilet, temperatur ruangan. Data secara rinci disajikan pada tabel 6 berikut ini.

Tabel 6: Hubungan Faktor Kondisi Fisik Sekolah terhadap Status Kesehatan Siswa di Sekolah Tahun 2009 (n = 247)

Faktor kondisi fisik sekolah	Katagorik Status kesehatan siswa						<i>p value</i>	OR 95%CI
	Sehat		Tidak sehat		Total			
	n	%	n	%	n	%		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Kondisi fisik sekolah sehat	58	52,3	53	47,7	111	100	0,015	1,882 (1,130 – 3,135)
Kondisi fisik sekolah tidak sehat	50	38,8	86	63,2	136	100		
Jumlah	108	43,7	139	56,3	247			

Hubungan faktor hubungan sosial di sekolah terhadap status kesehatan siswa
 Faktor hubungan sosial di sekolah dikategorikan menjadi hubungan sosial antara guru dan siswa yang baik dan tidak baik. Faktor hubungan sosial antara guru dan siswa yang baik berarti faktor ini mendukung terhadap status kesehatan siswa, dan faktor hubungan sosial antara guru dan siswa yang tidak baik berarti faktor ini tidak mendukung terhadap status kesehatan siswa. Data secara rinci disajikan pada tabel 7 berikut ini.

Tabel 7 : Hubungan Faktor Hubungan Sosial di Sekolah terhadap Status Kesehatan Siswa di Sekolah Tahun 2009 (n = 247)

Faktor kondisi fisik sekolah	Katagorik Status kesehatan siswa						<i>p value</i>	OR 95%CI
	Sehat		Tidak sehat		Total			
	n	%	n	%	n	%		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Hubungan sosial di sekolah baik	67	45,9	79	54,1	146	100	0,410	1,241 (0,743 – 2,074)
Hubungan sosial di sekolah tidak baik	41	40,6	60	59,4	101	100		
Jumlah	108	43,7	139	56,3	247			

Hasil analisis hubungan antara faktor hubungan sosial di sekolah dengan status kesehatan siswa diperoleh bahwa ada sebanyak 67 dari 108 (45,9%) siswa dengan status kesehatan sehat memiliki faktor hubungan sosial di sekolah yang baik. Artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara hubungan sosial di sekolah dengan status kesehatan siswa ($p\text{ value}=0,409$). Kekuatan tidak adanya hubungan ini ditunjukkan dengan nilai $OR=1,241$ (95% CI: 0,743 – 2,074) yang dapat diinterpretasikan bahwa hubungan sosial di sekolah yang baik mempunyai peluang 1,241 kali menyebabkan terjadinya status kesehatan siswa sehat dengan interval 0,743 sampai dengan 2,074 dibandingkan dengan sekolah yang memiliki hubungan sosial yang tidak baik. Hal ini sesuai dengan pendapat Berg, Hagquest, Starrin (2010) mengatakan bahwa interaksi sosial yang buruk berhubungan dengan kesehatan yang buruk. Hubungan sosial siswa di sekolah berbeda-beda dalam tipe dan maknanya. Hubungan sosial antar siswa berbeda dengan hubungan sosial guru dan siswa. Hubungan guru dan siswa bisa menjadi hubungan yang sangat akademik dan hubungan sosial yang ramah keduanya dapat berdampak pada status kesehatan siswa. Hubungan sosial yang kaku berakibat munculnya gejala psikosomatis seperti sulit konsentrasi, sulit tidur, merasa sedih, malas, atau seperti dikatakan oleh Jaronen, Konu, Rankin (2011) bahwa hubungan sosial memiliki peran yang penting dalam membentuk kesehatan yang subjektif yaitu kesehatan sosial seperti hubungan interpersonal, kemampuan berkomunikasi dengan yang lain.

Hubungan faktor pencapaian diri di sekolah terhadap status kesehatan siswa
 Faktor pencapaian diri di sekolah dikategorikan menjadi pencapaian diri yang baik dan tidak baik. Faktor pencapaian diri yang baik berarti faktor ini mendukung terhadap status kesehatan siswa, dan faktor pencapaian diri yang tidak baik berarti faktor ini tidak mendukung terhadap status kesehatan siswa. Data secara rinci disajikan pada tabel 8 berikut ini.

Tabel 8: Hubungan Faktor Pencapaian Diri di Sekolah terhadap Status Kesehatan Siswa di Sekolah Tahun 2009 (n = 247)

Faktor kondisi fisik sekolah	Katagorik Status kesehatan siswa						<i>p value</i>	OR 95%CI
	Sehat		Tidak sehat		Total			
	n	%	n	%	n	%		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Pencapaian diri di sekolah baik	61	45,5	73	54,5	134	100	0,535	1,173 (0,708 – 1,945)
Pencapaian diri di sekolah tidak baik	47	41,6	66	58,4	113	100		
Jumlah	108	43,7	139	56,3	247			

Hasil analisis hubungan antara faktor pencapaian diri di sekolah dengan status kesehatan siswa diperoleh bahwa ada sebanyak 61 dari 108 (45,5%) siswa dengan status kesehatan sehat memiliki faktor pencapaian diri di sekolah yang baik. Artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pencapaian diri di sekolah dengan status kesehatan siswa (p value=0,535). Kekuatan tidak adanya hubungan ini ditunjukkan dengan nilai OR= 1,173 (95% CI: 0,708 – 1,945) yang dapat diinterpretasikan bahwa pencapaian diri di sekolah yang baik mempunyai peluang 1,173 kali menyebabkan terjadinya status kesehatan siswa sehat dengan interval 0,708 sampai dengan 1,945 dibandingkan dengan sekolah yang memiliki pencapaian diri yang tidak baik. Hal ini tidak ada hubungan karena faktor pencapaian diri disini lebih fokus pada masalah akademik seperti mengerjakan tugas di rumah, dukungan saat dikelas, variasi penugasan dari sekolah. Padahal ruang lingkup pencapaian diri sangat erat kaitannya dengan pencapaian kualitas hidup. Kualitas hidup tergantung dari capaian atas kebutuhan dasar seperti status kesehatan yang baik, kecukupan mobilitas, penampilan fisik yang prima dan nutrisi yang adekuat (Moons, Deyk, Marquest, Raes, dkk, 2005). Hal ini juga disampaikan oleh Dalhn, Schetzina, Slawson, dan Frey (2010) yang mengatakan kualitas hidup siswa merupakan faktor penting dalam pencapaian diri siswa di sekolah.

Dapat diketahui dari analisa bivariat diatas bahwa dari 3 (tiga) faktor determinan sekolah sejahtera yaitu kondisi fisik sekolah, hubungan sosial, pencapaian diri terhadap status kesehatan siswa. Faktor determinan yang paling dominan adalah faktor kondisi fisik sekolah (p value=0,015), sedangkan 2 (dua) faktor determinan yang lain yaitu faktor hubungan sosial (p value=0,410) dan pencapaian diri di sekolah (p value= 0,535) bukan merupakan faktor determinan dari sekolah sejahtera. Untuk analisa multivariat regresi logistik tidak dapat dilanjutkan karena faktor hubungan sosial dan pencapaian diri di sekolah memiliki p value >0,25, sehingga tidak memenuhi syarat untuk dilanjutkan pada analisa regresi logistik. Penelitian selanjutnya untuk mendalami faktor determinan hubungan social dan pencapaian diri perlu diperluas maknanya kearah hubungan sosial tidak saja kepada hubungan sosial secara akademik tetapi juga hubungan sosial secara subjektif dalam arti hubungan sosial antara guru dan siswa yang lebih mengarah pada kesehatan siswa.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penelitian ini dibiayai oleh Anggaran Dana Pembinaan Pendidikan (DPP) Universitas Muhammadiyah Malang. Penulis memberikan apresiasi yang setinggi-tingginya kepada Kepala Sekolah SMP di Kota Malang yang telah bekerjasama dengan Program D-3 Keperawatan dan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang dalam melakukan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Berg Daniel, Hagquist Cert, Starrin Bergt. 2010. *Social relation in school and psychosomatic health among Swedish adolescent the role academic orientation*. European journal of public health Vol 21 No.6. 699-704. Doi: 10.1093/eurpub/ckq140
- Committee on School Health. *The role of the school nurse in providing school health services*. Pediatric 2001;108;1231 – 1232. DOI: 10.1542/peds.108.5.1231
- Dahl T William, Schetzina E Karen, Pfortmiller T Deborah, Slawson L Deborah, Frye S. William. 2010. *Health behaviors and health related quality of life among middle school children in southern Appalachia: data from the winning with wellness project*. Journal of Pediatric Psychology 36 (6) pp.677-689: doi:10.1093/jpepsy/jsq108.
- Davies, A. & G. Quinlivan .2006. *A Panel Data Analysis of the Impact of Trade on Human Development*, Journal of Socioeconomics
- DEPKES RI , (2004) Kualitas Sumber Daya Manusia Ditentukan Pendidikan dan Kesehatan <http://202.155.5.44/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=701&Itemid=2>, diakses tanggal 5 Agustus 2008
- Gaio Dorian Cristina, Moyses Sawel Jorge, Bisinelli Julio Cesar, Franca, Tetu Simon. 2010. *Health promoting school and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil*. Health promotion international, Vol.25, No.4,doi:10.1093/heapro/deq035
- Hastono S.P. 2004. *Modul analisa data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia
- Hitchcock J.E., Schubert P.E., dan Thomas S.A.1999. *Community health nursing caring in action*. New York: Delmar Publishers.
- Jaronen Katja, Konu Anne, Rankin Sally, Kurky. 2011. *An evaluation of a drama program to enhance social relationships and anti-bullying at elementary school: a controlled study*. Health promotion international. Vol 27. No.1, doi: 101093/heapro/dar012
- Kompas, 30 Agustus 2007, Sekolah masih abaikan UKS,
- Konu A & Rimpela M. (2002). *Factor structure of the school well-being model*. Health education research. Vol.17,No.6.2002. Oxford University Press.
- Konu A & Rimpela M. (2002). *Well-being in schools: a conceptual model*. Health promotion international. Vol.17,No.1.2002. Oxford University Press
- Konu, Lintonen. 2005. *Theory-based survey analysis of well-being in secondary school in Finland*. Health promotion international. Vol 21. No.1, doi: 10.1093/heapro/dai028
- Kusumawardani. 2007. *Pengembangan Promosi Kesehatan Berbasis Sekolah untuk pengendalian Prilaku Berisiko Pada Pelajar SLTP di Kota Depok*, <http://www.bmf.litbang.depkes.go.id/index.php?option=content&task=view&id=99&Itemid=53>, diakses tanggal 6 Agustus 2008
- Laporan ini dikeluarkan oleh UNDP pada 27 November 2007, Indonesia berada pada peringkat 108 ([http://id.wikipedia.org/wiki/Indeks Pembangunan Manusia# Indonesia](http://id.wikipedia.org/wiki/Indeks_Pembangunan_Manusia#_Indonesia), diakses tanggal 5 Agustus 2008)

- Laporan PKMS (Pengembangan Kesehatan Masyarakat Sekolah) di SMP 24. 2009. Program D-3 Keperawatan FIKES UMM.
- Lee Albert, Leges Lawrence, Ceng F.K. Frances. 2005. *The status of health promoting school in Hongkong and implication for further development*. Health promotion international, Vol.22, No.4, doi:10.1093/heapro/dam029
- Masalah Kesehatan Anak Usia Sekolah Oleh Fatmah Afrianty Gobel, <http://www.tribun-timur.com/view.php?id=89767&jenis=Opini>, diakses tanggal 5 Agustus 2008
- Moons Philip, Deyk Van Kristen, Marquest Kristel, Rae Els, Bleser de Leentje, Budts Wernes, Geest De Sabina. 2005. *Individual quality of live in adult with congenitas heart deseases: a paradigm shift*. Eueropean heart journal 26, 298-307,doi:10.1093/eurheartj/ehi054
- Notoadmodjo. 2005. *Promosi kesehatan teori dan aplikasinya*. Jakarta. Rieneke Cipta
- Prasetyo. 2009. Faktor-faktor sekolah sejahtera dengan pendekatan the school well-being model. Laporan penelitian P2I DPP UMM. Belum dipublikasikan
- Riauskina, Djuwita, dan Soesitio. 2005. School Bulyying. <http://www.rileks.com/community/artikelmu/blogger.html>. diakses tanggal 7 Mei 2009
- Sabri L. dan Hastono S.P. (1999). Modul biostatistik dan statistik kesehatan. Jurusan Kependudukan&Biostatistik. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia
- Sari Kartika. 2008. Program pelayanan kesehatan di SD Muhammadiyah Kota Malang. Naskah laporan penelitian tidak dipublikasikan. Program Diploma III Keperawatan- FIKES UMM.
- Sudrajat A., <http://akhmadsudrajat.wordpress.com/2008/01/28/sekolah-sehat-dan-sekolah-sakit/> diunduh 4 agustus 2008
- Zishan Samiudin. 2000. Insomnia pada HIV dan Penatalaksanaannya. Research Initiative Treatment Action. Warta AIDS. Yayasan Spiriti
-

DESIGN OF WEI CHI 14 MERIDIAN EXERCISE WHICH HAS LOW IMPACT, BEAUTY, SAFETY AND POTENTIAL MOVEMENT TO INCREASE HEALTH FOR COMMUNITY

Sutarno, S.ST., M.Kes

School of Health Science Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap

ABSTRACT

Background: Meridian is a way of Chi or energy flow. Chi or energy flow nourishes the human spirit and gives the ability to concentrate; it is the basic of creativity and the healing energy of human body. Chi or energy flow can be stimulated by exercise.

Methods: This study aimed to design Wei chi 14 meridian exercises. This study used the Rational Model approach. Data was collected by Focus Group Discussion (FGD) and Observational. FGD engaged three exercise teachers, one acupuncturist, one exercise instructor, two middle age participants and one physiotherapy. The observation was conducted sin 8 week, with 18 middle age participants of Wei chi 14 meridian exercises.

Results: Wei Chi 14 Meridian exercise was created into three parts of exercises. First, warming up exercise is done for 8 minutes in 8 movements. Second, core exercise done for 28 minutes in 14 movements. Third, cooling down exercise is done for 4 minutes in 4 movements. This exercise was created into many ring of motion: abduction, adduction, supination, pronation, flexion, extension and rotation movement. FGD beliefs that Wei Chi 14 Meridian exercise is low impact, beauty, safety and potential exercise to increase health for community. The observation of participation showed 50% is very Good, 39% good, 11% is low and 0% is poor. The exercise has no accident during implementation of Wei Chi 14 Meridian exercise.

Conclusion: Wei Chi 14 Meridian exercise is an Exercise which created in low impact, beauty, safety and potential exercise to increase health for community.

Keywords: Exercise, Wei Chi, Meridian, Health.

PENDAHULUAN

Kesehatan sangat penting bagi kehidupan manusia yang perlu ditingkatkan dan dipelihara. Pemeliharaan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai kegiatan salah satunya adalah senam. Senam telah banyak didesain berdasarkan teori yang bervariasi sesuai dengan pengetahuan dan keahlian orang yang mendesainnya. Salah satu teori yang dapat digunakan untuk mendesain senam adalah teori meridian. Meridian adalah jalur lalu lintas energi dalam tubuh (Alamsyah, 2010).

Senam yang menggunakan teori meridian antara lain senam Totok Aura Pelangsingan Meridian 312 berupa beberapa gerakan ayunan tangan, tepukan dan pijatan pada beberapa titik akupunktur (Kwan, 2011). Senam meridian karya Lee Ilchi diketahui lebih lengkap dan lebih banyak gerakannya.

Berdasarkan latarbelakang tersebut maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah: Bagaimanakah desain “Senam *Wei Chi* 14 Meridian” yang lembut, indah dan berpotensi meningkatkan kesehatan dengan melibatkan dua meridian istimewa dan 12 meridian utama?

Penelitian ini bertujuan untuk mendesain “Senam *Wei Chi* 14 Meridian” yang lembut, indah dan berpotensi tinggi meningkatkan kesehatan dengan melibatkan dua meridian istimewa dan 12 meridian utama.

Penelitian ini bermanfaat bagi berbagai pihak seperti: Masyarakat sebagai alternatif oleh raga untuk mempertahankan kesehatan, Dinas Kesehatan sebagai alternatif oleh raga yang direkomendasikan dan disosialisasikan untuk mempertahankan kesehatan

METODE PENELITIAN

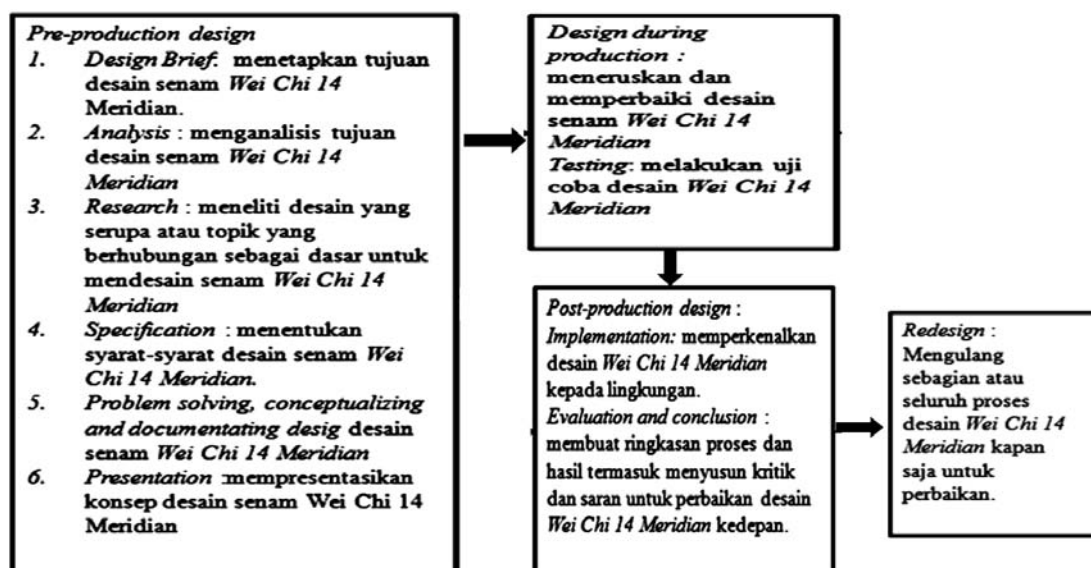
Penelitian ini merupakan penelitian Rancang bangun atau Desain menggunakan pendekatan *The Rational Model*. *The Rational Model* telah dikembangkan oleh Simon juga Pahl dan Beitz. Salah satu hal yang penting dalam *The Rational Model* adalah bahwa proses desain dapat dipahami melalui rangkaian langkah-langkah. Adapun langkah-langkah dalam Rational Model adalah: *Pre-production design*, *Design during production*, *Post-production design*, *Redesign* (Wikipedia 2012).

Penelitian ini dilakukan di beberapa tempat di Cilacap antara lain untuk kegiatan merancang gerakan senam Wei Chi dilakukan di rumah peneliti jalan Dr. Soetomo RT 04 RW 15 Kelurahan Sidakaya Kecamatan Cilacap Selatan. Kegiatan Presentasi dan DKT dilakukan di STIKES AL-IRSYAD AL-ISLAMIYAH CILACAP. Uji coba dilakukan di Posbina RW 16 Kelurahan Sidakaya Kecamatan Cilacap Selatan.

Penelitian ini termasuk dalam penelitian kualitatif sehingga instrument pada penelitian ini adalah peneliti sendiri. Peneliti adalah seorang Dosen yang telah berpengalaman sebagai pendidik sejak tahun 1996. Peneliti lulus pendidikan S-2 Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi Perilaku dan Promosi Kesehatan Universitas Gajah Mada (UGM) Yogyakarta tahun 2006. Peneliti telah banyak membimbing penelitian mahasiswa dengan baik jenis penelitian kuantitatif maupun kualitatif. Peneliti sebagai pembimbing karya teknomogi mahasiswa yang berjudul “Rancang Bangun Audio Motivasi Religi Untuk Meningkatkan Self Efficacy Pasien di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap”. Peneliti telah mengikuti pelatihan-pelatihan yang mendukung materi penelitian seperti: Pelatihan *Touch For Health* bersertifikat dari *International Kinesiology Collage* tahun 2012, Kursus Akupunktur tahun 2013 didalamnya memuat teori meridian yang dalam penelitian ini dipakai sebagai dasar teori senam Wei Chi 14 Meridian, Lulus Uji Kompetensi Akupunktur yang diselenggarakan oleh Lembaga Sertifikasi Ketrampilan Akupunktur Indonesia pada tahun 2013.

Prosedur Penelitian

Penelitian ini dimulai dari penyusunan proposal, presentasi proposal, *Review* proposal oleh Master olahraga, Revisi proposal, Pengesahan proposal, dan Pelaksanaan penelitian berupa proses produksi Senam Wei Chi 14 Meridian sebagai berikut:



HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Gerakan Senam *Wei Chi* 14 Meridian terdiri dari gerakan pemanasan gerakan inti dan gerakan pendinginan. Deskripsi Senam *Wei Chi* 14 Meridian tiap gerakannya adalah sebagai berikut:

A. Gerakan pemanasan

Gerakan pemanasan pada Senam *Wei Chi* 14 Meridian tidak jauh berbeda dengan gerakan pemanasan pada senam lainnya. Gerakan pemanasan ini meliputi gerakan persendian dengan gerakan yang pelan dan non dinamis. Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan gerakan pemanasan kurang lebih 8 menit. Gerakan pelan dan non dinamis dipilih dengan rasional bahwa Senam *Wei Chi* 14 Meridian merupakan senam yang berirama lembut dan bergaya indah sehingga gerakan pemanasan dipilih gerakan yang tidak melebihi dari gerakan inti. Gambar gerakan pemanasan adalah sebagai berikut:



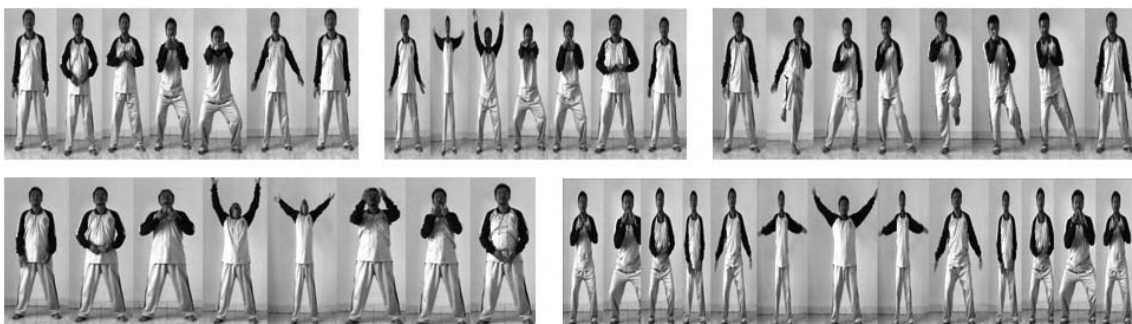
Gb. 1 Gerakan Pemanasan

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

B. Gerakan Inti

Gerakan inti Senam *Wei Chi* 14 Meridian adalah sebagai berikut: Gerakan “Senam *Wei Chi* 14 Meridian” berdasarkan meridian: Istimewa *Conception Vassel* atau Ren, paru, usus besar, lambung, limpa, jantung, usus halus, kandung kencing, ginjal, pericardium, tri pemanas, kandung empedu, hati dan meridian Tu. Deskripsi dan pembahasan masing-masing gerakan inti adalah sebagai berikut:

1. Gerakan meridian Ren



Gb. 3 Gerakan Senam *Wei Chi* Meridian Ren

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

2. Gerakkan meridian Paru-Paru



Gb. 5 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian Paru
 Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

3. Gerakkan meridian Usus Besar



Gb. 7 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian Usus Besar
 Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

4. Gerakkan meridian Lambung



Gb. 9 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian
 Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

5. Gerakkan meridian Limpa



Gb. 11 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian
 Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

6. Gerakkan meridian Jantung



Gb. 13 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian
 Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

7. Gerakkan meridian Usus Halus



Gb. 15 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

8. Gerakkan meridian Kantung Kencing



Gb. 17 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

9. Gerakkan meridian Ginjal



Gb. 19 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

10. Gerakkan meridian Perikardium



Gb. 21 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

11. Gerakkan meridian Sanjiao



Gb.23 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

12. Gerakkan meridian Kantung Empedu



Gb. 25 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

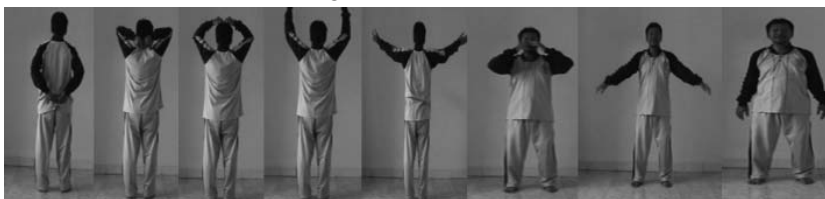
13. Gerakkan meridian Hati



Gb. 27 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

14. Gerakkan meridian Governing Vessels /Tu



Gb. 29 Gerakkan Senam Wei Chi Meridian

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

C. Gerakan Pendinginan

Gerakan pendinginan pada Senam Wei Chi 14 Meridian merupakan gerakan yang tidak berbeda dengan gerakan pendinginan pada senam atau latihan fisik yang lain. Gerakan pendinginan dapat dilihat pada gambar berikut:



Gb. 30 Gerakkan Pendinginan Senam Wei Chi 14 Meridian

Sumber : Dokumen Pribadi Januari 2013

Evaluasi terhadap desain senam Wei Chi 14 Meridian dilakukan melalui FGD yang diikuti oleh tiga guru olah raga, satu orang akupunturis, satu orang instruktur senam, dua orang pralansia dan satu orang fisioterapis. Dalam FGD tidak dijumpai perbedaan pendapat bahwa senam Wei chi 14 Meridian merupakan senam yang terdiri dari gerakan pemanasan, inti dan pendinginan. Durasi senam Wei Chi 14 Meridian selama kurang lebih 40 menit diyakini cukup dapat meningkatkan

kesehatan. Senam *Wei Chi* juga di pandang sebagai senam yang mempunyai gerakan *low impact* dan indah tetapi aman.

Keamanan gerakan senam *Wei Chi* 14 Meridian didukung dengan data observasi pada kelompok senam *Wei Chi* 14 Meridian yang dilaksanakan selama 8 minggu pada kelompok pralansia RW 16 kelurahan Sidakaya kecamatan Cilacap Selatan yang diikuti dengan sukarela. Partisipasi peserta senam *Wei Chi* 14 Meridian selama 8 minggu observasi menunjukkan: 50% sangat baik, 39% baik, 11% kurang baik dan 0% tidak baik. Pada observasi tidak dijumpai peserta yang mengalami cedera.

Komposisi Senam *Wei Chi* meliputi pemanasan, inti dan pendinginan hal ini berarti sudah sesuai dengan prinsip senam pada umumnya. Rosidawati dkk (2008) menyatakan bahwa salah satu ketentuan dalam melakukan latihan atau senam adalah adanya pemanasan gerakan inti dan pendinginan. Pendapat yang sama juga disampaikan oleh Tambunan E (2012) yang menyatakan bahwa Senam yang benar adalah senam yang dimulai bertahap dari pemanasan, inti dan pendinginan.

Durasi Senam *Wei Chi* juga dinilai telah memenuhi ketentuan. Pada senam *Wei Chi* ini waktu yang dibutuhkan untuk pemanasan kurang lebih 8 menit, untuk gerakan inti 28 menit dan untuk pendinginan 4 menit sehingga total waktu dibutuhkan adalah 40 menit. Tambunan E (2012) yang menyatakan bahwa Senam yang benar yang dilakukan secara kontinyu dengan frekuensi 3 sampai 5 kali berselang satu hari dan total waktu yang dibutuhkan setiap kali olah raga adalah 30-60 menit.

Seni/keindahan Senam *Wei Chi* tampak pada gerakan. Keindahan gerakan dalam senam ini bukan suatu hal yang utama karena yang utama adalah gerakan menyusuri meridian, namun tanpa keindahan gerakan senam ini akan kehilangan sisi seni.

Kecepatan gerakan Senam *Wei Chi* termasuk pelan dan termasuk dalam *low impact* yaitu suatu senam yang salah satu atau kedua kaki masih menapak ditanah. Memperhatikan bahwa senam ini memiliki gerakan *low impact* dan tidak ada gerakan *high impact* maka peserta diskusi menilai bahwa senam ini aman. Hal ini sesuai dengan komentar dari *reviewer* berlatar belakang pendidikan fisioterapi dan Master olah raga yang menyatakan bahwa senam *Wei Chi* 14 Meridian aman dilakukan, kecuali bagi orang yang telah mengalami masalah tulang keropos disarankan untuk berhati-hati.

Keseimbangan gerak Senam *Wei Chi* tampak seimbang (kanan-kiri, maju-mundur, buka tutup gerakan naik-turunkan badan), Selain itu juga ada gerakan mengangkat salah satu kaki dalam posisi yang dinamis, gerakan ini dapat melatih keseimbangan tubuh. Beberapa peserta uji coba pada awal latihan tampak berusaha mempertahankan keseimbangan tubuh pada beberapa gerakan senam meridian. Namun pada latihan-latihan berikutnya peserta senam tampak mulai dapat mengendalikan keseimbangan.

Ring of Motion (ROM) Senam *Wei Chi* telah lengkap menggunakan ROM (ada abduksi, aduksi, pronasi, supinasi, ekstensi, dan rotasi), dari sisi kebutuhan energy tidak membutuhkan energy yang banyak, dari sisi usia pengguna dapat digunakan bagi usia muda sampai lansia. Untuk pengguna usia lanjut beberapa gerakan dapat dimodifikasi dengan gerakan yang lebih aman namun tetap sesuai prinsip menyusuri meridian.

Dari sisi kemungkinan meningkatkan kesehatan dinilai dapat memungkinkan meningkatkan kesehatan. Hal ini dengan catatan dilakukan dengan benar yaitu secara kontinyu dan melalui tahapan yang benar. Beberapa manfaat dari Senam *Wei chi* 14 meridian yang memungkinkan dapat meningkatkan kesehatan antara lain:

Manfaat fisik senam *Wei Chi* 14 Meridian dapat untuk: Membantu menyelesaikan masalah stagnasi energy dalam tubuh, memperlancar peredaran darah, meningkatkan fungsi organ-organ tubuh, menambah ketajaman perasaan dalam membedakan bagian

tubuh yang gangguan ketika energi tubuh mengalami stagnasi, meningkatkan kelenturan dan kekuatan, mengembalikan keseimbangan pelvis dan tulang belakang pada kondisi normal dan simetris, menstimulasi tubuh untuk mempunyai kemampuan menurunkan lemak, mengaktifkan system muscular dan persyarafan, menghilangkan racun dan stagnasi energy dalam tubuh, meningkatkan perasaanbugar dan daya tahan tubuh.

Manfaat mental Senam Wei Chi 14 Meridian dapat untuk: Relaksasi dan menenangkan, mengoptimalkan oksigen ke otak melalui nafas dalam sehingga mempengaruhi ketajaman berfikir, meningkatkan kemampuan mengelola stress seperti mengontrol emosi dan pikiran, menjadikan sikap positive dan keceriaan dalam kehidupan lebih intensif dan berkelanjutan dalam kehidupan, meningkatkan rasa menghargai cara berfikir/tubuh/semangat, memudahkan dan memaksimalkan proses penyembuhan dengan meningkatkan keselarasan gerak, pernafasan dan meridian. Semua manfaat tersebut dapat dirasakan jika dilakukan dengan penuh keyakinan, ikhlas, sungguh-sungguh dan sabar.

SIMPULAN

Senam Wei Chi 14 Meridian terdiri dari gerakan pemanasan, inti dan pendinginan. Gerakan inti meliputi 2 gerakan meridian istimewa dan 12 gerakan meridian utama. Gerakan Senam Wei Chi 14 meliputi *low impact*, menggunakan berbagai *ring of motion*, lembut dan indah. Senam Wei Chi 14 berpotensi meningkatkan kesehatan baik fisik maupun mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah I, (2010) Cara lebih mudah menemukan titik terapi Acupoint Petunjuk Praktis Akupunktur. Asma Nadia Publishing House. Depok
- Gallbladder: Wood-energy yang organ <http://www.lieske.com/channels/5e-gallbladder.htm>
- Gunawan P (2012) *Pengaruh Senam Gembira Terhadap Peningkatan Kemampuan Motorik Anak Usia Dini*
http://repository.upi.edu/operator/upload/t_por_0808226_chapter2.pdf
- Hikmaharidha, Istifa dan Hardian, Hardian.2011. *Pengaruh Senam Tai Chi terhadap tekanan darah wanita usia 50 tahun keatas*. <http://eprints.undip.ac.id/33315/>
- Indriyani P., Supriyatno H., Santoso Agus .2012. *Perpengaruh Senam Aerobik terhadap penurunan kadar gula darah pada penderita DM tipe 2*<http://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers/article/view/717>
- ISJD.PDII.LIPI.2012. *Bekam dilakukan umumnya didaerah punggung, leher, tengkuk dan kaki*. http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/2311139143_2086-3098.pdf
- Kim, Kwuy Bun, Cohen, Susan M, Oh, Hye Kyung, Sok, Sohyune R .2004. *Self-esteem of Female College Students in Korea* Holistic Nursing Practice: September/October 2004 - Volume 18 - Issue 5 - p 230-234 http://journals.lww.com/hnpjournal/Abstract/2004/09000/The_Effects_of_Meridian_Exercise_on_Anxiety..4.aspx

- Kwan. 2011. *Totok Aura Pelangsingan Meridian 312 untuk susut perut 2-7*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Lee. I. 2008. *Meridian Exercise*. Bestlifemedia. Sedona
- Oh HK, Kim KB, Lee KH, Suk SH. 2002. *Effects of Meridian Exercise on Health Status, Depression and Self-esteem for Institutionalized Elderly People*. <http://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0091JKAFN/2002.9.3.388&DT=1>
- Pamuji R. 2012. *Persepsi Mahasiswa Penjaskesrek FKIP UNISMA UKM Senam Terhadap Sistematis, Kompleksitas dan Identitas Senam AYO BANGKIT dan SENAM AYO BERSATU DI FKIP UNISMA Bekasi*
- <http://www.ejournal-unisma.net/ojs/index.php/motion/article/view/349>
- PJJPGSD.2012. *Pendidikan Jasmani dan Kesehatan 5 – 1 Unit 5 Senam* http://pjjpgsd.dikti.go.id/file.php/1/repository/dikti/Mata%20Kuliah%20Awal/Pendidikan%20Jasmani%20dan%20Jabatan/BAC/unit5_penjaskes.pdf
- Rosidawati., Junaedi A., Batubara I. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Salemba Medika. Jakarta
- Saputri, Eka D. 2012. *Hubungan antara olah raga senam jantung sehat dengan penurunan tekanan darah lansia*. <http://etd.eprints.ums.ac.id/3977/>
- Shu-Chuan Lin; Shu-Ming Che. 2012. *The Experience of Wheelchair Tai-Chi Exercise Program Intervention for A Stroke Old Woman In Nursing Home*. <http://ir.fy.edu.tw/ir/handle/987654321/14201>
- Wikipedia. 2012. *Penuntun Pelajaran Praktek Senam*
- http://id.wikipedia.org/wiki/Senam_artistik
- , 2012. *Meridian (akupunktur)*
- [http://id.wikipedia.org/wiki/Meridian_\(akupunktur\)](http://id.wikipedia.org/wiki/Meridian_(akupunktur)).
- 2012. *Desain*. <http://id.wikipedia.org/wiki/Desain>
- , 2012. *Senam Irama* http://id.wikipedia.org/wiki/Senam_irama
- Wong, M. 2010. *9 Terapi Pengobatan Terdahsyat*. Penebar Plus Depok
- Wulaningsih, Lili (2010) *Hubungan Umur, Senam Hamil dengan Rerata Waktu Proses Persalinan di Rumah Sakit Hermina Pandanaran Semarang*. Undergraduate thesis, Diponegoro University. <http://eprints.undip.ac.id/17188/>
- Yanli Cao, Xiaozuo Lu and Xuemin Wang. 2010. *Visualization of the Meridian of Traditional Chinese Medicine with Electrical Impedance Tomography: An Initial Experience*
- http://bioimpedance.bme.ufl.edu/icebi/2766_Wang.pdf

GEBAS DEDE (GERAKAN BEBAS DEMAM BERDARAH DESA) SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN DEMAM BERDARAH DI DESA LOJEJER KECAMATAN WULUHAN KABUPATEN JEMBER (Program Of Freedom Village From Dengue Hemoragic Fever “Gebas Dede” For Strategic Intervention Community Health Nursing At Lohjejer Village, Wuluhan Subdistrict Of Jember, East Of Java)

Ferdiana Revitasari², Nurul Azizah², Devintania Kurniasti N. H²., Wahyu Elok Pambudi², Akhmat Robbi Tricahyono², Tantut Susanto¹

¹Staf Dosen Keperawatan Komunitas Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

²Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

ABSTRACT

DHF in general community disruption caused by problems epidemiological variables , namely environmental , human , and behavior . Empowerment of the community in the prevention of dengue requires a comprehensive and integrated comprehensive program in both primary prevention , secondary , and tertiary of all elements of society . Rural Development Grant Program (PHBD) aims to empower communities through the development of nursing care in a rural community so that the community is able to be independent in handling dengue in rural communities Lohjejer . PHBD done through the integration of community as partner model in organizing and mobilizing the public in accordance with the concept of CHN . Elements of the community that is fostered throughout the rural communities , health workers , community and religious leaders . PHBD results illustrate able to pass the prevention , promotion , and protection against dengue problem with terjadipenurunan prevalence of DBB . PHBD result is expected to be the basis of prevention and health promotion programs to eradicate diseases menularadi community through intensive coaching from health centers and Community Nurses.

PENDAHULUAN

Infeksi virus *dengue* merupakan penyakit tropis yang ada di Indonesia sejak abad ke-18 dan dikenal sebagai penyakit demam lima hari atau demam sendi karena demam yang terjadi menghilang dalam 5 hari disertai dengan nyeri pada sendi, nyeri otot, dan nyeri kepala. Penyakit ini selanjutnya dikenal dengan Demam Berdarah Dengue (DBD) yang dapat menyerang semua umur baik anak-anak maupun dewasa. Penyebab dari penyakit ini berasal dari jenis virus *dengue* yaitu *arbovirus*. Cara penularan penyakit ini tidak melalui kontak langsung antara manusia dengan manusia tetapi membutuhkan vektor yaitu nyamuk *Aedes aegypti* betina yang cara penularannya melalui gigitan nyamuk tersebut (Hastuti, 2008:7). Penyakit ini termasuk penyakit tropis sehingga mencapai puncaknya pada musim penghujan. Kejadian ini diakibatkan oleh banyaknya genangan air pada benda – benda bekas maupun kubangan yang muncul akibat tingginya curah

hujan dan meluapnya air di sungai.

Demam Berdarah *Dengue* (DBD) merupakan penyakit demam akut dengan ciri-ciri demam manifestasi pendarahan dan bertendensi mengakibatkan kejang yang dapat menyebabkan kematian. Gejala DBD bervariasi mulai dari tanpa gejala hingga demam yang disertai pendarahan. Pengobatan yang diberikan bersifat suportif dan pertolongan pertama yang diberikan adalah sama ketika anak mengalami demam (Febry, 2010).

Di Indonesia, pertama sekali dijumpai di Surabaya pada tahun 1968 dan kemudian disusul dengan daerah-daerah yang lain. Jumlah penderita menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun, dan penyakit ini banyak terjadi di kota-kota yang padat penduduknya. Akan tetapi dalam beberapa tahun terakhir, penyakit ini juga berjangkit di daerah pedesaan. Jember merupakan kota yang berada di daerah sebelah timur pulau Jawa Timur yang terdiri dari daerah perkotaan dan pedesaan. Tercatat pada awal bulan Januari tahun 2013 beberapa rumah sakit di Jember menerima pasien dengan diagnosis penyakit demam berdarah. Rumah sakit yang melaporkan kejadian tersebut bukan hanya rumah sakit di perkotaan, namun juga klinik maupun puskesmas yang berada di daerah pedesaan. Angka kejadian DBD di Jember pada tahun 2011 sebanyak 3,21 per 1000 penduduk Jember. Pada bulan Januari 2013 terdapat 152 kasus DBD dengan 1 balita orang balita meninggal. Salah satu daerah rawan penyakit DBD adalah Kecamatan Wuluan dengan angka kejadian sebanyak 29 kasus.

Desa Lojejer merupakan salah satu desa yang menjadi penyumbang angka kejadian DBD tertinggi di Kecamatan Wuluan dengan jumlah 43 kasus hingga Bulan Januari hingga Maret tahun 2013. Masyarakat di desa ini memiliki satu suku atau etnis mayoritas yaitu suku Jawa yang mayoritas masyarakatnya adalah pendatang dari daerah Banyuwangi sehingga menganut adat istiadat suku Jawa Osing. Suku ini terkenal dengan perilakunya yang sulit untuk diubah.

Menurut Asmadi (2008), faktor yang mempengaruhi status kesehatan seseorang yaitu hereditas (keturunan), layanan kesehatan, lingkungan, dan perilaku. Dari keempat faktor tersebut, yang mempunyai andil besar dalam derajat kesehatan adalah faktor lingkungan (45%) dan faktor perilaku (30%). Kedua faktor tersebut sangat berkaitan erat. Kerusakan lingkungan salah satunya dapat terjadi akibat faktor perilaku manusia.

Desa Lojejer memiliki 3 dusun, 12 RW, dan 121 RT. Masyarakatnya terdiri dari 5800 kepala keluarga dan kurang lebih 18.000 penduduk. Masyarakat di Desa Lojejer mendapatkan sumber mata air yang berasal dari sumur galian dengan kondisi baik sebanyak 5.117 dan kondisi rusak sebanyak 4.605. Air yang didapatkan ditampung dalam sebuah bak mandi dengan ciri khas yaitu tidak mempunyai lubang saluran pembuangan air. Kebiasaan yang dimiliki oleh masyarakat adalah tidak pernah/jarang menguras bak mandi dikarenakan sulitnya untuk menguras bak mandi dan ketika menguras, biasanya masih ada air kotor di bawah bak mandi yang tidak bisa ikut terkuras. Sungai di sekitar rumah penduduk dalam kondisi tercemar dan keruh.

Pendidikan terakhir mayoritas masyarakat Desa Lojejer adalah tamatan SMP/ sederajat sebanyak 2.256 orang sehingga mereka banyak yang bekerja sebagai petani atau buruh tani dengan penghasilan tidak tetap setiap bulannya. Kondisi pendidikan yang rendah ini juga menimbulkan kurangnya pengetahuan yang dimiliki masyarakat sehingga tidak dapat maksimal dalam mempertahankan derajat kesehatannya.

Struktur sosial masyarakat di Desa Lojejer dipegang oleh tokoh agama, tokoh masyarakat, dan tokoh politik. Tokoh masyarakat di wilayah ini adalah seorang yang sudah purna tugas sebagai pendidik dan dihormati oleh sebagian besar masyarakat. Tokoh agama berasal dari seorang kiai atau ulama yang berada di wilayah Desa Lojejer, sedangkan tokoh politik terdiri dari seseorang yang bergerak di bidang politik dan dihormati oleh

masyarakat setempat.

Desa Lojejer terletak di Kecamatan Wuluhan dan berjarak 45 km dari Kota Jember. Jarak yang jauh bagi Desa Lojejer dari keramaian kota membuat desa ini mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Desa Lojejer memiliki puskesmas sendiri yang bernama Puskesmas Lojejer, dengan kategori jenis non perawatan dan memiliki tenaga kesehatan yang terdiri dari 1 orang dokter, 1 orang bidan, dan 8 orang perawat. Kondisi ini menyebabkan kurang maksimalnya jangkauan pelayanan kesehatan sehingga membutuhkan peran aktif masyarakat dalam mengoptimalkan derajat kesehatan. Salah satu bentuk peran aktif masyarakat adalah terbentuknya kader yang secara khusus menangani penyakit demam berdarah. Selama ini, belum ada kader demam berdarah padahal keberadaan mereka sangat dibutuhkan terlebih pada daerah endemis penyakit demam berdarah seperti Desa Lojejer Kecamatan Wuluhan Kabupaten Jember.

Keadaan perilaku masyarakat Lojejer yang kurang optimal dalam menjaga kesehatan lingkungan seperti jarang atau tidak pernah menguras bak mandi dan terdapat sungai yang tercemar dan keruh menyebabkan munculnya vektor penyakit seperti nyamuk yang mengakibatkan adanya penyakit demam berdarah. Perilaku masyarakat ini memiliki kecenderungan susah untuk diubah dikarenakan adanya pengaruh budaya Jawa Osing dan rendahnya tingkat pendidikan masyarakat desa yang mayoritas pendidikan terakhirnya adalah tamatan SMP/ sederajat. Kondisi pendidikan yang rendah menimbulkan kurang atau minimnya pengetahuan yang dimiliki masyarakat mengenai DBD.

Berdasarkan kondisi di atas, diperlukan suatu program untuk membantu memandirikan masyarakat Desa Lojejer dalam mencegah dan menanggulangi penyakit DBD sehingga derajat kesehatan masyarakat Desa Lojejer dapat optimal. Upaya yang dilakukan adalah membentuk program GeBas DeDe (Gerakan Bebas Demam Berdarah Desa).

Program GeBas DeDe (Gerakan Bebas Demam Berdarah Desa) di Desa Lojejer Kecamatan Wuluhan Kabupaten Jember memiliki berbagai kegiatan di dalamnya seperti Jumat Bersih, pelatihan kader, pendidikan kesehatan bagi masyarakat, PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) dan evaluasi keterampilan kader saat penyuluhan kesehatan. Semua kegiatan ini memiliki tujuannya masing-masing yaitu:

1. mengurangi munculnya sarang nyamuk yang disebabkan oleh kondisi lingkungan dengan kerja bakti yang melibatkan seluruh kalangan masyarakat (Jumat Bersih). Tujuan yang diharapkan dari kegiatan Jumat bersih adalah menumbuhkan rasa saling memiliki di dalam masyarakat akan pentingnya kebersihan lingkungan demi kesehatan, sehingga suasana di lingkungan akan terasa nyaman;
 2. mengantisipasi maraknya kasus DBD di Desa Lojejer, maka diperlukan upaya pemberantasan sarang nyamuk (PSN) untuk mengontrol angka jentik nyamuk dan menerapkan prinsip 3M di rumah setiap warga di Desa Lojejer;
 3. meningkatkan pengetahuan masyarakat Desa Lojejer sehingga diharapkan masyarakat tahu dan mampu mencegah dan menanggulangi DBD;
 4. meningkatkan pengetahuan kader terkait DBD supaya lebih berperan aktif dalam menghadapi masalah kesehatan khususnya DBD;
 5. mengevaluasi keterampilan kader dalam penyuluhan kesehatan supaya kader lebih terampil dalam memberikan penyuluhan kesehatan khususnya pencegahan dan penanggulangan DBD saat posyandu berlangsung.
-

METODE PENELITIAN

PHBD ini dilakukan atas dana dari DP2M DIKTI sebesar 45 juta. Metode penelitian dibagi berdasarkan kegiatan-kegiatan dalam Program GeBas DeDe (Gerakan Bebas Demam Berdarah Desa) di Desa Lojejer Kecamatan Wuluhan Kabupaten Jember yaitu

1. Jumat Bersih

Kegiatan Jumat Bersih dilakukan oleh masyarakat di Desa Lojejer pada tiap-tiap RW. Kegiatan ini berlangsung pada tanggal 5 Juli 2013.

2. Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian non eksperimen dengan pendekatan *cross sectional* yaitu pengukuran hanya dilakukan satu kali. Penelitian dilakukan pada tanggal 23 Agustus 2013 di Dusun Kepel, 30 Agustus 2013 di Dusun Sulakdoro, dan 8 September 2013 di Dusun Krajan Desa Lojejer. Populasi penelitian adalah seluruh warga di Desa Lojejer kurang lebih 18.000 penduduk dengan sampel sebanyak 3150 penduduk. Instrumen yang digunakan adalah buku pencatatan kader yang berisi jumlah rumah dengan jentik nyamuk dan rumah yang menerapkan 3M.

3. Pelatihan Kader

Metode penelitian ini adalah deskriptif dengan rancangan penelitian *crosssectional*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner, teknik pengambilan data yaitu survei dengan wawancara langsung. Teknik penarikan sampel menggunakan *simple random sampling* dengan jumlah populasi sebanyak 105 kader posyandu dari 21 posyandu suplir yang ada di 3 dusun (Kepel, Krajan, dan Sulakdoro) dengan jumlah sampel sebanyak 24 kader.

4. Pendidikan Kesehatan bagi Masyarakat

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian non eksperimen dengan metode *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada tanggal 2 Juli 2013 dengan populasi seluruh penduduk Desa Lojejer kurang lebih 18.000 penduduk dan sampel sebanyak 81 orang yang diambil dari perkumpulan ibu-ibu PKK. Penelitian ini menggunakan instrumen berupa angket dengan pertanyaan tertutup sebanyak 10 soal.

5. Evaluasi Keterampilan Kader saat Penyuluhan Kesehatan

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian non eksperimen dengan pendekatan *cross sectional* yaitu pengukuran hanya dilakukan satu kali. Penelitian dilakukan pada tanggal 15 dan 31 Juli serta 1-3 Agustus 2013 di setiap posyandu di Desa Lojejer yaitu Dusun Kepel, Dusun Sulakdoro, dan Dusun Krajan. Populasi penelitian adalah 105 kader posyandu dari 21 posyandu Suplir yang ada di 3 dusun (Kepel, Krajan, dan Sulakdoro) dengan jumlah sampel yaitu perwakilan dari 21 posyandu di Desa Lojejer sebanyak 21 kader. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi keterampilan kader saat memberikan penyuluhan kesehatan saat posyandu berlangsung dengan kriteria penilaian baik (80-100%), cukup (60-79%) dan kurang (kurang dari 60%).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Metode penelitian dibagi berdasarkan kegiatan-kegiatan dalam Program GeBas DeDe (Gerakan Bebas Demam Berdarah Desa) di Desa Lojejer Kecamatan Wuluhan Kabupaten Jember yaitu

1. Jumat Bersih

Kegiatan Jumat bersih yang dilakukan di Desa Lojejer pada awalnya direncanakan untuk dilakukan setiap Jumat, tetapi pada proses pelaksanaannya kegiatan ini hanya dapat dilakukan satu kali. Pada pelaksanaannya, kegiatan Jumat bersih dilakukan oleh semua lapisan masyarakat desa baik para aparat desa maupun masyarakat. Faktor yang menghambat dari kegiatan ini adalah kesadaran masyarakat akan manfaat dari Jumat bersih masih kurang dan kesibukan masyarakat Lojejer yang kebanyakan bekerja sebagai petani yang pergi bekerja pada pagi hari. Hasil yang di dapat dari kegiatan Jumat bersih yang telah dilakukan adalah lingkungan yang bersih, dan lebih nyaman untuk ditinggali. Namun, kegiatan Jumat bersih hanya dilakukan satu kali, sehingga dampak yang ditimbulkan dan yang dapat dirasakan hanya beberapa hari setelah kegiatan setelah itu kondisi sekitar lingkungan kembali seperti semula. Hal ini menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kebersihan lingkungan masih kurang.

2. Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN)

Dari penelitian yang dilakukan didapatkan hasil bahwa pada minggu pertama PSN angka 3M sebesar 60%, dan ABJ sebesar 81%. Pada minggu kedua PSN didapatkan hasil 3M sebesar 70% dan ABJ sebesar 80%. Pada minggu ketiga PSN didapatkan hasil 3M sebesar 72% dan ABJ sebesar 82%. Adanya peningkatan angka 3M mengindikasikan bahwa perilaku masyarakat mengenai penerapan 3M di rumah sudah mulai menunjukkan hasil yang memuaskan. Dari minggu ke minggu terus meningkat sehingga diharapkan dengan tingginya angka 3M, maka masyarakat dapat menerapkan pola hidup bersih dan sehat sehingga ABJ juga meningkat. Angka ABJ dari minggu ke minggu mengalami kenaikan dan penurunan. Dari minggu pertama ke minggu kedua mengalami penurunan disebabkan masyarakat yang malas membersihkan bak kamar mandi sehingga jentik nyamuknya banyak dan di minggu ketiga terjadi kenaikan disebabkan masyarakat lambat laun sudah mulai sadar pentingnya menerapkan 3M yang salah satunya menguras bak mandi sehingga ABJ meningkat dan jumlah kasus demam berdarah menurun di Desa Lojejer. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Chadijah, dkk (2011) dengan hasil bahwa terdapat peningkatan ABJ setelah diadakan suvei jentik atau PSN yang dilakukan setiap hari Minggu selama 6 kali sehingga membantu keberhasilan program PSN-DBD.

3. Pelatihan Kader

Kader diambil dari kader posyandu Desa Lojejer yang sudah ada, dari 105 kader diambil 24 kader untuk dijadikan kader demam berdarah. Kader sejumlah 24 orang tersebut dilatih selama tiga kali pertemuan dengan topik/bahasan materi yang berbeda-beda, pada setiap pertemuan dilakukan pre dan post pemberian kuesioner sebagai pembandingan pengetahuan ibu-ibu kader terhadap demam berdarah. Hasilnya nilai rata-rata *pre-test* dari 24 kader adalah 54 dan nilai rata-rata *post-test* meningkat menjadi 74. Dari tiga kali pertemuan didapatkan kader yang mengalami penambahan pengetahuan terkait demam berdarah dilihat dari nilai tiap kuesioner. Kader yang rajin mengikuti pelatihan sebanyak 3kali pelatihan mendapatkan nilai tertinggi diantara kader yang hanya datang 1 atau 2 kali pertemuan. Hal ini terbukti bahwa pemberian pelatihan kepada kader khusus demam berdarah dapat meningkatkan pengetahuan kader sekaligus memberikan keterampilan mandiri kader dalam kesiapsiagaan menangani kasus demam berdarah yang akan datang.

4. Pendidikan Kesehatan bagi Masyarakat

Tabel 1. Hasil pretest

No	Jumlah benar (%)	Jumlah salah (%)	Nilai
1.	69	31	69

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa nilai hasil dari pretest yang dilakukan pada Ibu PKK sebanyak 81 orang mendapatkan nilai 69.

Tabel 2. Hasil posttest

No	Jumlah benar (%)	Jumlah salah (%)	Nilai
1.	88	12	88

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa nilai hasil dari posttest yang dilakukan pada Ibu PKK sebanyak 81 orang mendapatkan nilai 88.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa terdapat kenaikan nilai yang diperoleh Ibu PKK setelah dilakukan pendidikan kesehatan Demam Berdarah Dengue (DBD). Menurut Yusyaf dkk (2012), pendidikan kesehatan dengan metode pendidikan individual mempunyai efek nyata dalam meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit DBD.

5. Evaluasi Keterampilan Kader saat Penyuluhan Kesehatan

Tabel 3. Evaluasi Keterampilan Kader saat Penyuluhan Kesehatan

No	Kriteria	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Baik	6	28,6
2.	Cukup	11	52,4
3.	Kurang	4	19,0

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa enam kader memiliki keterampilan yang baik saat memberikan penyuluhan kesehatan DBD. Sebelas kader memiliki keterampilan cukup dan sisanya empat kader memiliki keterampilan kurang. Kurangnya pelatihandan pembinaan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang memadai bagi kader berdampak terhadap keterampilan atau kemampuan kader dalam memberikan penyuluhan kesehatan.

Berdasarkan uraian di atas, makasecara sederhanapendidikan dapat diartikan sebagaiusaha manusia untuk membinakepribadiannya sesuai dengan kondisiprimitifnya atau berlangsung prosespendidikan. Secara umum pendidikan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat. Pendidikan merupakan dasar dalam pengembangan atau pembangunan wawasan seseorang, untuk menerima pengetahuan dan perilaku baru. Seorang kader yang telah mendapat pelatihan diharapkan pengetahuannya meningkat dan mempunyai keterampilan dalam program kegiatan posyandu seperti penyuluhan kesehatan (Harisman dan Nuryani, 2012).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Kegiatan Jumat bersih yang dilakukan di desa Lojejer belum dapat berjalan secara rutin dikarenakan kesadaran masyarakat yang kurang dan kesibukan masyarakat. Kegiatan Jumat bersih yang dilakukan hanya satu kali tidak dapat dijadikan sebagai indikator keberhasilan dari kegiatan Jumat bersih.
2. Demam berdarah merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh vektor nyamuk *Aedes aegypti*. Penyakit ini dapat dicegah dengan melakukan PSN di setiap rumah warga untuk meningkatkan ABJ. Dari PSN yang dilakukan dari minggu ke minggu angka 3M meningkat dan angka ABJ mengalami penurunan dan kenaikan seiring dengan perilaku masyarakat dalam menerapkan 3M di rumah.
3. Kader demam berdarah yang terbentuk dan diberikan pelatihan selama 3 kali ditunjukkan dari hasil kuesioner bahwa mengalami peningkatan pengetahuan.
4. Setelah dilakukan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang DBD, pengetahuan masyarakat Desa Lojejer meningkat sebesar 19%.
5. Hasil evaluasi keterampilan kader menunjukkan enam kader memiliki keterampilan yang baik saat memberikan penyuluhan kesehatan DBD. Sebelas kader memiliki keterampilan cukup dan sisanya empat kader memiliki keterampilan kurang.

SARAN

1. Peneliti berharap kegiatan Jumat bersih dapat berjalan secara rutin sehingga dapat memberikan dampak yang positif pada keadaan lingkungan sekitar tempat tinggal.
 2. Bagi penelitian selanjutnya diharapkan dapat meneliti faktor apa saja yang mempengaruhi perilaku PSN masyarakat.
 3. Hasil penelitian ini akan disosialisasikan kepada masyarakat supaya pemahaman kader demam berdarah tentang Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) bisa ditingkatkan lagi, misalnya dengan mengadakan seminar-seminar tentang penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) dan mengadakan kerja bakti untuk menghindari penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD). Diharapkan mahasiswa dalam mengabdikan kepada masyarakat yang selanjutnya untuk lebih detail lagi dalam melakukan penelitian dan menambah variasi penelitian dengan desain penelitian yang lebih baik lagi dengan memilih teknik pengambilan data yang lebih baik untuk mengurangi kebiasaan hasil penelitian.
 4. Bagi peneliti selanjutnya dapat meneliti tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap masyarakat dalam mencegah dan menanggulangi penyakit DBD.
 5. Diadakan pelatihan dan pembinaan rutin bagi kader-kader posyandu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang memadai bagi kader dalam menjalankan fungsi dan tugasnya sebagai kader.
 6. Diharapkan dari berbagai kegiatan yang ada dalam program Gebas DeDe ini dapat memandirikan masyarakat Desa Lojejer Kecamatan Wuluhan Kabupaten dalam melakukan pencegahan dan penanggulangan penyakit DBD sehingga derajat kesehatan masyarakat meningkat.
-

UCAPAN TERIMA KASIH

DIKTI dalam pemberian dana Program Hibah Bina Desa. Puskesmas Lohjejer dan Desa Lohjejer beserta elemen masyarakatnya atas kerja sama dalam pembinaan desa. Senat Mahasiswa PSIK Universitas Jember dan PSIK Universitas Jember atas ijin dan dukungan pembinaan. Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep. Kom atas bimbingannya selaku dosen pembimbing dalam PHBD DIKTI.

DAFTAR RUJUKAN

- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Chadjah, S., Rosmini, dan Halimuddin. 2011. Peningkatan Peran Serta Masyarakat dalam Pelaksanaan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) di Dua Kelurahan di Kota Palu, Sulawesi Tengah.
<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/view/82>. [Diakses tanggal 30 September 2013].
- Febry, A. B. 2010. *Smart Parents: Pandai Mengatur Menu dan Tanggap Saat Anak Sakit*. Jakarta: Gagas Media.
- Harisman dan Nuryani, Dina Dwi. 2012. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keaktifan Kader Posyandu di Desa Mulang Maya Kecamatan Kotabumi Selatan Kabupaten Lampung Utara Tahun 2012. *Jurnal*. Lampung: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Malahayati B. Lampung.
- Hastuti, O. 2008. *Demam Berdarah Dengue: Penyakit dan Cara Pencegahannya*. Yogyakarta: Kanisius.
- Yusyaf, S. R., Agrina, dan Dewi, Y. I. 2012. Efektifitas Pendidikan Kesehatan Menggunakan Metode Pendidikan Individual Terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga Tentang Demam Berdarah Dengue.

**PENGARUH PENYULUHAN PENYAKIT TB PARU DENGAN AUDIO VISUAL
TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN
PADA KELUARGA DENGAN TB PARU DI WILAYAH
KERJA PUSKEMAS GURAH**

Moch. Maftuchul Huda¹

Fita Eny Purwanti²

¹Dosen Prodi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Karya Husada Kediri

²Civitas Prodi S1 Ilmu Keperawatan Karya Husada Kediri

ABSTRACT

*Tuberculosis is an infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*, so it causing a high risk of infection on the family. The knowledge of families about pulmonary tuberculosis is needed to be increased through counseling using audio-visual which can be captured by the sense of sight and hearing. The objective of this research was to know whether there is influence of counseling about pulmonary tuberculosis with audio-visual toward behavior prevention of transmission in families with pulmonary tuberculosis. The research design used Pre-Experimental using One Group Pre Post Test Design. Amount of samples were 40 respondents, selected using technique of purposive sampling. Measuring instrument used checklists with statistical test of Wilcoxon. The research results of pulmonary tuberculosis transmission prevention behaviors before conducted the interventional most a half (40%) were categorized as enough and after the intervention the majority (72.5%) were categorized as good. The result of statistical test obtained that $Sig(p) = 0.000$, $\alpha = 0.05$ then $Sig(p) < \alpha$ so H_0 was rejected, mean there was the influence of counseling about pulmonary tuberculosis disease with Audio Visual toward behavior prevention of transmission in families with pulmonary tuberculosis in work area of Gurah public health center. There is such influence, due to the use of Audio Visual media has many advantages in the process of conveying information involves the senses of hearing and sight. Excess of Audio Visual media which can improve the ability of perception and imagination, improving learning transferabilities, improving memory and create a learning environment that is becoming increasingly attractive facilitate in making the application. The research results indicated there is effect of counseling about pulmonary tuberculosis disease with Audio Visual toward behavior prevention of transmission in families with pulmonary tuberculosis. Health workers are expected to be often to deliver audio-visual counseling especially about behavior prevention of pulmonary tuberculosis transmission because audio-visual can improve the ability of perception, imagination, memory and applications.*

Key words: Audio Visual counseling, behavior prevention of transmission, Pulmonary Tuberculosis.

PENDAHULUAN

Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu penyumbang jumlah penemuan penderita TB paru terbanyak di Indonesia dibawah Jawa Barat, angka penemuan kasus baru BTA positif (CDR) tahun 2009 sebesar 54%, dengan jumlah kasus sebanyak 20.902 penderita. Kondisi tersebut masih jauh dari target CDR yang ditetapkan yaitu 70%¹. Hasil studi pendahuluan didapatkan jumlah keluarga dengan TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Gurah sebanyak 14 keluarga. Setelah dilakukan pemantauan ditemui ada 42% penderita TB Paru yang berkunjung ke Puskesmas untuk berobat, saat batuk tidak

menutup mulutnya baik dengan tangan atau dengan tissue. Didapatkan data dari 57% keluarga dengan TB Paru tersebut bahwa peralatan makan untuk anggota keluarganya yang menderita TB yakni piring, gelas, sendok di rumah tidak berbeda dengan anggota keluarganya yang sehat. Kejadian ini menggambarkan penderita TB Paru dan keluarga mempunyai pengetahuan yang kurang tentang penyakit TB Paru dan perilaku pencegahan penularan penyakit TB Paru yang dapat mengakibatkan insiden penularan.

Peningkatan angka kejadian TB Paru memungkinkan terjadi penularan secara langsung yang akibatnya jumlah penderita TB juga semakin bertambah. Hal ini terjadi karena kurangnya kesadaran akan pentingnya kesehatan bagi kehidupan dan kurangnya pengetahuan akan cara pencegahan penularan penyakit ini. Misalnya mereka sudah batuk begitu lama tidak langsung memeriksakan ke dokter tetapi menganggap batuk itu akan sembuh dengan sendirinya sehingga penyakit tersebut akan cepat menular kepada orang disekitarnya, karena penyakit TB Paru ini bisa menular melalui udara yang sudah tercemar dengan *Mycrobakterium tuberculosis* yang dilepaskan saat penderita TB batuk. Jika dalam satu keluarga ada salah satu anggota yang menderita TB Paru maka besar kemungkinan anggota keluarga yang lainnya dalam satu rumah dapat tertular penyakit tersebut. Keluarga mempunyai hubungan yang kuat dengan status kesehatan anggota keluarganya, peran keluarga juga sangat penting dalam setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga. Adanya masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga dapat menyebabkan ditemukannya faktor-faktor resiko pada anggota lain.

Peran tenaga kesehatan sangat dibutuhkan dalam pemberian pendidikan kesehatan tentang TB Paru misalnya dengan penyuluhan sehingga pencegahan penyakit TB Paru dapat dilakukan sedini mungkin. Penyuluhan bisa dilakukan dengan berbagai media, salah satunya melalui media audio visual yaitu alat bantu lihat-dengar, seperti TV dan video cassette. Media audio visual dapat membangun kondisi yang membuat peserta penyuluhan mampu memperoleh pengetahuan, keterampilan dan sikap karena media audio visual memiliki beberapa sifat, yaitu kemampuan untuk meningkatkan persepsi, kemampuan untuk meningkatkan pengertian, kemampuan untuk meningkatkan transfer belajar, kemampuan untuk memberikan penguatan pengetahuan hasil yang dicapai, dan kemampuan untuk meningkatkan ingatan. Penyuluhan ini akan menambah pengetahuan tentang pencegahan penularan bagi keluarga dengan TB Paru dan kemudian membentuk suatu perilaku yang tepat dalam pencegahan penularan penyakit TB Paru pada anggota keluarga, lingkungan dan masyarakat.

Pengetahuan, sikap dan perilaku penderita TB serta keluarga itu sangat penting, jika ada satu anggota keluarganya yang menderita TBC maka mereka harus benar – benar menjaga kebersihan dan kesehatan agar seluruh keluarga tidak tertular. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh Penyuluhan Penyakit TB Paru Dengan Audio Visual Terhadap Perilaku Pencegahan Penularan Pada Keluarga Dengan TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Gurah”.

METODE PENELITIAN

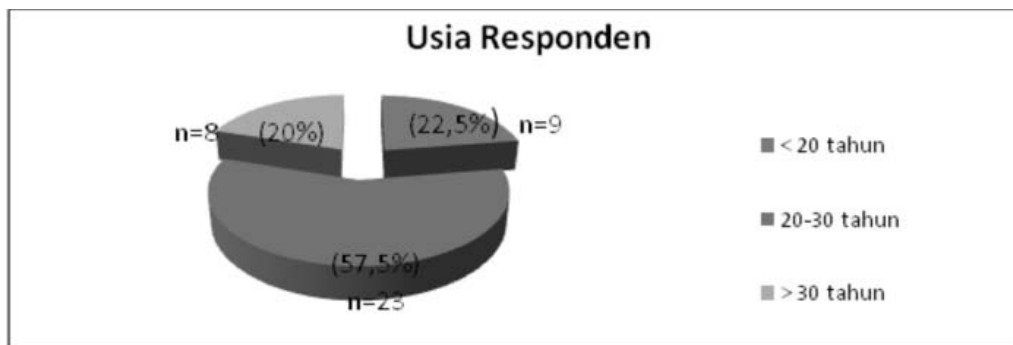
Metode Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Pra Experiment* menggunakan *One Group Pra-post Test design* yang menggunakan satu kelompok perlakuan. Sampel dalam penelitian adalah keluarga dengan TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Gurah yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 40 responden. Teknik Sampling yang digunakan adalah *Purposive Sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi dengan yang dikehendaki peneliti². Kriteria Inklusi: Keluarga yang tidak mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran, keluarga yang tidak mengalami gangguan jiwa, keluarga yang tinggal satu rumah yang berada dalam wilayah kerja yang ditentukan untuk penelitian. Teknik Pengumpulan Data: Pengumpulan data dimulai dari pengajuan izin kepada Bakesbang Polinmas, Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri dan Puskesmas Gurah untuk melakukan penelitian. Peneliti memberikan surat persetujuan (*informed consent*) kepada responden. Peneliti melakukan

observasi dan wawancara perilaku keluarga dengan TB Paru dalam pencegahan penularan sebelum diberikan penyuluhan. Peneliti memberikan penyuluhan tentang penyakit TB Paru dengan audio visual. Peneliti melakukan observasi dan wawancara perilaku keluarga dengan TB Paru dalam pencegahan penularan setelah diberikan penyuluhan penyakit TB Paru dengan Audio Visual.

HASIL PENELITIAN

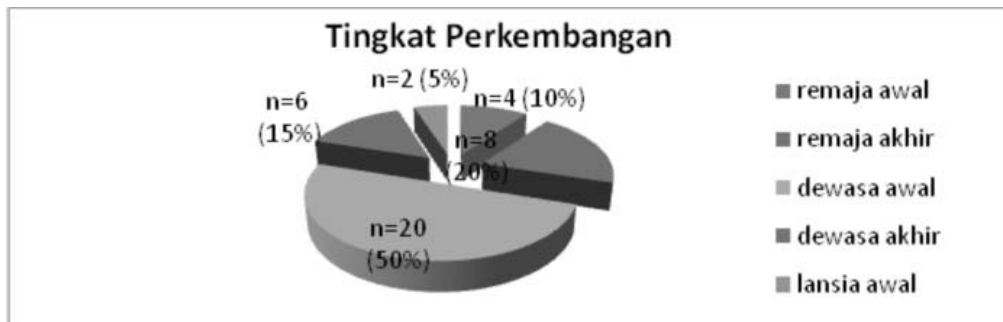
Penyajian data karakteristik responden meliputi: usia, tingkat perkembangan, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, informasi.

Diagram 1.1 karakteristik usia responden



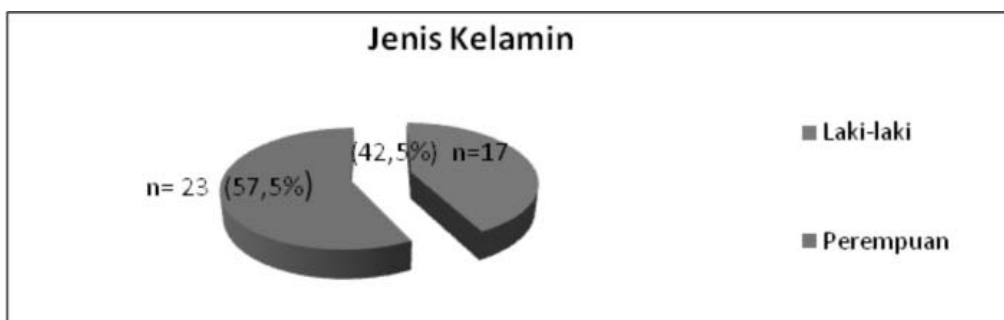
Dari diagram 1 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar (57,5%) berusia 20-30 tahun.

Diagram 2. Karakteristik responden berdasarkan tingkat perkembangan.



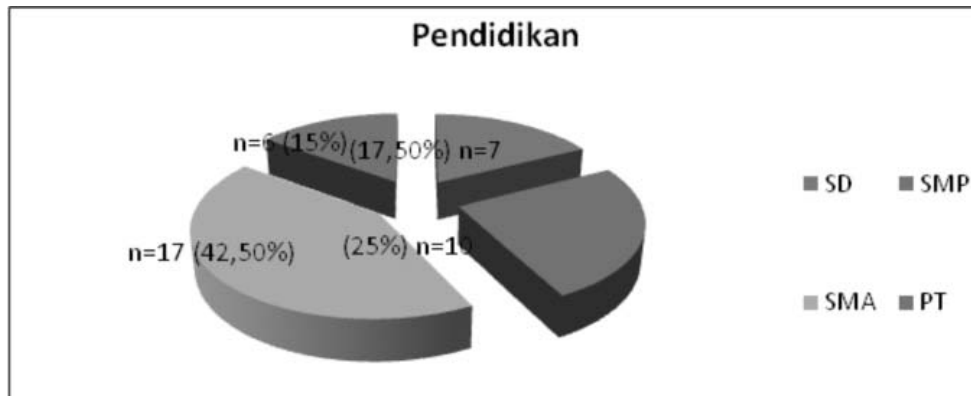
Dari diagram 2 diatas menunjukkan bahwa setengahnya (50%) dalam tingkat perkembangan dewasa awal.

Diagram 3. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.



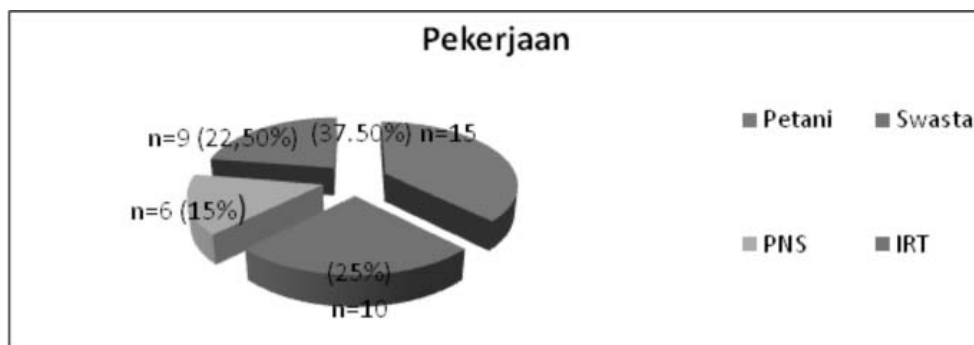
Dari diagram 3 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar (57%) berjenis kelamin perempuan.

Diagram 4. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan.



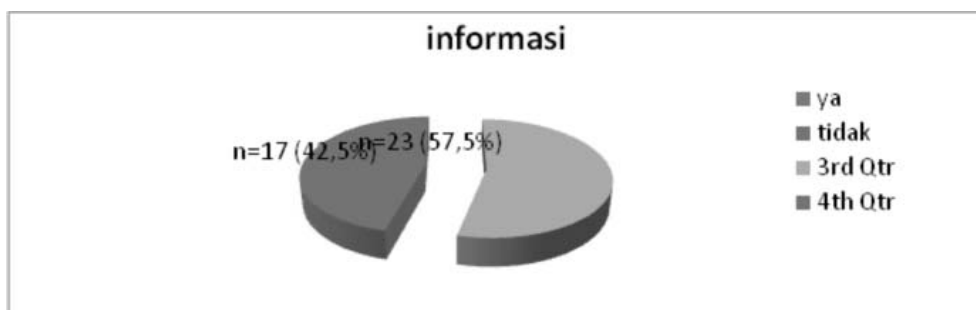
Dari diagram 4 diatas menunjukkan bahwa hampir setengahnya (42,5%) pendidikan terakhir SMA.

Diagram 5. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan.



Dari diagram 5 diatas menunjukkan bahwa hampir setengahnya (37,5%) bekerja sebagai petani.

Diagram 6. Karakteristik responden berdasarkan informasi yang didapat.



Dari diagram 6 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar (57,5%) tidak mendapatkan informasi.

Tabel 1. Distribusi perilaku pencegahan penularan TB Paru Pre dengan Post Intervensi

Kriteria perilaku pencegahan penularan TB Paru	Pre		Post	
	n	(%)	N	(%)
Baik	9	22,5	29	72,5
Cukup	16	40	11	27,5
Kurang	11	27,5	0	0
Tidak baik	4	10	0	0
Total	40	100	40	100

P value=0,000

Dari data tabel 1 menunjukkan hasil analisis menggunakan Uji Wilcoxon dengan komputerisasi diperoleh Sig (α)=0,000, α =0,05 maka Sig(< α) maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh penyuluhan penyakit TB Paru dengan Audio Visual terhadap perilaku pencegahan penularan pada keluarga dengan TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Gurah.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan perilaku dalam pencegahan penularan TB Paru saat sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan dengan Audio Visual. Sebelum dilakukan penyuluhan dengan Audio Visual, didapatkan data bahwa perilaku pencegahan penularan TB Paru yang dilakukan responden hampir setengahnya (40%) dikategorikan cukup dan setelah dilakukan penyuluhan dengan Audio Visual sebagian besar (72,5%) dikategorikan baik. Perilaku yang mengalami perubahan terbanyak adalah perilaku keluarga dalam menganjurkan penderita TB Paru menutup mulut saat batuk dengan tangan, sapu tangan atau tissue, perilaku ini mengalami peningkatan sebanyak 30%. Anggota keluarga yang sehat tidak berbicara terlalu dekat dengan penderita, mengalami peningkatan sebanyak 32,5% dan anggota keluarga yang sehat tidak tidur dengan penderita mengalami peningkatan sebanyak 52,5%.

Peningkatan perilaku pencegahan penularan TB Paru ini dikarenakan bertambahnya informasi yang didapat oleh responden. Selain itu juga dipengaruhi oleh faktor usia, tingkat perkembangan, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Dari segi usia dan tingkat perkembangan sebagian besar responden berusia 20-30 tahun dalam kategori dewasa awal, maka daya tangkap dalam menerima informasi dalam tingkat bagus. Dari segi jenis kelamin sebagian besar responden adalah perempuan, yang memiliki waktu lebih banyak dirumah dan melakukan perilaku pencegahan dengan baik. Dari segi pendidikan sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan yang tinggi yaitu SMA. Dengan latar belakang tingkat pendidikan yang tinggi maka daya tangkap dalam menerima informasi akan lebih mudah dan lebih mengerti akan pentingnya perilaku sehat, sehingga responden dengan tingkat pendidikan SMA mengalami peningkatan perilaku pencegahan

penularan TB yang baik. Dari segi pekerjaan, hampir setengahnya responden memiliki pekerjaan sebagai petani dimana pekerjaan tersebut masih dalam lingkup lingkungan rumah sehingga waktu untuk berkumpul bersama keluarga dan waktu untuk menerima informasi cukup banyak sehingga terjadi peningkatan perilaku pencegahan penularan TB Paru yang baik. Dari adanya peningkatan prosentase maka hal ini menunjukkan adanya pengaruh penyuluhan penyakit TB Paru dengan Audio Visual terhadap perilaku pencegahan penularan pada keluarga dengan TB Paru.

Peneliti berpendapat bahwa untuk meningkatkan perilaku pencegahan penularan TB Paru ini sebaiknya dilakukan dengan pemberian pendidikan kesehatan dengan cara penyuluhan menggunakan media Audio Visual. Dengan penyuluhan akan terjalin kontak antara keluarga dengan pemberi penyuluhan dengan lebih intensive dan keluarga dengan kesadaran akan menerima informasi yang disampaikan dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Penggunaan media Audio Visual ini memiliki banyak kelebihan dalam proses menyampaikan informasi karena melibatkan indra pendengaran dan penglihatan. Kelebihan dari media Audio Visual diantaranya dapat meningkatkan kemampuan dalam persepsi dan imajinasi, meningkatkan kemampuan transfer belajar, meningkatkan daya ingat dan membuat suasana belajar menjadi semakin menarik yang memudahkan dalam melakukan aplikasi.

Hasil analisis menggunakan Uji Wilcoxon dengan komputerisasi diperoleh $Sig(=0,000,= 0,05$ maka $Sig(<$ maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh penyuluhan penyakit TB Paru dengan Audio Visual terhadap perilaku pencegahan penularan pada keluarga dengan TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Gurah.

KESIMPULAN

Penyuluhan penyakit TB Paru dengan Audio Visual mempengaruhi perilaku pencegahan penularan pada keluarga dengan TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Gurah.

Saran

1. Bagi Perawat

Perawat sebaiknya dapat berperan aktif dalam meningkatkan kegiatan pemberian pendidikan kesehatan dengan model penyuluhan kesehatan menggunakan Audio Visual agar dapat memudahkan dalam menerima pembelajaran dan meningkatkan perilaku pola hidup sehat pada masyarakat.

2. Bagi Puskesmas Gurah

Hendaknya Puskesmas Gurah memberikan pendidikan kesehatan dalam bentuk penyuluhan dengan Audio Visual khususnya tentang perilaku pencegahan penularan penyakit TB Paru.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini hendaknya dapat digunakan untuk tambahan materi pembelajaran dalam penyuluhan dengan metode Audio visual.

DAFTAR PUSTAKA

- Tim Penulis, 2009. Tuberculosis di Jawa Timur, (Online), (<http://profilkesehatanjatim.or.id/>) diakses tanggal 19 Oktober 2012.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika, Jakarta.
- Anonymous. 2010. Tahapan Penyuluhan. (Online). (<http://nursingbegin.com/cara-memberi-penyuluhan/>) diakses tanggal 29 November 2012.
- Anonymous. 2011. Media Audio Visual dalam Pembelajaran. (Online). (<http://sarjanaku.com/2011/05/media-audio-visual.html>) diakses tanggal 15 November 2012.
- Arsyad, Azhar. 2008. *Media Pembelajaran*. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Arif Mansjoer, dkk. *Kapita Selekta Kedokteran. Tuberculosis Paru*. Media Aesculapius FKUI, Jakarta, hal. 472.
- Ardiansyah, Muhamad. 2012. *Medikal Bedah. TBC Paru*. Diva Press, Jogjakarta, hal. 290-309.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian (Suatu Pendekatan Praktis)*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Ayu, Komang. 2009. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. ECG, Jakarta, hal. 1-2.
- Brunner & Suddarth. 2003. *Keperawatan Medikal Bedah*. EGC, Jakarta, hal. 584-587.
- Friedman, Marilyn. 1998. *Keperawatan Keluarga, Teori dan Praktek*. EGC, Jakarta.
- John Crofton, dkk. 2003. *Tuberkulosis Klinis*. Widya Medika, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. PT. Rineka Cipta, Jakarta, hal. 114-128.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Pedoman Praktis Penulisan Riset Kesehatan*. PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Sugiyono. 2007. *Statistika Untuk Penelitian*. Alfabeta. Bandung.
-

**PENGARUH ABDOMINAL STRETCHING EXERCISE
TERHADAPPENURUNAN SKALA NYERI MENSTRUASI PADA REMAJA
SISWI SMP NEGERI 1 INDRALAYA**

*Ns. Putri Widita M., S.Kep., M.Kep ;Herliawati, S.Kp., M.Kes. ;Erpina S.Kep.
PSIK FK Universitas Sriwijaya*

ABSTRACT

Menstrual pain is one of the most common gynecological complaints in adolescents and young adult women. Menstrual pain occurs due to prostaglandin F_{2α}, which is a strong stimulatory myometrium and endometrium vasoconstrictor. The purpose of this research is to determine the effect of abdominal stretching exercises to decrease menstrual pain scale. Research design used in is pre experimental with one group pretest and posttest design. The study was conducted on 32 adolescents eighth class at Junior high school 1 Indralaya. Sampling was done nonprobability sampling method through purposive sampling. The result of this research, mean of pain scale decrease is 2,75 that from 4,81 to 2,06 after intervention of abdominal stretching exercise. Parametric test using paired sample t test with significant level $\alpha = 0.05$. Result showed p value 0.01 that there effect of abdominal stretching exercises to decrease menstrual pain scale. Adolescents are expected to apply abdominal stretching exercise to overcome and prevent menstrual pain 2-3 times a week regularly.

Keywords: abdominal stretching exercise, menstrual pain, pain scale, adolescent

Reference : 30 (2000-2011)

PENDAHULUAN

Nyeri menstruasi merupakan salah satu keluhan ginekologi yang paling umum pada remaja dan wanita muda⁽⁴⁾. Hampir seluruh wanita mengalami rasa tidak nyaman seperti nyeri perut bagian bawah dan biasanya disertai dengan pusing, mual, bahkan sampai pingsan⁽¹⁾. Prevalensi nyeri menstruasi pada remaja cukup tinggi. Hasil studi epidemiologi di Amerika Serikat sebesar 59,75%⁽¹⁾, di Malaysia sebesar 67,7%⁽⁷⁾, di Ghana sebesar 74,4%⁽³⁾, dan di Indonesia sendiri angka kejadian nyeri menstruasi pada remaja sebesar 54,89%⁽¹⁰⁾.

Nyeri menstruasi memaksa wanita untuk istirahat sehingga berakibat pada penurunan kinerja dan terganggunya aktivitas sehari-hari⁽¹⁰⁾. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gunawan (2002) di empat SLTP Jakarta menunjukkan 76% siswi tidak masuk sekolah karena nyeri menstruasi, 27% memerlukan obat dan mengganggu aktivitas, dan 8,3% sangat mengganggu aktivitas meskipun telah mengkonsumsi obat⁽¹⁾.

Menurut French (2005), untuk mengatasi nyeri menstruasi diantaranya dapat dilakukan dengan *exercise*⁽²⁾. Salah satu *exercise* yang digunakan untuk menurunkan nyeri menstruasi yaitu *abdominal stretching exercise*. Menurut Harry (2007) dikutip oleh Ningsih (2011), ketika seseorang melakukan *exercise*, maka endorfin akan keluar dan ditangkap reseptor didalam hipotalamus dan sistem limbik yang berfungsi sebagai pengatur emosi. Kadar endorfin yang meningkat dapat mengurangi rasa nyeri saat kontraksi karena hormon ini berfungsi sebagai obat penenang alami, sehingga menimbulkan rasa nyaman⁽⁹⁾.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti terhadap 122 remaja putri kelas VIII di SMP Negeri 1 Indralaya, terdapat 91 siswi yang sudah mengalami menstruasi. 79,1%

dari remaja siswi yang sudah mengalami menstruasi tersebut mengeluhkan nyeri/kram perut bagian bawah saat menstruasi. Dari semua siswi yang mengeluhkannya, 52,7% siswi menyebutkan cara mengatasinya hanya dengan tidur atau istirahat, sedangkan yang lainnya dengan cara dibiarkan atau menahan rasa nyerinya, minum obat, banyak minum air putih, mengoleskan minyak kayu putih atau balsem, memijat-mijat pada bagian perut, serta mengurangi gerakan. Belum ada metode secara non farmakologis yang digunakan siswi untuk mengatasi nyeri tersebut.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh *abdominal stretching exercise* terhadap penurunan skala nyeri menstruasi pada remaja siswi kelas VIII di SMP Negeri 1 Indralaya tahun 2013.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan *Pra experimental design* yang menggunakan rancangan *One group pretest and posttest design*. Instrumen penelitian menggunakan kuisioner pengukuran skala nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS), yang terdiri dari sebuah garis horizontal yang dibagi secara rata menjadi 10 segmen dengan nomor 0-10.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja siswi kelas VIII di SMP Negeri 1 Indralaya yang mengalami nyeri menstruasi. Berdasarkan studi pendahuluan tanggal 23 Maret 2013 jumlah populasi dalam penelitian ini adalah 72 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *nonprobability sampling* melalui *purposive sampling*, sebanyak 32 remaja siswi kelas VIII yang memenuhi kriteria inklusi untuk menjadi sampel dalam penelitian ini.

Penelitian ini dilaksanakan di SMP Negeri 1 Indralaya dari bulan Mei-Juli 2013. Pertama peneliti menjelaskan kepada responden tujuan dan prosedur penelitian. Responden yang telah bersedia dan memenuhi kriteria inklusi diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* dan mengisi data demografi. Selanjutnya peneliti membagikan lembar pedoman dan menjelaskan tentang *abdominal stretching exercise*, lama pelaksanaan, dan mengajarkan gerakan-gerakannya.

Pelaksanaan *abdominal stretching exercise* dilakukan satu kali pada hari pertama sampai hari ketiga menstruasi selama 10-15 menit dengan pengawasan peneliti. Responden diminta mengisi kuisioner terlebih dahulu sebelum dilakukan *abdominal stretching exercise*, kemudian responden diminta mengisi kuisioner kembali setelah dilakukan *abdominal stretching exercise* menggunakan kuisioner *Numerik rating scale* (NRS).

HASIL

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi skala nyeri menstruasi sebelum dilakukan *abdominal stretching exercise*

Skala nyeri menstruasi pre intervensi	Frekuensi	Persentase (%)
2	2	6,2
3	6	18,8
4	6	18,8
5	8	25,0
6	5	15,6
7	2	6,2
8	3	9,4
Total	32	100

Tabel 4.2 Rata-rata skala nyeri menstruasi sebelum dilakukan *abdominal stretching exercise*

Variabel	Mean	SD	Min-Max	95% CI
Skala nyeri menstruasi pre intervensi	4,81	1,674	2 – 8	4,21-5,42

Berdasarkan tabel 4.2, didapatkan hasil rata-rata skala nyeri sebelum dilakukan *abdominal stretching exercise* sebesar 4,81 dengan standar deviasi 1,674. Skala nyeri terendah adalah 2 dan skala nyeri tertinggi adalah 8.

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi skalanyeri menstruasi) setelah dilakukan *abdominal stretching exercise*

Skala nyeri menstruasi post intervensi	Frekuensi	Persentase (%)
0	3	9,4
1	7	21.9
2	11	34,4
3	8	25.0
4	2	6.2
5	1	3.1
Total	32	100.0

Tabel 4.4 Rata-rata skala nyeri menstruasi setelah dilakukan *abdominal stretching exercise*

Variabel	Mean	SD	Min - Max	95% CI
Skala nyeri menstruasi post intervensi	2,06	1,190	0-5	1,63-2,49

Berdasarkan tabel 4.4, didapatkan hasil rata-rata skala nyeri menstruasi setelah dilakukan *abdominal stretching exercise* sebesar 2,06 dengan standar deviasi 1,190. Skala nyeri terendah adalah 0 dan skala nyeri tertinggi adalah 5.

Tabel 4.5 Perbedaan rata – rata skala nyeri menstruasi sebelum dan sesudah dilakukan *abdominal stretching exercise*

No.	Variabel	N	Mean	P Value
1	Skala nyeri menstruasi pre intervensi		4,81	
2	Skala nyeri menstruasi post intervensi	32	2,06	0,01
	Selisih		2,75	

Tabel 4.5 memperlihatkan bahwa terdapat penurunan rata-rata skala nyeri menstruasi sebesar 2,75 yaitu dari 4,81 sebelum dilakukan *abdominal stretching exercise* menjadi 2,06 setelah dilakukan *abdominal stretching exercise*. Analisis berdasarkan uji *paired sample t test* menunjukkan menunjukkan bahwa nilai *p value* sebesar 0,01 lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ yang berarti ada pengaruh *abdominal stretching exercise* terhadap penurunan skala nyeri.

PEMBAHASAN

Pada saat menstruasi, terkadang wanita merasakan nyeri dengan tingkat bervariasi mulai dari nyeri yang ringan hingga nyeri berat⁽⁶⁾. Hal ini dibuktikan dengan pengukuran skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS), dari 32 responden didapatkan hasil skala nyeri dimulai dari skala 2 (6,2%) mencapai skala 8 (9,4%). Dari hasil penelitian didapat juga rata-rata skala nyeri sebelum dilakukan *abdominal stretching exercise* sebesar 4,69 dengan persentase skala terbanyak adalah 5 (25%) dan persentase skala nyeri yang paling sedikit adalah 2 dan 7 (6,2%).

Nyeri menstruasi dapat terjadi karena prostaglandin $F2\alpha$, yaitu suatu stimulan miometrium yang kuat dan vasokonstriktor (penyempit pembuluh darah) yang ada di endometrium sehingga terjadi kontraksi miometrium yang berlebihan dan kontraksi pembuluh darah uterus yang kemudian berakibat timbulnya nyeri/kram pada abdomen bagian bawah dan dapat menyebar ke bagian pinggang atau paha pada remaja⁽¹⁾.

Hasil penelitian setelah dilakukan *abdominal stretching* didapat rata-rata skala nyeri 2,06 dengan skala nyeri paling tinggi yaitu 5 (3,1%) dan pada 3 responden (9,4%) menyatakan bahwa setelah melakukan *abdominal stretching exercise* tidak merasakan nyeri atau skala 0. Persentase skala nyeri menstruasi terbanyak setelah dilakukan *abdominal stretching exercise* juga mengalami penurunan, yaitu sebelumnya terbanyak pada skala 5 masing-masing (25%) menjadi hanya skala 2 (34,4%) setelah perlakuan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh *abdominal stretching exercise* terhadap penurunan skala nyeri menstruasi. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Ningsih (2011) yang menyatakan paket pereda (kombinasi *abdominal stretching exercise* dan terapi air putih) efektif terhadap penurunan intensitas nyeri menstruasi⁽⁹⁾.

Rata-rata penurunan skala nyeri pada penelitian ini sebesar 2,75 yaitu dari 4,81 menjadi 2,06 setelah dilakukan *abdominal stretching exercise*. Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Jerdy, et al. (2012) yang menyebutkan bahwa *stretching exercise* efektif dalam mengurangi intensitas nyeri dengan hasil penelitian nyeri berkurang dari 7,65 menjadi 4,88⁽⁵⁾.

Penurunan nyeri yang terjadi disebabkan karena *exercise* yang dilakukan dapat meningkatkan vasodilatasi dan kemudian akan menurunkan iskemik, melepaskan opiat endogen spesifik yaitu beta endorphin yang dapat menekan prostaglandin yang merupakan penyebab nyeri menstruasi dan memperlancar aliran darah⁽¹¹⁾. Menurut Leuenberger (2006) Endorphin yang berfungsi sebagai opiate alami akan dihasilkan oleh kelenjar pituitary ke dalam sistem sirkulasi ketika melakukan *exercise*⁽⁸⁾. Kadar endorphin yang meningkat dapat mengurangi rasa nyeri saat kontraksi (Harry, 2007; dikutip Ningsih, 2011)⁽⁹⁾.

Latihan fisik juga memiliki hubungan yang signifikan dengan penurunan tingkat kelelahan otot. Remaja dengan nyeri menstruasi akan mengalami kram otot terutama pada abdomen bawah yang bersifat siklik disebabkan karena kontraksi yang kuat dan lama pada dinding uterus sehingga terjadi kelelahan otot dan *physical inactivity*, maka diperlukan *exercise* untuk menghilangkan nyeri/kram otot tersebut (Jham et al., 2008; dikutip Ningsih, 2011)⁽⁹⁾, dalam penelitian ini yaitu *abdominal stretching exercise*.

Abdominal stretching exercise adalah salah satu *stretching exercise* atau latihan peregangan otot yang dilakukan selama 10 menit terutama peregangan otot pada bagian perut terdiri dari enam gerakan *cat stretch*, *lower trunk rotation*, *buttock/hip stretch*, *abdominal strengthening (curl up)*, *lower abdominal strengthening*, dan *the bridge position*.

Berdasarkan hasil penelitian didapat *abdominal stretching exercise* dapat menurunkan 50-100% dari skala nyeri sebelum perlakuan.

Hal ini didukung oleh Wong, et al. (2002) yang menyatakan bahwa latihan dengan menggerakkan panggul dan posisi lutut dada serta latihan pernafasan dapat bermanfaat untuk mengurangi nyeri menstruasi⁽¹¹⁾. Taber (2005) dikutip Ningsih (2011) juga menyatakan bahwa salah satu cara untuk mengatasi nyeri menstruasi adalah dengan mengambil atau melakukan posisi menungging sehingga rahim tergantung kebawah, dan menarik nafas dalam secara perlahan untuk relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan otot yang menunjang nyeri⁽⁹⁾. Hal tersebut sesuai dengan gerakan *cat stretch*, *buttock/hip stretch*, dan *the bridge position* yang termasuk dalam *abdominal stretching exercise* dalam penelitian ini.

Berdasarkan hasil penelitian dan kaitan dengan penelien sebelumnya didapat bahwa *abdominal stretching exercise* berpengaruh terhadap penurunan skala nyeri menstruasi. *Abdominal stretching exercise* merupakan metode yang aman, mudah, tidak memerlukan biaya, dan tidak memiliki efek samping karna menggunakan proses fisiologis. Terapi ini dapat menurunkan kontraksi miometrium, mengurangi nyeri/kram abdomen bagian bawah, dan memperlancar aliran darah sehingga akhirnya dapat menurunkan nyeri pada remaja yang mengalami nyeri menstruasi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan ada perbedaan skala nyeri menstruasi sebelum dan setelah dilakukan *abdominal stretching exercise* sebesar 2,75 dengan standar deviasi 0,693 dan *p value* sebesar 0,01 lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ yang berarti ada pengaruh *abdominal stretching exercise* terhadap penurunan skala nyeri menstruasi.

Remaja dapat menerapkan teknik *abdominal stretching exercise* dalam mengatasinyeri menstruasi tidak hanya pada saat nyeri menstruasi tetapi dapat juga dilakukan sebelum menstruasi berupa tindakan pencegahan nyeri menstruasi yaitu dengan melakukan *abdominal stretching exercise* sebagai rutinitas remaja, misalnya dilakukan 2-3 kali dalam seminggu secara rutin.

Perawat komunitas bekerjasama dengan pihak sekolah dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan remaja melalui pendidikan kesehatan, berupa pengaktifan kembali pembinaan UKS dan memberikan edukasi tentang kesehatan reproduksi, fisiologis dan psikologis menstruasi, gangguan dan penanganan menstruasi, serta mengajarkan tehnik atau terapi yang digunakan untuk mengatasi nyeri menstruasi.

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan menggunakan alat ukur nyeri tidak hanya berdasarkan penilaian responden tetapi juga berdasarkan observasi peneliti seperti menggunakan skala *borbounis*. Penggunaan jumlah sampel juga diharapkan lebih besar dengan metode *quasi eksperiment*, pengontrolan variabel perancu lebih ketat, serta kombinasi dengan terapi nonfarmakologis lain dalam mencegah maupun mengatasi nyeri menstruasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Anugoro, D. (2011). *Cara jitu mengatasi nyeri haid*. Yogyakarta: C.V Andi
 2. French, L. (2000). Dysmenorrhea. *American Family Physican*, 108: 428-41
 3. Gumangga, S.K., & Aryee, R. (2012). Prevalence and severity of dysmenorrhea among some adolescent girls in a secondary school in accra, Ghana. *Postgraduate Medical journal of Ghana*, Vol 1: 1
 4. Harel, Z. (2006). Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management. *Jurnal Pediatric Adolesc Gynecol*, 19: 363-371
 5. Jerdy, S.S., Hosseini, R.S., Gh, M.E. (2012). Effects of stretching exercises on primary dysmenorrhea in adolescent girls. *Biomedical Human Kinetics*, 4: 127-132
 6. Kusmiran, E. (2011). *Kesehatan reproduksi remaja dan wanita*. Jakarta: Salemba medika
 7. Lee, L.K., Chen P.C., Lee, K.K., Kaur, J. (2006). Menstruation among adolescent girls in Malaysia: a cross-sectional school survey. *Singapore Med Jurnal*, 47(10) : 869
 8. Leuenberger, Andrea. (2006). Endorphin exercise and addiction: review of exercise dependence. *Journal for undergraduate publication in the neuroscience*
 9. Ningsih, R. Efektifitas paket pereda terhadap intensitas nyeri pada remaja dengan dismenore di SMAN Kecamatan Curup. *Tesis*. Universitas Indonesia: Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
 10. Proverawati, A. & Misaroh, S. (2011). *Menarche; menstruasi pertama penuh makna*. Yogyakarta : Nuha Medika
 11. Wong, D.L., Perry, S.E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L. (2002). *Maternal child nursing care, 2nd edision*. St Louis: Mosby
-

**EFEKTIFITAS “PAKET PROMKES BALITA SEHAT”
DALAM PENINGKATAN PELAYANAN KESEHATAN DI POSYANDU DI
KELURAHAN MAULafa KUPANG, TAHUN 2012**

Margaretha Teli, SKep, Ns, MSc

Dosen Keperawatan Komunitas pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Kupang

PENDAHULUAN

Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk masyarakat dan bersama masyarakat. Tujuan utama posyandu adalah meningkatkan pemberdayaan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan masyarakat untuk mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Kegiatan di posyandu sepenuhnya dilakukan oleh kader-kader kesehatan yang telah dilatih. Kader kesehatan adalah seorang tenaga sukarela yang direkrut dari, oleh dan untuk masyarakat, yang bertugas membantu kelancaran pelayanan kesehatan. Ada pun kegiatan posyandu meliputi pemantauan berat badan dengan menggunakan KMS, pemberian konseling gizi, pemberian pelayanan gizi berupa pemberian makanan tambahan, memberikan pelayanan kesehatan dasar seperti imunisasi balita maupun ibu hamil, penanggulangan diare, pelayanan KB dan KIA. Idealnya apabila semua peran ini dilakukan dengan baik oleh semua kader di posyandu, maka masalah kesehatan ibu dan anak dapat dengan cepat terdeteksi dengan demikian akan segera mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat.

Sayangnya beberapa kajian evaluasi pada kinerja kader posyandu di beberapa daerah menunjukkan masih rendahnya kinerja kader posyandu pada beberapa pelayanan kesehatan terutama pada tiga pelayanan utama seperti Gizi, Promosi kesehatan dan imunisasi. Penelitian yang dilakukan di kabupaten Bantul Yogyakarta menemukan bahwa 42,10% ibu kurang puas dengan pelayanan di Posyandu, dimana 55,77% ibu-ibu tidak puas dengan frekuensi kegiatan penyuluhan dan konseling yang sangat minim di posyandu yang berdampak pada rendahnya minat ibu-ibu untuk datang membawa anaknya ke Posyandu. Sementara data dari Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) sarana kesehatan sarana kesehatan yang paling banyak adalah posyandu, yakni mencapai 8.304 unit. Sementara itu dari 49 kelurahan yang ada di Kota Kupang tersebar 225 Posyandu. Saat ini dari 240-an ribu Posyandu di Indonesia hanya 43% anak balita yang aktif ke Posyandu. Di Kota Kupang terpantau 67% anak balita yang aktif ke Posyandu dari 504.900 anak balita.

Selain itu hasil supervisi Dinas Kesehatan di beberapa wilayah di Kota Kupang, menunjukkan masih tingginya kasus gizi kurang dan gizi buruk yang ditemukan di posyandu. Tingginya kasus gizi buruk balita yang menimbang di posyandu dipengaruhi oleh beberapa factor di antaranya factor perilaku dimana banyak bayi diberikan makanan pendamping ASI sebelum waktunya, pola asuh yang salah, pemberian ASI yang rendah (cakupan ASI eksklusif hanya 45,16%). Di samping itu juga dipengaruhi oleh kesadaran keluarga untuk memantau status gizi dengan berpartisipasi di posyandu yang kurang, serta dipengaruhi oleh penyakit infeksi, seperti penyakit diare, malaria, iSPA dan TB yang dapat mempengaruhi status gizi. Masalah tersebut disebabkan oleh banyak factor, seperti tingkat pengetahuan ibu balita yang kurang dalam merawat balitanya dikarenakan belum maksimalnya pelayanan kesehatan di posyandu.

Penelitian yang dilakukan Actin Contre La Faim, 2010 di beberapa daerah di Kabupaten Kupang yang diambil secara acak menunjukkan bahwa pada umumnya masyarakat cukup puas terhadap kinerja kader tetapi terbatasnya pelayanan yang diberikan terutama pelayanan penyuluhan

masih sangat minim bahkan sebagian besar tidak dilakukan dengan baik dan lengkap. Hal ini terbukti dari hasil penelitian dimana 30% ibu-ibu tidak mengetahui tentang makanan bergizi, 36,7% masyarakat tidak mengetahui ciri-ciri anak dengan gizi buruk, 30% ibu tidak mengetahui bahan makanan sumber protein, 40% ibu tidak mengetahui makanan sumber vitamin A. Hasil lain yang didapatkan di salah satu desa 80% ibu tidak memberikan kolostrum pada bayinya, 12,2% ibu memeriksakan ASI eksklusif kurang dari 4 bulan, dan 7,8% balita tidak mendapatkan ASI eksklusif. Ironisnya semua ibu yang menjadi responden dalam penelitian ini seringkali ke Posyandu.

Penelitian PLAN International di Puskesmas Manufui dan Lurasik Kefamenanu terhadap kinerja 80 kader posyandu didapatkan 28,8% kader tidak memberikan informasi tentang ASI Eksklusif pada ibu yang memiliki bayi 0 – 6 bulan, 48,8% kader tidak memberikan informasi tentang MP-ASI pada ibu yang memiliki bayi 6 – 12 bulan dan 80% kader tidak menanyakan kondisi kesehatan bayi sebulan terakhir dan menanyakan apakah ibu melaksanakan saran yang diberikan pada penimbangan sebelumnya. Dari total 80 kader, , didapatkan 76,3% kader memiliki kinerja yang kurang khususnya pada meja penyuluhan kesehatan. Adapun alasan yang menyebabkan para kader kurang memberikan penjelasan atau saran adalah kemampuan berkomunikasi yang kurang. Kemampuan menyampaikan pesan secara efektif sangat penting untuk mencapai tujuan yang optimal (Peppas & Jin, 1999). Selain itu penelitian yang dilakukan di Laos menemukan karena sebagian besar kader juga memahami pesan itu sendiri (Mayxay, et.al., 2004). Sementara penelitian di Lurasik dan Manufui kader tidak memberikan saran karena factor budaya, nilai praktek kesehatan yang sama yang kadang membuat kader ragu-ragu dan kurang percaya diri untuk memberikan banyak informasi.

Factor-faktor di atas tentunya harus dieliminasi sehingga kader kesehatan akan mampu menunjukkan kinerja yang baik. Pemberdayaan masyarakat sangat penting untuk mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat serta memanfaatkan sarana kesehatan untuk meningkatkan kesehatannya. Penyediaan paket promkes balita sehat di posyandu dikembangkan dengan menekankan pada upaya pemberdayaan masyarakat dalam hal ini kader-kader kesehatan dan masyarakat. Ada pun misi utama untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada semua masyarakat yang tinggal di wilayah kerja posyandu yang memiliki akses yang rendah terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Paket promkes balita sehat ini akan memberikan pelayanan berupa informasi-informasi yang dikemas dalam bentuk kartu-kartu informasi yang akan disampaikan oleh kader-kader posyandu di meja empat. Informasi ini disesuaikan dengan umur dan kondisi balita. Bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh kader dan petugas kesehatan dengan menggunakan kartu informasi di Meja IV yang berisi saran kesehatan untuk kesehatan tentang imunisasi, Gizi seimbang, Imunisasi TT, Tanda-tanda Bahaya Kehamilan dan MP-ASI.

TUJUAN DAN HIPOTESIS

Tujuan umum

Mengetahui efektifitas **Paket Promkes Balita sehat** dalam peningkatan pelayanan kesehatan posyandu di Kelurahan Maulafa Kupang.

Tujuan khusus

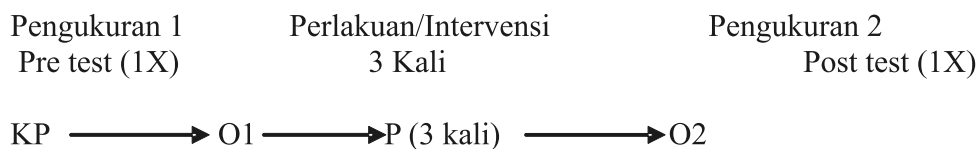
1. Mengidentifikasi pengetahuan dan sikap ibu-ibu yang memiliki balita sebelum dan sesudah penerapan paket promkes balita sehat di posyandu.
 2. Mengidentifikasi pengetahuan dan sikap kader sebelum dan sesudah penerapan paket promkes balita sehat di posyandu.
-

3. Mengidentifikasi jumlah kunjungan ke posyandu sebelum dan sesudah penerapan paket promkes balita sehat di posyandu.
4. Mengidentifikasi status pertumbuhan balita sebelum dan sesudah penerapan paket promkes balita sehat di posyandu.
5. Mengidentifikasi pengaruh paket promkes balita sehat di posyanduterhadap peningkatan cakupan pelayanan kesehatan di posyandu

Hipotesis : ada pengaruh Paket Promkes Balita Sehat terhadap peningkatan pelayanan kesehatan di Posyandu

METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk jenis penelitian kuantitatif dengan rancangan pra experimental **“One Group Pretest – Posttest design”** sebagai berikut:



Sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kader yang diambil adalah populasi kader Posyandu yang ada di 5 posyandu di Pustu Maulafa yang berjumlah 25 orang (5 orang di satu posyandu).
2. Untuk Ibu balita yang diambil sebagai sampel adalah sebanyak 50 orang Ibu, yang diambil dengan cara simple random sampling berdasarkan daftar hadir kehadiran anak balita.
3. Dokumen registrasi balita di 5 Posyandu Pustu Maulafa.

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan dan sikap kader Posyandu dan ibu-ibu yang memiliki balita, alat pemantauan status gizi. Untuk melihat jumlah kunjungan, cakupan imunisasi dengan menggunakan **check list** kunjungan. Untuk menilai status gizi dengan menggunakan standard baku menurut WHO (2005).

Data dianalisis secara deskriptif, dengan hasil berupa distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variable termasuk, mean, median, dan standard deviasi.

HASIL PENELITIAN

1. Tingkat pengetahuan Kader posyandu kelurahan Maulafa Sebelum dan sesudah dilakukan Tindakan.

Pengetahuan	Variabel			
	Tingkat pengetahuan sebelum		Tingkat pengetahuan sesudah	
	F	%	F	%
Baik	7	28	20	80
Cukup	15	60	5	20
Kurang	3	12	0	0

Distribusi proporsi tendensi central tingkat pengetahuan Kader posyandu kelurahan Maulafa Sebelum dan sesudah dilakukan Tindakan.

	X	Md	Mo	Skewed	Ket
Sebelum	2,16	2,18	2,00	1,11	Miring ke kanan
Sesudah	2,80	2,80	3,00	1,59	Miring kekanan

Dari 2 tabel diatas menunjukkan bahwa terdapat perubahan hasil pengetahuan kader-kader. Sebelum dilakukan pendampingan dalam kegiatan posyandu (paket promkes balita sehat) terdapat 60% (15 orang) berpengetahuan cukup, 3 orang (12%) berpengetahuan baik sebanyak 28% menjadi 80% berpengetahuan baik, dan 20% berpengetahuan cukup setelah diberikan tindakan. Sedangkan tabel 4.8 Distribusi frekuensi tendensi central sebelum dan sesudah perlakuan miring ke kanan dengan nilai rata-rata perlakuan mengalami perubahan dari 2,18 menjadi 2.80. Hal ini menunjukkan bahwa pendampingan posyandu dengan dengan kegiatan paket promkes balita sehat mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu-ibu kader posyandu.

2. Sikap-Sikap Kader Posyandu sebelum dan sesudah dilakukan tindakan

Pernyataan sikap	Penilaian Sikap kader posyandu											
	Sikap Sebelum						Sikap Sesudah					
	Ya		Ragu-Ragu		Tidak		Ya		Ragu-Ragu		Tidak	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Saya akan selalu datang melayani masyarakat pada setiap kegiatan	25	100					25	100				
Saya akan sangat senang jika semua ibu-ibu membawa anaknya rutin ke Posyandu untuk ditimbang	25	100					25	100				
Saya akan selalu menganalisa status Gizi balita yang ditimbang dengan tepat	25	100					25	100				

Pernyataan sikap	Penilaian Sikap kader posyandu											
	Sikap Sebelum						Sikap Sesudah					
	Ya		Ragu-Ragu		Tidak		Ya		Ragu-Ragu		Tidak	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Saya akan selalu memberikan penyuluhan kesehatan yang tepat saat posyandu	5	20	13	52	7	28	15	60	10	40		
Saya akan dengan senang hati memberikan informasi yang dibutuhkan masyarakat dengan baik	12	48	10	40	3	12	22	88	3	12		
Saya akan memberikan informasi dan motivasi serta saran bagi ibu-ibu pada saat posyandu	10	40	15	60			24	96	1	4		
Saya akan terus meningkatkan pengetahuan saya tentang pelayanan posyandu sehingga dapat saya bagikan pada ibu-ibu	25	100					25	100				
Saya akan sangat percaya diri memberikan informasi kepada ibu-ibu yang datang ke posyandu	10	40	10	40	5	20	18	72	5	20	2	8
Saya akan selalu memberikan saran kepada ibu-ibu yang memiliki bayi yang BB nya menurun	12	48	7	28	6	24	25	100				
Saya akan memberikan pujian kepada ibu-ibu yang BB anaknya meningkat	25	100					25	100				
Saya akan melakukan kunjungan rumah pada balita yang Bbnya terus menurun	5	20			20	80	8	32	10	40	7	28
Saya akan selalu menyiapkan waktu untuk membaca dan mempersiapkan diri untuk melayani di Posyandu	25	100					25	100				

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa para kader memiliki sikap yang berbeda terhadap hal dalam melaksanakan tugasnya. Dapat dilihat bahwa baik sebelum dan sesudah tindakan 100% kader Senang dan sukarela melaksanakan tugasnya di Posyandu, dan mampu menganalisis status gizi balita sesuai dengan kms. Namun pada beberapa pernyataan, khususnya dalam hal memberikan penyuluhan berbagai topik kesehatan; 50% kader ragu-ragu memberikan penyuluhan/informasi kesehatan pada ibu balita, 60% tidak memberi motivasi pada ibu-ibu untuk datang pada posyandu berikutnya, 40% tidak percaya diri memberikan informasi kesehatan dan 80% kader tidak pernah melakukan kunjungan rumah ke balita-balita bermasalah. Namun setelah diberikan tindakan selama 2 kali berturut-turut, dimana kader diberbadayakan dalam memberikan informasi dengan menggunakan kartu-kartu informasi yang telah disusun dengan baik dan sederhana, para kader mengalami beberapa perubahan antara lain 60 % memberikan penyuluhan/informasi kesehatan, 88% memberikan informasi kesehatan, 96% memberikan motivasi pada ibu-ibu balita, 70% merasa percaya diri saat memberikan informasi dan yang melakukan kunjungan rumah meningkat sebesar 40%. Hal ini menunjukkan bahwa paket promkes balita sehat akan memberikan perubahan yang bermakna terhadap sikap ibu-ibu balita dalam melaksanakan tugasnya di posyandu.

3. Tingkat pengetahuan Ibu-Ibu balita Sebelum dan sesudah dilakukan Tindakan

Pengetahuan	Variabel			
	Tingkat pengetahuan sebelum		Tingkat pengetahuan sesudah	
	F	%	F	%
Baik	23	46	33	66
Cukup	13	26	10	20
Kurang	14	28	7	14

Distribusi proporsi tendensi central tingkat pengetahuan Ibu-Ibu Balita di kelurahan Maulafa Sebelum dan sesudah dilakukan Tindakan

	X	Md	Mo	Skewed	Ket
Sebelum	2,01	2,01	2,00	1,09	Miring ke kanan
Sesudah	2,90	2,92	3,00	1,78	Miring kekanan

Dari 2 tabel diatas menunjukkan bahwa terdapat perubahan hasil pengetahuan setelah dilakukan tindakan. Sebelum dilakukan pendampingan dalam kegiatan posyandu (paket promkes balita sehat) terdapat 46% (23 orang) berpengetahuan baik, 13 orang (26%) berpengetahuan cukup dan sebanyak 28% berpengetahuan kurang. Setelah dilakukan tindakan nampak perubahan sebagai berikut yang berpengetahuan baik meningkat menjadi 66%, yang cukup menjadi 20% dan berpengetahuan kurang menjadi 14%. Tabel 4.11 Distribusi frekuensi tendensi central sebelum dan sesudah perlakuan miring ke kanan dengan nilai rata-rata perlakuan mengalami perubahan dari 2,09 menjadi 2.92. Hal ini menunjukkan bahwa pendampingan posyandu dengan kegiatan paket promkes balita sehat mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu-ibu balita.

4. Sikap Ibu-Ibu balita Sebelum dan sesudah dilakukan Tindakan

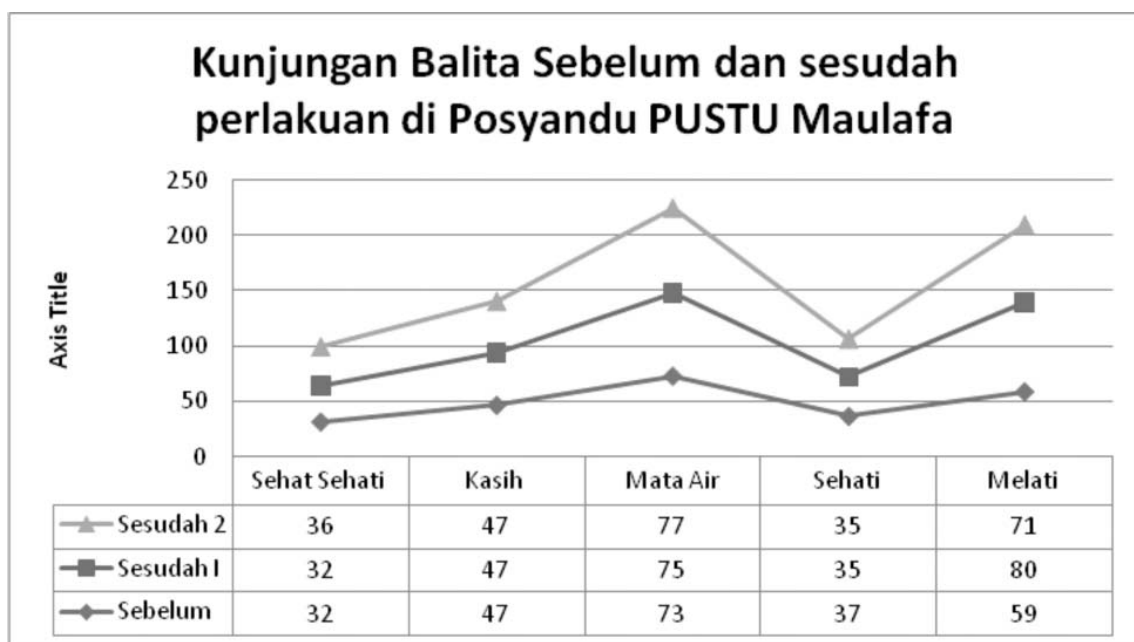
Pernyataan sikap	Penilaian Sikap kader posyandu											
	Sikap Sebelum						Sikap Sesudah					
	Ya		Ragu-Ragu		Tidak		Ya		Ragu-Ragu		Tidak	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Apakah anda setuju bahwa setiap bulan anda harus menimbang anak di posyandu	50	100					50	100				
Apakah anda setuju bahwa di posyandu anda selalu mendapatkan informasi kesehatan yang bermanfaat	50	100					50	100				
Apakah anda merasa selalu ingin ke Posyandu setiap bulan	49	98	1	2			50	100				
Apakah anda setuju bahwa posyandu adalah sarana pelayanan kesehatan dasar yang sangat penting	46	92	4	8			49	98	1	2		
Apakah anda setuju bahwa di posyandu kesulitan anda tentang makanan yang perlu diberikan pada anak terpenuhi	35	70			15	30	40	80	10	20		
Apakah anda setuju bahwa status gizi anak anda diketahui setelah anda ke posyandu	17	34	10	20	13	26	45	90	5	10		
Apakah anda setuju bahwa informasi tentang imunisasi dan jadwal serta penyakit yang dapat dicegah imunisasi didapatkan di posyandu	30	60	15	30	5	10	45	90	5	10		
Apakah anda setuju bahwa di posyandu anda akan mendapatkan informasi tentang tanda-tanda gizi buruk pada anak anda	30	60	17	34	3	6	50	100				

Pernyataan sikap	Penilaian Sikap kader posyandu											
	Sikap Sebelum						Sikap Sesudah					
	Ya		Ragu-Ragu		Tidak		Ya		Ragu-Ragu		Tidak	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Apakah anda setuju bahwa di posyandu anda mendapatkan informasi tentang ASI eksklusif dan MP ASI	50	100					50	100				
Apakah anda setuju bahwa di posyandu anda mendapatkan informasi yang cukup tentang penanganan diare pada anak anda	40	80			10	10	50	100				
Apakah anda setuju membawa anak diimunisas selanjutnya bila anak panas pada saat imunisasi sebelumnya	24	48			26	52	50	100				
Apakah anda setuju akan memberikan kolustrum pada bayi anda	50	100					50	100				
Apakah anda setuju memberikan ASI eksklusif sampai usia 6 bulan	50	100					50	100				
Apakah anda setuju memberikan ASI eksklusif sampai usia 6 bulan	50	100					50	100				
Apakah anda setuju memberikan ASI sampai usia 2 tahun	50	100					50	100				
Apakah anda setuju imunisasi perlu diberikan secara lengkap	50	100					50	100				

Dari tabel diatas, didapatkan informasi bahwa sebelum dilakukan tindakan, sikap ibu-ibu balita terhadap pelayanan di posyandu bervariasi; 100% ibu-ibu balita memiliki sikap positif terhadap penimbangan yang dilakukan tiap bulan, pemberian ASI eksklusif dan anak harus diimunisas di posyandu, 92% setuju bahwa posyandu merupakan sarana pelayanan dasar. Selain daripada itu ada 46% ibu-ibu balita ragu-ragu bahwa di

posyandu mereka mendapatkan informasi tentang status gizi balita, 40% tidak setuju bahwa di posyandu mendapatkan informasi tentang jadwal imunisasi, 36% tidak setuju bahwa di posyandu ibu-ibu mendapatkan informasi tentang gizi balita, 40% tidak setuju bahwa di posyandu mereka mendapatkan informasi tentang penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Setelah dilakukan tindakan didapatkan perubahan terhadap sikap ibu-ibu balita 80% setuju bahwa di posyandu mereka mendapatkan informasi tentang status gizi balita, 90% setuju bahwa mendapatkan informasi tentang jadwal imunisasi, 100% setuju bahwa di posyandu mereka mendapatkan informasi tentang tanda-tanda gizi buruk, ASI eksklusif, kolustrum dan imunisasi

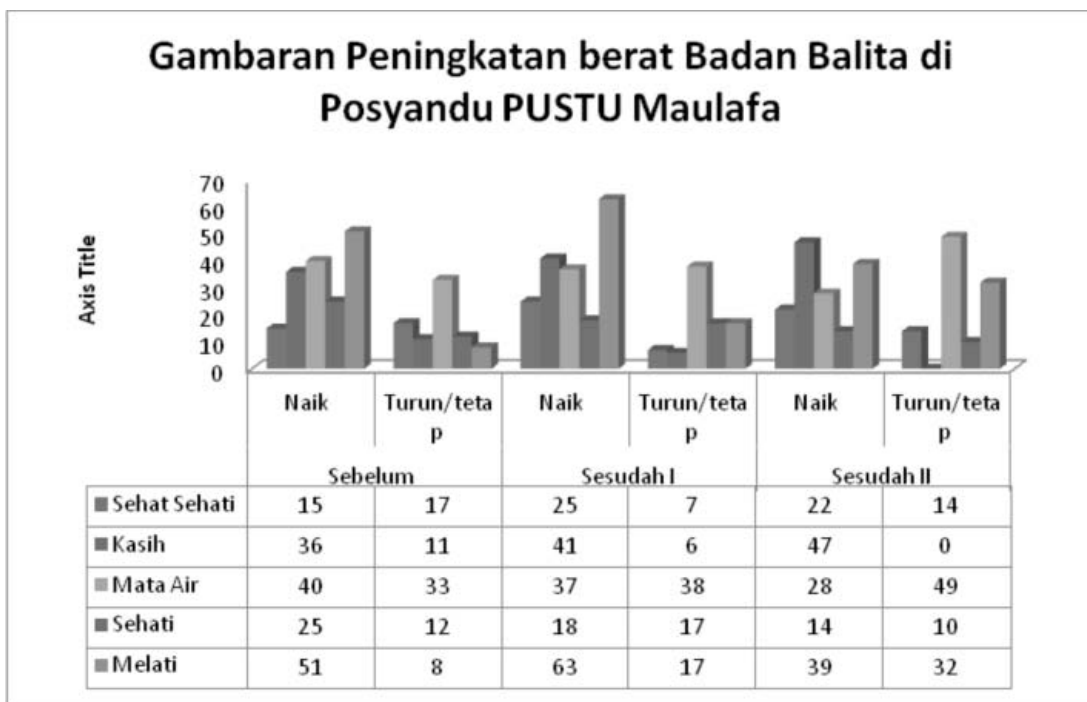
5. Gambaran Kunjungan Ibu Balita/Balita ke Posyandu



Dari grafik diatas, dapat dilihat bahwa sebelum dilakukan tindakan, kunjungan balita di posyandu sehat, Kasih, Mata Air, Sehati dan Melati nampak mengalami peningkatan setelah diberikan tindakan; ibu-ibu yang datang pada saat tindakan diberikan, selalu hadir pada kegiatan posyandu berikutnya. Di Posyandu Sehat sehati kunjungan meningkat dari 32 menjadi 32 dan 36 (dengan kunjungan balita baru hanya 4); di Posyandu Kasih meningkat dari kunjungan 44 meningkat menjadi 47 dengan 3 kunjungan baru; di Posyandu Mata Air juga meningkat dari 73 menjadi 75 dan 77 (4 kunjungan baru); di Posyandu sehati meningkat dari 59 menjadi 80 (kunjungan lama dan baru), namun pada akhirnya di bulan ketiga menurun menjadi 71 kunjungan karena 9 orang anak mencapai usia 60 bulan.

6. Gambaran status pertumbuhan Balita yang ditimbang di Posyandu

Diagram dibawah ini menunjukkan bahwa di Posyandu Sehat sehati yang Berat badannya naik dari bulan pertama ke bulan kedua mengalami peningkatan dari 15 balita menjadi 25 balita dan 22 balita di bulan ketiga. Demikian juga di Posyandu kasih, balita yang mengalami kenaikan BB meningkat dari 36 menjadi 41 dan 47 balita di bulan ketiga, dan tidak ada yang menurun BB pada bulan tersebut. Sedangkan di Posyandu Mata Air, Sehati banyak balita yang menurun BB, demikian juga di Posyandu Melati terutama dari bulan kedua banyak balita yang mengalami penurunan berat badan yaitu sebanyak 15 orang balita



PEMBAHASAN

Sikap kader Posyandu sebelum dan sesudah Tindakan

Hasil penelitian yang dilakukan yaitu memberdayakan paket promkes balita sehat di 5 Posyandu kelurahan Maulafa, didapatkan data bahwa sebelum dilakukan tindakan, sikap para kader posyandu kurang percaya diri dalam memberikan informasi kesehatan bagi masyarakat. dapat dilihat pada beberapa pernyataan, khususnya dalam hal memberikan penyuluhan berbagai topik kesehatan; 50% kader ragu-ragu memberikan penyuluhan/informasi kesehatan pada ibu balita, 60% tidak memberi motivasi pada ibu-ibu untuk datang pada posyandu berikutnya, 40% tidak percaya diri memberikan informasi kesehatan dan 80% kader tidak pernah melakukan kunjungan rumah ke balita-balita bermasalah. Namum setelah diberikan tindakan selama 2 kali berturut-turut, dimana kader diberbadayakan dalam memberikan informasi dengan menggunakan kartu-kartu informasi yang telah disusun dengan baik dan sederhana, para kader mengalami beberapa perubahan antara lain 60 % memberikan penyuluhan/informasi kesehatan, 88% memberikan informasi kesehatan, 96% memberikan motivasi pada ibu-ibu balita, 70%

merasa percaya diri saat memberikan informasi dan yang melakukan kunjungan rumah meningkat sebesar 40%. Hal ini menunjukkan bahwa paket promkes balita sehat akan memberikan perubahan yang bermakna terhadap sikap ibu-ibu balita dalam melaksanakan tugasnya di posyandu. Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan yang nyata, diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan pengetahuan. Para kader akan mempunyai sikap yang positif bila didukung oleh saran dan prasarana berupa kartu-kartu informasi yang dapat dipakai saat memberikan informasi. Kartu ini akan menjadi fasilitas pendukung yang memungkinkan seseorang kader untuk memberikan informasi yang tepat pada masyarakat.

Sikap Positif juga terbentuk dari pengetahuan yang dimiliki seseorang. Semakin tinggi pengetahuan seseorang, maka akan dengan mudah terbentuk keinginan untuk melakukan suatu kegiatan. Kader dibekali dengan lembar informasi yang dikemas dalam bentuk booklet yang terus dibaca oleh kader. Aktifitas ini tentunya akan meningkatkan pengetahuan kader juga rasa percaya diri untuk memberikan berbagai informasi. Rasa percaya diri juga akan dibentuk jika seseorang sudah lama menekuni suatu kegiatan atau objek. Para kader posyandu ini sebagian besar telah bekerja sebagai kader lebih dari 5 tahun (64%).

Pengetahuan Kader Sebelum dan sesudah Tindakan

Berdasarkan hasil penelitian diatas, menunjukkan bahwa terdapat perubahan hasil pengetahuan kader-kader. Sebelum dilakukan pendampingan dalam kegiatan posyandu (paket promkes balita sehat) terdapat 60% (15 orang) berpengetahuan cukup, 3 orang (12%) berpengetahuan baik sebanyak 28% menjadi 80% berpengetahuan baik, dan 20% berpengetahuan cukup setelah diberikan tindakan. Hal ini menunjukkan bahwa pendampingan posyandu dengan dengan kegiatan paket promkes balita sehat mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu-ibu kader posyandu

Pemberian media komunikasi berupa kartu-kartu informasi dapat meningkatkan pengetahuan seseorang pada sasaran yang tepat dengan menggunakan metode dan sarana yang menarik. Proses visualisasi – dengar sangat bermanfaat dalam proses memori, pemahaman dan aplikasi sesuatu yang diterima (Notoadmojo, 2003). Ketika seorang kader memberikan Penyuluhan, maka agar dapat melaksanakan perannya dengan baik harus benar-benar memahami dan menyadari pelayanan kesehatan di posyandu berupa imunisasi, nutrisi untuk balita, diare dan serta mampu menyusun, menjelaskan materi penyuluhan yang hendak disampaikan kepada pasien. Dalam penyampaian materi penyuluhan tersebut, kader dapat memakai bermacam-macam sarana seperti gambar, lembar informasi, kartu informasi dan sebagainya. Semuanya itu tujuannya untuk mengubah perilaku, perasaan, dan perilaku (Machfoedz I, dkk,2005)

Proses penggunaan paket promkes balita sehat adalah suatu proses pemberian informasi kesehatan yang berkesinambungan dan perlu dilakukan beberapa pertemuan untuk menyegarkan dan mengingatkan kembali prinsip-prinsip imunisasi, nutrisi balita, diare dan informasi lainnya. Beberapa prinsip yang diterapkan dalam pelaksanaan penelitian adalah: memberikan dukungan dan nasehat yang positif untuk menghindari kecemasan, memberi informasi secara bertahap yaitu dimulai dengan hal yang sederhana baru kemudian yang kompleks, menggunakan alat bantu pandang yaitu gambar-gambar, contoh-contoh makanan, dan memberikan motivasi dengan cara memberi penghargaan (Rahmat Jalaludin, 2001)

Pemberdayaan meja IV sebagai tempat memberikan informasi dan konseling pada ibu-ibu balita yang datang, diinformasikan tentang tujuan penyuluhan yaitu

meningkatkan pengetahuan ibu-ibu terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan selama posyandu Tujuan akhir yang diharapkan dari penelitian ini adalah para kader memiliki pengetahuan yang cukup tentang pelayanan kesehatan di posyandu.

Pengetahuan Ibu Balita sebelum dan sesudah tindakan

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa Sebelum dilakukan pendampingan dalam kegiatan posyandu (paket promkes balita sehat) terdapat 46% (23 orang) berpengetahuan baik, 13 orang (26%) berpengetahuan cukup dan sebanyak 28% berpengetahuan kurang.

Upaya peningkatan pengetahuan ibu-Ibu balita dapat dilakukan melalui perubahan dengan memberikan informasi kesehatan penting/konseling sehingga meningkatkan pengetahuan Ibu-Ibu balita. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap sesuatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tahapan yaitu; tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan penilaian kembali. Untuk dapat menjalani perilaku yang diinginkan seseorang harus melampaui semua tahap tersebut. Enam tahap tersebut merupakan suatu proses yang memerlukan waktu, dan lama proses tersebut tidak sama untuk setiap orang (Machfoedz I,dkk, 2005).

Materi konseling/informasi yang diberikan dalam kegiatan paket promkes balita sehat berupa informasi tentang gizi balita, ASI eksklusive, Makanan pendamping ASI, Imunisasi, diare dan nutrisi ibu hamil dan menyusui. Informasi yang diberikan dalam kegiatan paket promkes balita sehat ini difokuskan pada tujuan yang akan dicapai, yaitu merubah perilaku, perirasa ataukah perilaku Ibu-Ibu Balita. Dengan mengetahui sarannya maka dapat dipilih kira-kira metode yang manakah yang paling cocok. Informasi kesehatan yang diberikan pada ibu-ibu balita dilakukan dengan menggunakan lembar informasi yang dikemas menarik dan di gabungkan juga dengan diskusi, tanya jawab dengan menggunakan media kartu-kartu informasi. Metode ini saling mendukung satu sama lain, dengan sasaran merubah perilaku dan perilaku. hasil penelitian menunjukkan Setelah dilakukan tindakan nampak perubahan sebagai berikut yang berpengetahuan baik meningkat menjadi 66%, yang cukup menjadi 20% dan berpengetahuan kurang menjadi 14%. Hal ini menunjukkan bahwa pendampingan posyandu dengan dengan kegiatan paket promkes balita sehat mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu-ibu balita.

Informasi kesehatan yang diberikan di posyandu merupakan suatu proses yang berlangsung secara terus menerus setiap bulannya yang kemajuannya harus terus diamati. Posyandu dijadikan sumber informasi utama bagi masyarakat, dengan tujuanmeningkatkan pengetahuan ibu-ibu balita yang selanjutnya akan menjadi titik tolak perubahan sikap dan gaya hidup mereka. Pada akhirnya yang menjadi tujuan kegiatan ini adalah perubahan perilaku dan meningkatnya kepatuhan yang selanjutnya meningkatkan kualitas hidup anak balita (Notoadmojo, 1993).

Sikap Ibu Balita sebelum dan sesudah tindakan

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebelum dilakukan tindakan, sikap ibu-ibu balita terhadap pelayanan di posyandu bervariasi; 100% ibu-ibu balita memiliki sikap positif terhadap penimbangan yang dilakukan tiap bulan, pemberian ASI eksklusive dan anak harus diimunisas di posyandu, 92% setuju bahwa posyandu merupakan sarana pelayanan dasar. Selain daripada itu ada 46% ibu-ibu balita ragu-ragu bahwa di posyandu mereka mendapatkan informasi tentang status gizi balita, 40% tidak setuju bahwa di posyandu

mendapatkan informasi tentang jadwal imunisasi, 36% tidak setuju bahwa di posyandu ibu-ibu mendapatkan informasi tentang gizi balita, 40% tidak setuju bahwa di posyandu mereka mendapatkan informasi tentang penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Setelah dilakukan tindakan didapatkan perubahan terhadap sikap ibu-ibu balita 80% setuju bahwa di posyandu mereka mendapatkan informasi tentang status gizi balita, 90% setuju bahwa mendapatkan informasi tentang jadwal imunisasi, 100% setuju bahwa di posyandu mereka mendapatkan informasi tentang tanda-tanda gizi buruk, ASI eksklusive, kolustrum dan imunisasi.

Materi penyuluhan/konseling bermuara pada perubahan sikap pasien. Hal ini membuktikan semakin baik tingkat pengetahuan seseorang maka sikapnya pun akan semakin baik (Notoatmojo, 1993). Setelah diberikan informasi kesehatan yang bertahap dengan teknik diskusi dan tanya jawab, ibu-ibu balita diharapkan dapat mengevaluasi dirinya terhadap berbagai saran yang diberikan. Mengubah sikap bukanlah pekerjaan mudah, bahkan lebih sulit daripada meningkatkan pengetahuan. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus objek. Sikap sebenarnya merupakan bagian dari kepribadian. Berbeda dengan perangai yang juga merupakan bagian kepribadian, sikap adalah kecendrungan yang tertata untuk berpikir dan selanjutnya terbentuklah perilaku menetap. Ibu-Ibu balita di bekali informasi yang juga menggugah emosi sehingga terbentuklah sikap positif. Informasi informasi yang diberikan juga memuat akibat-akibat yang terjadi bila anak balita tidak mendapat nutrisi yang cukup atau tidak mendapatkan pelayanan lainnya di posyandu.

Kunjungan Balita Ke Posyandu

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebelum dilakukan tindakan, kunjungan balita di posyandu sehat, Kasih, Mata Air, Sehati dan Melati nampak mengalami peningkatan setelah diberikan tindakan; ibu-ibu yang datang pada saat tindakan diberikan, selalu hadir pada kegiatan posyandu berikutnya. Di Posyandu Sehat sehati kunjungan meningkat dari 32 menjadi 32 dan 36 (dengan kunjungan balita baru hanya 4); di Posyandu Kasih meningkat dari kunjungan 44 meningkat menjadi 47 dengan 3 kunjungan baru; di Posyandu Mata Air juga meningkat dari 73 menjadi 75 dan 77 (4 kunjungan baru); di Posyandu sehati meningkat dari 59 menjadi 80 (kunjungan lama dan baru), namun pada akhirnya di bulan ketiga menurun menjadi 71 kunjungan karena 9 orang anak mencapai usia 60 bulan. Dari penelitian ini didapatkan bahwa balita yang berkunjung sebelumnya, selalu berkunjung pada bulan-bulan selanjutnya.

Rogers (1998) menyatakan bahwa orang mengadopsi suatu perilaku karena adanya kesadaran akan pentingnya suatu objek lalu diikuti dengan mencoba atau menerapkan perilaku tersebut. Kesadaran masyarakat dibentuk dengan pemberian berbagai informasi menarik dan terus menerus di posyandu. Masyarakat memanfaatkan posyandu karena dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap yang baik. Setelah diberikan tindakan pengetahuan ibu-ibu meningkat dari 28% menjadi 80%; demikian juga sikap semuanya meningkat setelah diberikan tindakan. Dengan semakin meningkatnya pengetahuan dan sikap positif terhadap pelayanan kesehatan di posyandu tentunya akan meningkatkan kesadaran seseorang untuk ke posyandu, oleh karena pelayanan kesehatan di posyandu harus terus ditingkatkan.

Penelitian terdahulu yang dilakukan di Makasar, didapatkan juga hasil yang menyatakan bahwa faktor lain yang juga mempengaruhi kunjungan ibu balita ke posyandu adalah faktor ekonomi dan sosial budaya. Faktor budaya yang dimaksud adalah melihat

kebiasaan orang lain atau orang tua yang membawa anak-anaknya ke posyandu, maka perilaku ini juga diadopsi oleh orang lain.

Status Pertumbuhan Balita di Posyandu

Pertumbuhan balita berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter) ukuran tulang dan keseimbangan metabolik. pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik (Ranuh, 2002). Posyandu merupakan tempat yang paling strategis untuk menilai pertumbuhan balita dengan melakukan penimbangan berat badan balita setiap bulannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Posyandu Sehat sehati yang Berat badannya naik dari bulan pertama ke bulan kedua mengalami peningkatan dari 15 balita menjadi 25 balita dan 22 balita di bulan ketiga. Demikian juga di Posyandu kasih, balita yang mengalami kenaikan BB meningkat dari 36 menjadi 41 dan 47 balita di bulan ketiga, dan tidak ada yang menurun BB pada bulan tersebut. Sedangkan di Posyandu Mata Air, Sehati banyak balita yang menurun BB, demikian juga di Posyandu Melati terutama dari bulan kedua banyak balita yang mengalami penurunan berat badan yaitu sebanyak 15 orang balita.

Dalam Penelitian ini, masyarakat diberikan berbagai informasi tentang nutrisi balita mulai dari 0 bulan sampai berusia 60 bulan. Informasi ini dikemas dalam bentuk informasi menarik dalam bentuk booklet yang diberikan pada kader dan juga ibu-ibu balita yang berkunjung ke posyandu dan juga demonstrasi cara pembuatan bubur tim, tim saring dan juga bubur susu. Pemberian informasi melalui booklet dan demonstrasi ini dimaksudkan meningkatkan pengetahuan ibu-ibu dalam menyiapkan makanan sehat dan begizi bagi balita mereka. Semakin banyak alat indra yang dipakai dalam pemberian informasi, maka makin besarlah pemahaman seseorang akan sesuatu dan diikuti dengan keinginan untuk melaksanakan pesan yang disampaikan.

Strategi yang dilakukan untuk mengatasi gizi yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di NTT adalah pemberdayaan keluarga dan pemberdayaan petugas kesehatan termasuk kader kesehatan. Melalui kegiatan paket promkes balita sehat yang mengedepankan pemberdayaan kader posyandu dalam memberikan berbagai informasi kesehatan; masyarakat dilibatkan secara nyata mulai dari mengenal masalah, melakukan tindakan yang tepat dalam pemberian nutrisi bagi balita.

Namun demikian status pertumbuhan balita tidaklah tergantung semata akan pengetahuan yang dimiliki seseorang. Faktor yang tentunya sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan balita adalah tergantung pada tingkat konsumsi atau asupan nutrisi baik dari segi kualitas maupun kuantitas makanan. Kualitas menyangkut semua zat gizi yang diperlukan tubuh dalam susunan hidangan. Jika susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh, maka tubuh akan mendapat kondisi yang sehat, yang dapat dilihat dari berat badan dan tinggi badan anak yang terus meningkat. Sebaliknya jika asupan zat gizi menyebabkan berat badan dan tinggi badan anak tidak akan naik dan menyebabkan masalah kurang gizi.

Penelitian Gopalan dan Naranya (1991) menunjukkan bahwa diet bukanlah satu-satunya faktor yang menyebabkan masalah gizi. Masalah lain yang turut mendukung terjadinya masalah gizi adalah faktor sosial, kepadatan penduduk, infeksi, kemiskinan dll. Adanya balita yang tidak naik berat badannya di posyandu Kelurahan Maulafa, yaitu di Posyandu sehat sehati terdapat 14 balita, mata Air sebanyak 49 /39 orang, Sehati sebanyak 17/10 balita; dan di posyandu melati 17/32 balita; mungkin disebabkan oleh kondisi ekonomi keluarga yang mempengaruhi daya beli masyarakat; dimana data dari kantor Lurah

Maulafa, masyarakat di sekitar posyandu mata air bermata pencaharian sebagai tukang dan petani dengan penghasilan yang tidak tentu. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang pertumbuhan balita karena orangtua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik primer maupun sekunder sejak anak tersebut masih dalam kandungan ibunya. Ranuh, 2002 mengatakan faktor pendidikan orangtua juga sangat mempengaruhi status pertumbuhan maupun perkembangan anak balita. Karena dengan pendidikan yang baik, maka orangtua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan anaknya, pendidikan dan sebagainya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu-ibu balita yang ada di 5 Posyandu Kelurahan Maulafa terbanyak yaitu SMA diikuti SD dan SMP, berturut-turut 40%, 28% dan 22%.

Faktor lain yang juga mempengaruhi status pertumbuhan balita adalah jumlah anak dalam keluarga. Jumlah anak berkaitan erat dengan perhatian dan kasih sayang yang diterima anak, terlebih bila jarak yang sangat berdekatan. Jarak anak yang dekat sangat mempengaruhi pola asuh dalam pemberian makanan. Data yang dikumpulkan dari KMS, 89 % anak merupakan anak kedua dan ketiga.

SIMPULAN

1. Paket promkes balita sehat meningkatkan pengetahuan ibu-ibu balita tentang pelayanan kesehatan di posyandu
2. Paket promkes balita sehat meningkatkan sikap ibu-ibu balita tentang pelayanan kesehatan di posyandu
3. Sikap dan pengetahuan ibu-ibu kader posyandu mengalami peningkatan yang sangat significant setelah dilakukan kegiatan paket promkes balita sehat
4. Jumlah kunjungan ibu balita di posyandu terus meningkat setiap bulannya
5. Status Gizi balita bervariasi, sebagian besar BB balita meningkat, namun masih ada balita yang juga mengalami penurunan berat badan

SARAN

1. Untuk kader Posyandu

Perlu meningkatkan pengetahuan dengan membaca berbagai topik pelayanan kesehatan di posyandu, sehingga mampu memberikan informasi penting untuk masyarakat luas

2. Untuk Puskesmas

Perlu menyiapkan fasilitas penyuluhan kesehatan atau konseling yang dapat dipakai para kader. Kartu-kartu informasi dapat digunakan sebagai sarana penyuluhan dan konseling.

3. Untuk Institusi pendidikan

Untuk dapat terlibat penuh dalam pelayanan kesehatan di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsini, 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Pratik*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Depkes, 2002. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta:Departemen Kesehatan.
- Effendy, Nasrul, 1998. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.
-

- Handayani, Irma, 1985. *Peran kader Posyandu dalam deteksi dini gizi buruk balita* tersedia di dalam:
- Heru, Adi, 1995. *Kader Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.
- <http://irma1985.wordpress.com/2010/08/15/gambaran-pengetahuan-dan-sikap-kader-dalam-kegiatan-posyandu-di-kelurahan-urug-kota-tasikmalaya>. diakses: 11 Maret 2012.
- [http://journal.ui.ac.id/upload/artikel/08 Laksmono layout 2.pdf](http://journal.ui.ac.id/upload/artikel/08_Laksmono_layout_2.pdf). Diakses: 11 Maret 2012.
- Machfoedz I, dkk 2005, *Pendiidkan Kesehatan bagian dari promosi Kesehatan*, Fitramayama, Jakarta
- Makara, Kesehatan, 2009. *Peran Kader Posyandu Dalam Deteksi Dini Gizi Buruk Balita*. Tersedia dalam:
- Mayxay, M., et. al., 2004. Short Communication: an Assesment of The Use of Malaria Rapid Tests by Village Health Volunteers in Rural Laos. *Tropical Medicine & International Health*, 9(3), 325 – 329.
- Moehji, Sjahmien, 2003. *Ilmu Gizi “Penanggulangan Gizi Buruk”*, Bharata Niaga Media: Jakarta.
- Notoatmodjo S.1993, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo S.1993, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Jogjakarta
- Notoatmodjo, S., 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peppas, S. & Jin, K., 1999. Choosing The right employee: Chinese vs. US preferences. *Manajement Decision*. 37(1), 7-13.
- Rakhmat Jalaluddin 2001, *Psikologi Komunikasi*, Rineka Cipta
- Supardan, D., 2009. *Pengantar Ilmu Sosial: sebuah kajian pendekatan structural*, Jakarta: Bumi aksara.
- Suyono Slamet, dkk 2001, *Buku Ajar : Ilmu Penyakit Dalam*, Balai penerbit FKUI, Jakarta
- Unicef, 2006. *Buku Kader “Usaha Perbaikan Gizi Keluarga”*, Kabupaten Tangerang, Jawa Barat.
- Widjjati, 2009. *Konsep Peran Kader*. Tersedia di dalam: <http://www.docstoc.com/docs/53275284/gambaran-peran-kader-posyandu-dalam-pelaksanaan-program-deteksi-dini-tumbuh-kembang-pada-bayi-%28>. Diakses: 19 januari 2012.
- Wikipedia, 2008. *Serba Serbi Posyandu*. Tersedia di dalam : <http://iinaza.wordpress.com/2008/04/19/serba-serbi-posyandu>. Diakses: 12 September 2011.
-

BEBERAPA FAKTOR DEMOGRAFI YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN KADER TENTANG PERAWATAN TBC DI PUSKESMAS GATAK SUKOHARJO TAHUN 2012(Demografic Factors That Related With Level of Knowledge Kader About Caring TBC in Puskesmas Gatak Sukoharjo 2012)

**Abi Muhlisin, M.Kep- Arum Pratiwi, M.Kep.
(PSIK-Fakultas Ilmu Kesehatan-Universitas Muhammadiyah Surakarta)**

ABSTRACT

Health Kader are primary point resource for health manpower in spreading knowledge about health care to society, so it is important for kader having knowledge and finit requirement. Aims of this research is to know differences level of kader's knowledge before and after education about caring TBC at home. Comparatif research design was use to research hypotesis test. Number of 40 kader that meet the requirement were participate in this research for sampling by simple random sampling.

Research instrument were made from theory of disease and TBC treatment, that have score from 1 to 4. The result show that score of knowledge is at range 20 to 100. With Correlation statistical analysis, Pearso Correlation and Chi Square was found relationship between age with level of knowledge kader, negative relationship with $p = 0,0001$. Relationship between level of study and level of knowledge of kader was have significant relationship, with $P = 0,001$. The last time be a kader we have relationship with level knowledge of kade with P value $0,0001$

Key word : Kader's knowledge, TBC caring

PENDAHULUAN

Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit kronis yang harus dikontrol melalui program komprehensif untuk mencapai Indonesia sehat tahun 2010. Data yang dilaporkan WHO Indonesia menempati urutan nomor tiga jumlah penderita tuberkulosis setelah India dan Cina yaitu dengan angka 1,7 juta orang Indonesia. Apabila tidak diobati, tiap satu orang penderita tuberkulosis akan menularkan pada sekitar 10 sampai 15 orang dan cara penularannya dipengaruhi berbagai faktor (Depkes RI, 2000). Data dari departemen kesehatan menyebutkan bahwa Tuberkulosis paru merupakan penyakit yang perlu mendapat perhatian karena walaupun prevalensinya dapat diturunkan dari sekitar 2,9 per 1000 penduduk menjadi sekitar 2,4 per 1000 penduduk pada akhir pelita VI, dan di Jawa, Bali dan Aceh prevalensinya masih berkisar antara 6,5 sampai 6,9 per 1000 penduduk. (Depkes RI, 2000).

Dari berbagai kasus penyakit yang ditangani oleh Puskesmas, data secara restropektif pada buku pencatatan dan pelaporan, penyakit TBC (Tuberkulosis Paru) merupakan salah satu kasus yang harus menjalani pemeriksaan rutin dan terjadual di Puskesmas. Kegiatan Puskesmas dalam menangani kasus TBC ini dengan cara *promotif, preventif, curatif* dan *rehabilitatif* sesuai dengan pengembangan kegiatan yang ada di Puskesmas Dengan tidak

adanya kegiatan yang komprehensif terjadi peningkatan penderita TBC tiap tahun yang dibuktikan dengan data pada tabel dibawah ini

Tabel.1. Jumlah Penderita TBC baru tiap tahun selama tahun 2007 s.d 2011 di Puskesmas Gatak Sukoharjo

TAHUN	JUMLAH PENDERITA TBC
2007	16 orang
2008	22 Orang
2009	27 orang
2010	34 orang
2011	36 Orang

Sumber : (MR Puskesmas Gatak I dan II ,tahun 2011)

Jumlah terakhir penderita TBC saat ini adalah 40 orang (0,07%) dari angka penyakit TBC di Jawa Tengah yaitu 583.000 dari seluruh penduduk menurut laporan Dinas Kesehatan Jawa tengah Puskesmas Gatak I merupakan Puskesmas induk yang mempunyai mempunyai wilayah kerja dengan jumlah penduduk 30.307 jiwa yang terdiri dari 6 kelurahan. Untuk mengembangkan pelayanan di wilayah kerjanya Puskesmas ini mempunyai 6 bagian . Dalam melaksanakan kegiatan tersebut Puskesmas Gatak I mempunyai tenaga kesehatan sejumlah 30 orang diataranya perawat 4 orang yang berkualifikasi Akper 1 orang dan SPK 3 orang, bidan 5 orang. (MR Puskesmas Gatak I, tahun 2011)

Dari gambaran tersebut tampak tidak adanya keseimbangan antara jumlah perawat dan jumlah penduduk, yang mengakibatkan salah satu tugas perawat sebagai pemberi pendidikan kesehatan di wilayah puskesmas belum tercakup. Pada bulan desember 2012, dari 15 keluarga yang diundang dan diwawancarai di wilayah kecamatan Gatak semua belum mengerti cara pencegahan penularan TBC, demikian juga kader kesehatan yang diundang untuk diwawancarai juga belum mengerti tentang cara pencegahan penularan TBC.

Masalah ini merupakan tugas tenaga kesehatan dalam upaya promotif dan preventif, namun pendayagunaan tenaga kesehatan diberbagai tingkat pada umumnya masih lemah.hal ini salah satunya bisa dilihat dari pola ketenagaan yang ada di Puskesmas. Menurut Depkes RI (2000) sejak tahun 1994 penyerapan tenaga untuk sektor pemerintah sangat menurun,tahun 1999 diperkirakan 90% lulusan tidak diserap sebagai tenaga pegawai negeri sipil dan belum sesuai yang diharapkan. Sehingga dalam memecahkan masalah ini perlu pelatihan dan pendidikan tenaga kesehatan dengan cara peningkatan peran aktif masyarakat, termasuk lembaga swadaya masyarakat dan swasta, sebab Depkes RI (2000) mendefinisikan tenaga kesehatan dalam arti luas adalah semua orang yang mengupayakan secara substansif pencapaian derajat kesehatan masyarakat.

Kader kesehatan merupakan salah satu dari kelompok perantara yang merupakan tenaga kesehtan dalam arti luas ini, kader adalah ujung tombak di masyarakat yang

bisa dibina untuk berperan dalam membantu tenaga kesehatan . Menurut Depkes RI (1995) pentingnya peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan telah diakui semua pihak, hasil pengamatan secara statistik membuktikan bahwa peran sserta masysrakat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan.

Dengan demikian penting dilakukan pelatihan pendidikan kesehatan tentang cara pencegahan penularan penkait TBC yang kemudian diharapkan untuk disampaikan pada keluarga penderita TBC untuk berperilaku sehat, sehingga diharapkan terjadi penurunan prevalensi penderita TBC. Hal ini sesuai dengan isi dari UU nomer 23 tahun 1992 tentang kesehatan pasal 5 yaitu setiap orang berkewajiban ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga dan lingkungannya.

Untuk melihat efektifitas hasil pelatihan pada kader maka perlu dilihat tingkat keberhasilannya, salah satu cara untuk mengetahuinya yaitu dengan menghubungkan antara karakteristik kader dengan tingkat pengetahuan hasil pelatihan. Dengan demikian penting untuk diteliti karakteristik kader yang bagaimana yang paling efektif menerima pengetahuan.

B. IDENTIFIKASI DAN PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan data diatas meningkatnya angka penderita TBC bias diasumsikan karena kurangnya perilaku sehat pada pasien dan keluarga penderita TBC, salah satu masalah belum bisa berperilaku sehat pada keluarga dan penderita TBC adalah upaya promotif dan preventif yang belum dilakukan tenaga kesehatan di tingkat Puskesmas, oleh karena itu dalam penelitian ini akan dilakukan pelatihan cara berperilaku sehat pada kader-kader kesehatan untuk diterapkan pada keluarga dengan penderita TBC pada penelitian ini akan melihat beberapa factor yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan kader tentang perawatan TBC, sehingga masalah yang akan diungkap adalah : *Apakah Faktor demografi yang Berhubungan dengan karakteristik kader terhadap tingkat pengetahuan tentang perawatan TBC di Puskesmas Gatak I Sukoharjo tahun 2012 ?*

TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Penelitian yang akan dilakukan ini bertujuan mengetahui sejauhmana hubungan antara factor karakteristik kader dengan tingkat pengetahuan tentang perawatan TBC di Puskesmas GatakI Sukoharjo tahun 2012 ?

2. Tujuan Khusus

1. Melihat distribusi frekuensi kader di wilayah kecamatan Gatak I
 2. Mengetahui hubungan antara usia kader dengan tingkat pengetahuan tentang perawatan TBC.
 3. Mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan tentang perawatan TBC.
 4. Mengetahui hubungan antara lama menjadi kader dengan tingkat pengetahuan tentang perawatan TBC.
 5. Mengetahui hubungan antara keseringan mengikuti pelatihan kader dengan tingkat pengetahuan tentang perawatan TBC.
-

MANFAAT PENELITIAN

Apabila penelitian ini dibedakan faktor yang efektif pada kader yang berhubungan dengan karakteristik personal kader maka bisa dibuat kebijakan tentang syarat- syarat menjadi kader kesehatan pada puskesmas setempat

TINJAUAN PUSTAKA

Menurut Departemen Kesehatan, kader merupakan siapa saja dari anggota masyarakat yang mau bekerjasama secara sukarela dan ikhlas, mau dan sanggup menggerakkan masyarakat untuk melaksanakan kegiatan kegiatan posyandu di masyarakat. Selain itu kader juga merupakan penggerak dalam masyarakat, khususnya dalam membantu atau mendukung keberhasilan pemerintah di bidang kesehatan yang tidak mengharapkan imbalan berupa gaji dari pemerintah, melainkan bekerja secara sukarela (Depkes RI, 1994)

Syarat Kader Kesehatan:

Petugas yang harus menjadi kader adalah yang cukup waktu luang, berpengaruh dan disegani masyarakat, bertempat tinggal di daerah tersebut, dan bekerja tanpa pamrth serta ada kemauan untuk mengembangkan desanya, minimal pendidikan terakhirnya SD, tidak buta huruf serta mempunyai waktu luang untuk kegiatan-kegiatan kesehatan (WHO, 1993).

PEMBERANTASAN PENYAKIT TB PARU

Sering TB paru merupakan masalah yang harus mendapat perhatian dalam bidang kesehatan karena 2-3 diantara 1.000 orang diternui dalam masyarakat menderita penyakit TB paru menular dan kurang menyadari bahwa mereka terserang atau menderita penyakit TB Paru. Penyakit ini termasuk penyebab kematian no. 2 setelah penyakit jantung dan pembuluh darah (SKRT 1992).

Penyakit TB paru disebabkan oleh suatu basil yang disebut mycobacterium tuberculosis paru. Penyakit TB paru bukan penyakit keturunan, bukan penyakit kutukan atau guna-guna, dan dapat disembuhkan asalkan berobat dengan teratur dan benar. Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi kronis paru dimana terdapat nodul khas tuberkel pada paru yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* (Daldiyono, 1995), Menurut Alsagaff (2002), tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit saluran pernafasan bagian bawah.

Penyebaran Tuberkulosis paru (TBC) disebabkan oleh micobacterium tuberkulosa. Penularan kuman dipindahkan melalui udara ketika seseorang sedang batuk, bersin, tertawa atau menyanyi yang kemudian terjadi droplet. Ketika kuman terhisap oleh seseorang akan bersarang di bronchi atau alveoli, kemudian area yang terkena akan mengalami penyerapan hialin dan degenerasi sehingga terjadi fibrosis. Area yang nekrotik ini kemudian akan terjadi pengapuran bahkan mungkin mencair kemudian akan membentuk *cavity*/rongga. Selanjutnya kuman akan berploriferasi melalui kelenjar limphe tracheobronchial dan akan terjadi perluasan area peradangan yang sehat di daerah jaringan paru. Dengan demikian tanda dan gejala yang muncul akan bertambah berat.

Setelah seorang terinfeksi kuman TBC Menurut Price dan Wilson (1984) penderita akan mengalami perubahan atau reaksi patologis hingga muncul respon kurang lebih sekitar 20 hari. Adapun tanda dan gejala penderita TBC yaitu akan mengalami kelelahan,

lesu, mual, anoreksia, penurunan berat-badan, Haid tidak teratur pada wanita, demam sub febris dari beberapa minggu sampai beberapa bulan, malam batuk, produksi sputum mukopurulent atau disertai darah, nafas bunyi *crakles* (gemercik), *Wheezing* (mengi). Keringat banyak malam hari, kedinginan. (Alsagaff 2002)

Penyakit TBC diklasifikasikan menjadi lima yaitu TBCKlas. : terekspos/kontak TBC dan tidak terjadi infeksi, Klas II: Terinfeksi tetapi tidak sakit Klas III : TBC Aktif, skin test positif, Foto Rongent dada menggambarkan TBC Klas IV: Riwayat TBC, skin test positif, foto rongent dada abnormal tetapi bukan menunjukkan gambaran TBC. Klas V: Disangka TBC, dalam pemeriksaan diagnostik selama 3 bulan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi tuberkulosis menurut Alsagaff (2001) adalah adanya sumber infeksi (sering kontak dengan penderita), Penurunan daya tahan tubuh (pasien infeksi HIV, Pengguna obat-obat terlarang atau alkohol), Faktor lingkungan (pemukiman yang penuh, kumuh), Virulensi tinggi dan jumlah basil banyak (perilaku buang dahak sembarangan), Faktor imunologis, faktor psikologis, dan kelompok sosio ekonomi rendah (nutrisi dsb)

Dalam rangka efisiensi program pemberantasan TB khususnya di Indonesia telah di susun strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*), atau pengawasan langsung menelan obat TB jangka pendek setiap hari. Untuk itu diperlukan kemauan dan kemampuan dari penderita, keluarga ataupun masyarakat umum sehingga dapat berperilaku positif dalam penanggulangan TB Paru.

Secara umum tujuan dari pelaksanaan DOTS adalah:

1. Menjamin kesembuhan yang tinggi.
2. Mencegah putus, obat
3. Mencegah penularan
4. Mencegah efek samping obat jika timbul.
5. Mencegah resistensi.

DOTS sendiri memang terdiri dari lima komponen, dan bukan semata mata berarti pengawasan makan obat, bukan semata mata berarti setiap pasien yang makan obat TB harus diawasi agar ia patuh. DOTS lebih luas dari itu, dimulai dengan komitmen pemerintah sampai proses pencatatan dan pelaporan yang baik.

Dalam strategi DOTS menyangkut 5 komponen yaitu :

- a. Komponen pemerintah dalam mendukung aktifitas pengendalian Tuberculosis.
- b. Mendeteksi kasus dengan pemeriksaan BTA pada pasien yang mempunyai gejala yang dilaporkan sendiri kepada pelayanan kesehatan.
- c. Pengobatan standar selama enam sampai delapan bulan untuk semua kasus yang di konfirmasi dengan BTA positif, dengan observasi secara langsung pengobatan DOT (*Directly Observed Therapy*) untuk dua bulan terakhir.
- d. Keteraturan suplay Obat Anti Tuberculosis yang esensial secara terus menerus.
- e. Standar sistem pencatatan dan pelaporan yang memberikan pernyataan bahwa hasil pengobatan pada beberapa pasien dan program pengendalian Tuberculosis secara menyeluruh.

Strategi yang efektif ini telah dikembangkan dari kumpulan pelatihan terbaik, percobaan percobaan klinik dan operasi yang terprogram pada pengendalian Tuberculosis selama dua dekade.

Aspek ketiga dari strategi DOTS adalah pembenian obat yang diawasi secara langsung, atau dikenal dengan istilah DOT (*Directly Observed Therapy*). Pasien diawasi secara langsung ketika menelan obatnya, obat yang dibenikan harus sesuai standar dan dibenikan seyogyanya secara gratis pada seluruh pasien tuberkulosis yang menular dan yang kambuh. Seperti diketahui pengobatan tuberkulosis memakan waktu 6 bulan. Setelah makan obat 2 atau 3 bulan tidak jarang keluhan pasien telah menghilang, ia merasa dirinya telah sehat, dan menghentikan pengobatannya. Karena itu, harus ada suatu sistem yang menjamin pasien mau menyelesaikan seluruh masa pengobatannya sampai selesai. Siapa yang harus melihat pasien menelan obatnya? Ini dapat dilakukan oleh petugas kesehatan, atau oleh pemuka masyarakat setempat, atau tetangga pasien atau oleh keluarga sendiri.

Penatalaksanaan TBC meliputi beberapa hal yaitu:

1). *Promotif* merupakan Peningkatan kesehatan yang diberikan pada individu dan keluarga baik yang kontak dengan penderita TBC maupun tidak, adapun cara-cara untuk meningkatkan kesehatan terkait dengan TBC meliputi hal-hal dibawah ini: Menghindari faktor resiko, Mengelola stress, menjaga kebersihan diri (*Personal Higiene*), nutrisi seimbang, imunisasi, pemeriksaan rutin (*laboratorium*)

2). *Preventif* merupakan Pencegahan dilakukan pada individu dan keluarga yang mempunyai resiko tinggi dan sering kontak dengan penderita, pencegahan dilakukan dengan cara: Identifikasi penyebaran kuman melalui udara selama batuk, bersin, meludah, bicara tertawa, meyakini dan sebagainya. Review (mengulang) kembali penjelasan tentang proses dan penularan penyakit, menghindari meludah sembarangan, membuang pada tisu kemudian masukan larutan desinfektan (cairan karbol 5%), membuka jendela agar sinar matahari masuk, menjaga kebersihan diri, rumah dan lingkungan, memakai alat makan dalam keluarga tidak dengan bersamaan **3). *Curatif yaitu*** Pengobatan pada penderita TBC dalam keluarga meliputi pengobatan/terapi medik dan keperawatan. Terapi medis yang digunakan biasanya INH, Rimpamisin dan vitamin yang harus selalu diminum untuk kesembuhan pasien. Sedangkan terapi keperawatannya sesuai dengan diagnosa yang ada misalnya untuk mengurangi rasa nyeri dengan tehnik relaksasi, untuk mengurangi sesak nafas dengan posisi semi fowler, untuk mengeluarkan dahak dengan latihan batuk efektif dan nafas dalam dan sebagainya. Dalam pengobatan untuk mencegah penularan ini dipengaruhi berbagai faktor. Penelitian Muhlisin (1999) menyimpulkan bahwa dalam mencari pengobatan seorang pasien dipengaruhi oleh perilaku tenaga kesehatan dan jarak dengan tempat berobat.

Perilaku Sehat pada penderita TBC

Perilaku sehat pada keluarga dan penderita TBC difokuskan pada pencegahan yang dilakukan pada individu dan keluarga yang mempunyai resiko tinggi dan sering kontak dengan penderita, pencegahan dilakukan dengan cara:

- Penekanan dari penyebaran kuman, membuka jendela tiap hari membiarkan udara pagi dan sinar matahari masuk rumah. Salah satu penekanan dari penyebaran kuman sehingga membuat kuman TBC kontak dengan sinar ultraviolet, dan tidur tidak terlalu malam serta bangun pagi hari, hal ini memungkinkan penderita menghirup udara segar sehingga daya tahan tubuh menjadi meningkat, akibatnya akan meminimalkan kuman dalam penyebarannya.
- Identifikasi penyebaran kuman, kuman TBC disebarkan melalui udara selama batuk, bersin, meludah, bicara tertawa, meyakini dan sebagainya. Sehingga perlu adanya jarak terapeutik antara penderita dengan orang lain dalam keluarga seperti anjuran untuk menutup mulut

ketika bersin, batuk, menghindari meludah sembarangan, menjaga kebersihan diri, rumah dan lingkungan, memakai alat makan dalam keluarga tidak dengan bersamaan dalam satu waktu.

- Membuat cairan desinfektan. ketika penderita TBC batuk tidak boleh meludah sembarangan yaitu dengan cara membuang pada tisu kemudian masukan larutan desinfektan (cairan karbol 5%), dalam tempat tertutup selama 24 jam, menurut Potter (1998) untuk mematikan kuman penyakit menulat maka harus direndam dengan desinfektan 5% selama 24 jam.

PERANAN KADER DALAM PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT TUBERKULOSIS PARU

Kenyataan menunjukkan bahwa pada saat ini peran serta masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan sangat besar, antara lain dalam bentuk tenaga sukarela yang dikenal sebagai kader kesehatan. Departemen Kesehatan telah memberikan pedoman agar kader tersebut dapat melaksanakan tugasnya dengan baik. Pedoman/petunjuk yang sifatnya sederhana, mudah dimengerti dan jelas tetapi dapat dipertanggungjawabkan, sebagai pegangan kader dalam melaksanakan tugas khususnya pemberantasan penyakit TB paru, kegiatan apa saja yang dapat dan perlu serta boleh dilakukan oleh seorang kader, telah diberikan pada kader kesehatan.

PENGETAHUAN KADER KESEHATAN TENTANG PERAWATAN TBC

Pengetahuan merupakan hasil ‘tahu’ dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan pada suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu, mata penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan masyarakat diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan dan ketrampilan di dapat juga dari beberapa sumber, mendapat pendidikan formal, pengetahuan yang diterima selama mengikuti pelatihan dan frekuensi mengikuti pembinaan dan kegiatan. Pengetahuan dan ketrampilan ditambah pengalaman. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara/angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian/responden (Notoatmojo, 1997)

Karakteristik Kader

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuar, kader menurut Purnawan (1999), adalah eksternal dan internal meliputi umur dan jenis kelamin. Sedangkan eksternal meliputi tingkat pendidikan , ekonomi, lama menjadi kader. Sedangkan menurut pendapat lain, tingkat pengetahuan kader dipengaruhi tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga dan lama menjadi kader.

Umur

Peningkatan umur kader dalam batas tertentu lebih mengacu pada kesehatan, sehingga mempengaruhi keaktifan kader. Semakin tua umur kader maka kader, maka kemungkinan tidak aktif lagi (Satoto, 1990).

Status Pekerjaan

Pekerjaan adalah sekumpulan kedudukan yang memiliki persamaan kewajiban dan tugas pokoknya. Pekerjaan yang mereka ikuti menyebabkan kegiatan kesehatan uang ada di masyarakat, sehingga mereka bisa aktif ataupun tidak. Bagi kader yang mempunyai pekerjaan sebagai PNS biasanya mereka cukup aktif.. Kesiediaan mereka menjadi kader kadang terdorong terdorong oleh masyarakat dan lingkungan. Mereka berkewajiban meningkatkan kesejahteraan keluarga dan tugas lain juga sebagai abdi negara.

- **Tingkat Pendidikan**

Pendidikan sebagai suatu usaha sadar untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Menurut batasan ini proses pendidikan ini tidak hanya sampai kedewasaan saja melainkan tetap berlangsung seumur hidup (Notoatmodjo, 1993).

Tingkat pendidikan seorang kader merupakan faktor yang penting mempengaruhi cakupan pelayanan kesehatan. Pendidikan seorang kader merupakan modal seorang kader untuk bisa menjalankan tugas dan peranannya serta pengalaman lain.

- **Lama menjadi kader**

Seorang yang telah lama menjadi kader biasanya akan bertambah pengetahuannya, karena semakin banyak pengalaman yang diterimanya. Purnawan (1999), mengatakan bahwa pengetahuan seseorang akan berubah dengan adanya pengalaman.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah *descriptive Correlative* dengan variabel bebas dan terikat. Pengukuran variabel bebas yang terdiri dari Kuesioner tentang karakteristik kader yang meliputi : umur , tingkat pendidikan dan lama menjadi kader yang diukur dengan skala katagorik di atas dan dibawah rata-rata (*means*). Kuesioner tentang tingkat pengetahuan tentang penyalit TBC diukur dengan rentang skor 1-4 .Populasi dalam penelitian ini adalah semua kader sejumlah 80 orang, sedangkan sampelnya adalah 40 orang kader. Pelaksanaan pelatihan dilakukan berdasarkan modul yang telah disusun oleh Pelatih . Modul pelatihan mencakup: 1) ketrampilan kognitif yaitu perilaku sehat yang terkait dengan kebersihan diri dan lingkungan, 2) ketrampilan demonstratif yaitu cara pembuatan cairan desinfektan dan cara pembuangan dahak yang benar pada penderita TBC. Adapun secara rinci kegiatan pelatihan sebagai berikut: Tanya jawab menggali Pengetahuan kader tentang perawatan TBC terhadap pasien dan keluarga, Ceramah tentang pengertian, penularan, pencegahan dan pengobatan penyakit TBC pada pasien dan keluarga, Cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan, Diskusi : Pemecahan Kasus tentang masalah TBC yang ada di keluarga, kesulitan, hambatan dalam pencegahan, Cara membuat cairan desinfektan melaluiemonstrasi membuat cairan desinfektan untuk tempat pembuangan dahak pasien TBC. Data hasil penelitian dianalisis hubungan dengan rumus korelasi pearson's untuk data rasio dan rumus kai kuadrat untuk data katagorik, setelah melewati tahap pengeditan pengkodean dan pemasukan data.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

a. Karakteristik Responden

Tabel. 1. Distribusi Variabel Karakteristik Kader di Puskesmas Gatak tahun 2011

VARIABEL	F	%
Usia		
• 30 -39 tahun	17	42,5
• 40 -49 tahun	10	25,0
• 50 -59 tahun	11	27,5
• 60 -69 tahun	2	5,0

N = 40

VARIABEL	F	%
Pendidikan		
• SD	4	10,0
• SLTP	13	32,5
• SLTA	20	50,0
• Sarjana	3	7,5
Lama Menjadi Kader		
• 1-3 tahun	5	15
• 4-6 tahun	7	17,5
• 7-9 tahun	11	27,5
• 10 – 13 tahun	9	25
• 14 – 17 tahun	3	7,5
• 18 -21 tahun	3	7,5
• lebih dari 21 tahun	2	5,0

Rentang usia kader berkisar antara 30 sampai 69 tahun, hal ini sesuai UU Kesehatan nomer 23 tentang kesehatan yang terkait dengan peran serta masyarakat yaitu pasal 71 yang kesimpulannya yaitu semua masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang terbanyak berusia 45 tahun (62,5%), menurut data subyektif dari Puskesmas penyebab banyaknya usia ini adalah pengelolaan yang terencana dan evaluasi yang terstruktur dari puskesmas yang membuat kader menjadi aktif dan tidak bosan.

Kader aktif di wilayah Puskesmas Gatak Sukoharjo paling rendah berpendidikan SD yaitu ada 4 orang (10%) dan yang paling tinggi berpendidikan Sarjana ada 3 orang (7,5%), tingkat pendidikan terbanyak adalah SLTA yaitu 20 orang (50%) . Sesuai dengan distribusi tingkat pendidikan di Indonesia dari Depdiknas bahwa lulusan SLTA merupakan tingkat lulusan terbanyak di Indonesia. Selain hal tersebut menurut Tidak bekerja.

Lama menjadi kader berkisar antara 1 sampai 32 tahun, terbanyak adalah selama 7 sampai 9 tahun, menurut data subyektif dari Puskesmas penyebab lamanya kader aktif adalah adanya fasilitas khusus bagi kader ketika berobat, selain hal tersebut adalah penjelasan subyektif dari responden kader yaitu sebagai pengisi waktu yang luang.

b. Tingkat Pengetahuan Kader

Tabel.2. distribusi frekuensi tingkat pengetahuan kader

	F
Rata-rata	66,8
Nilai terendah	20
Nilai tertinggi	80
Nilai terbanyak	60
Standar Deviasi	16,04

Distribusi tingkat pengetahuan responden yang berjumlah 40 kader rata-rata nilai 66,8, nilai terendah 20 dan nilai tertinggi 80 dan standar deviasi 16,04. Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan kader sangat bervariasi. Menurut hasil penelitian Ake (2000) tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh karakteristik personal

c. Hubungan karakteristik Personal Kader dengan Tingkat Pengetahuan tentang Perawatan TBC

Tabel. 2. Hubungan antara Usia dengan tingkat pengetahuan kader tentang perawatan TBC

R	R²	r	P Value
0,207	0,052	-0, 613	0,000

Dari table diatas 52% dari variasi tingkat pengetahuan kader dengan usia, sedangkan sisanya 48% dipengaruhi factor lain. Dari hasil perhitungan tersebut didapatkan nilai $r = -0,613$ dengan nilai $P\text{-Value} = 0,000$, sehingga ada hubungan negatif antara usia kader dengan tingkat pengetahuan, dengan demikian dapat disimpulkan semakin muda usia kader semakin bagus nilainya.

Nilai yang bagus pada usia muda menunjukkan bahwa seseorang yang lebih muda usianya lebih mudah menyerap ilmu pengetahuan, selain hal tersebut kader yang berusia muda berlatar belakang pendidikan SLTA keatas.

Tabel. 3. Hubungan antara lama menjadi kader dengan tingkat pengetahuan kader tentang perawatan TBC

R	R²	r	P Value
0,205	0,042	0, 780	0,000

Dari table diatas 42% dari variasi tingkat pengetahuan kader dengan usia, sedangkan sisanya 58% dipengaruhi factor lain. Dari hasil perhitungan tersebut didapatkan nilai $r = 0,780$ dengan nilai $P\text{-Value} = 0,000$, sehingga ada hubungan positif antara lama menjadi kader dengan tingkat pengetahuan, dengan demikian dapat disimpulkan semakin lama menjadi kader semakin bagus nilainya. Semakin lama menjadi kader semakin lama berhubungan dengan tenaga kesehatan profesional dan semakin banyak mendapatkan ilmu pengetahuan, ilmu pengetahuan yang diterima semakin dicermati sehingga berpengaruh terhadap pengetahuan tentang cara perawatan TBC di rumah.

Tabel.4. Hubungan antara Pendidikan dengan tingkat pengetahuan kader tentang perawatan TBC

Pendidikan	Tingkat Pengetahuan		N	Mean	X²	P Value
	Kurang Baik	Baik				
SLT P kebawah	16 (94%)	1 (6%)	12			
SLTA Keatas	6 (6%)	17 (74%)	24	66,8	0,000	0,010

Penilaian tingkat pengetahuan kader diperoleh nilai rata-rata 66,8, tingkat pengetahuan kurang baik adalah dibawah rata-rata dan tingkat pengetahuan baik adalah diatas rata-rata. Dari 17 kader yang berpendidikan SMP kebawah 16 (94%) memiliki tingkat pengetahuan kurang baik, dan sisanya 1 (6%) tingkat pendidikannya baik. Sedangkan dari 23 kader yang berpendidikan SLTA keatas 6 (26%) memiliki tingkat pengetahuan kurang baik dan 17 (74%) memiliki tingkat pengetahuan baik.

Dari hasil analisis hubungan Kai Kuadrat diperoleh hasil 0,000 dengan P-value 0,010 yang menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat pengetahuan kader. Seorang yang lebih tinggi pendidikannya mempunyai wawasan yang lebih luas dan lebih berpengalaman dalam ilmu pengetahuan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin tinggi cara berfikir secara rasional, sehingga tingkat pengetahuan dalam cara merawat pasien TBC di rumah tingkat pengetahuannya lebih baik.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kader kesehatan merupakan salah satu dari kelompok perantara yang merupakan tenaga kesehatan dalam arti luas ini, kader adalah ujung tombak di masyarakat yang bisa dibina untuk berperan dalam membantu tenaga kesehatan . Menurut Depkes RI (1995) pentingnya peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan telah diakui semua pihak, hasil pengamatan secara statistik membuktikan bahwa peran sserta masysrakat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan.

Berdasar penelitian ini dapat disimpulkan adanya hubungan antara karakteristik personal kader yang meliputi usia, tingkat pendidikan dan lama menjadi kader dengan tingkat pengetahuan kader tentang cara merawat TBC dirumah Dengan demikian penting dilakukan seleksi untuk orang yang bersedia menjadi kader dan regenerasi pada usia yang sudah tua, tingkat pendidikan minimal SLTP sehingga diharapkan terjadinya kesinambungan antara petugas kesehatan professional dan kader sebagai ujung tombak tenaga kesehatan yang non professional.

DAFTAR PUSTAKA

- Alsagaff (2001), *Dasar-dasar Ilmu penyakit Paru*, Surabaya; Airlangga University Press
- Anonim, , *Tiap empat menit Orang Meninggal Karena TBC*, Solo Pos Selasa 28 Juni 2002.
- Brunner. L and Suddarth D (1996), *Medical-Surgical Nursing* 9 th, philadelphia : Lippincott J.B. Company
- Daldiyono (1995), *Ilmu penyakit Dalam*, EGC : Jakarta
- Depkes RI (1995), *Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarakat*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta
-

Depkes RI (2000), *Kebijakan Pengembangan Tenaga Kesehatan*, Departemen Kesehatan RI : Jakarta

Doengoes M (2000), *Nursing Care Plane: Guidelines for planing and documenting Patient Care* Philadelphia, Davis Company

Ignatavius.D, Workman ML, Mislher, MA (1995), *Medical-Surgical Nursing, Accros the Health Care Continuum* 3 th edition : Philadelphia London, W.B. Saunders Company.

Muhlisin. A, (1999), *Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kuratif di Balai Kesehatan UMS* ; Skripsi, tidak dipublikasikan.

Notoatmojo. S (1997), *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Rineka Cipta : Jakarta

Potter P.A and Perry A.G (1997), *Fundamental of Nursing* : Concepts, process and Practice fourth edition : St Louis , mosby

Price S.A and Wilson L.M (1984), *Pathophysiology: Clinical Concep of Deseases Processes*, Alih bahasa: Adji Dharma: Jakarta: Penerbit buku Kedokteran EGC

[www//depkes. Go.id/IND/Artikel/Populer/Ganasnya hantu Tuberkulosis. htm](http://www.depkes.go.id/IND/Artikel/Populer/Ganasnya_hantu_Tuberkulosis.htm) (2002)

PROMOSI KESEHATAN MENGGUNAKAN METODE PENDIDIKAN KESEHATAN INDIVIDUAL TERHADAP PERILAKU PENCEGAHAN PENYAKIT TB PARU

Agrina^{1*}, Ari Pristiana Dewi²

^{1,2} PSIK Universitas Riau

*Email: agrina@unri.ac.id, ayang_shr@yahoo.co.id

Abstrak

Penyakit *Tuberculosis* atau dikenal TB Paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia maupun diberbagai belahan dunia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas promosi kesehatan dengan menggunakan metode pendidikan kesehatan individual terhadap peningkatan perilaku pencegahan penyakit TB Paru. Metode penelitian ini menggunakan desain *quasi experimental design dengan model pretest-posttest design with control group* dengan penerapan pendidikan kesehatan individual. Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Sidomulyo Barat terhadap 34 responden, yaitu 17 kelompok eksperimen dan 17 kelompok kontrol. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner mengenai perilaku pencegahan penyakit TB Paru yang dikembangkan oleh peneliti. Analisa yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat dengan uji *dependent test* dan *independent test*. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan secara bermakna terhadap perilaku pencegahan penyakit TB Paru setelah dilakukan pendidikan kesehatan individual ($p\ value=0,000; \alpha=0,05$). Diharapkan petugas kesehatan Puskesmas khususnya perawat kesehatan masyarakat (PERKESMAS) untuk dapat melakukan kegiatan promotif khususnya penyuluhan kesehatan secara individual karena dapat meningkatkan perilaku pencegahan penyakit TB paru di keluarga.

Kata kunci: Pendidikan kesehatan individual, perilaku pencegahan, TB Paru.

PENDAHULUAN

TB Paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri kuman *Mycobacterium tuberculosis*. TB Paru dapat menyerang bagian tubuh mana saja namun kerap menyerang paru-paru (USAID, 2010). Penyakit penularan penyakit TB Paru melalui udara yang tercemar *Micobakterium tuberkulosa* yang dilepaskan pada saat pasien TB Paru batuk. Kuman TB Paru masuk ke tubuh dan berkembangbiak di paru-paru dan dapat menginfeksi hampir seluruh organ tubuh. Bakteri TB paru merupakan bakteri basil yang sangat kuat sehingga memerlukan waktu lama untuk mengobati. Jika tidak diobati dengan baik, maka penyakit ini dapat menyebabkan kematian pada hampir setengah kasus selama 5 tahun setelah menderita penyakit ini. Saat ini diperhitungkan 3.800 pasien TB meninggal setiap hari atau 2-3 pasien meninggal setiap menit karena TB Paru ini.

Indonesia merupakan salah satu negara pemasok penderita TB Paru terbesar di dunia setelah Cina dan India. Indonesia juga menjadi salah satu negara dengan tingkat penularan yang tinggi. Laporan *World Health Organisation* (WHO) tentang angka kejadian TB Paru, evaluasi selama 3 tahun dari tahun 2008-2010 menunjukkan bahwa kejadian TB Paru di Indonesia mencapai 189 per 100.000 penduduk. Secara global angka kejadian

kasus TB Paru sebanyak 128 per 100.000 penduduk. Estimasi angka di Indonesia tahun 2003 berdasarkan pemeriksaan sputum (BTA positif) adalah 128 per 100.000, sedangkan estimasi prevalensi TB Paru adalah 259 per 100.000 (WHO, 2005). Berdasarkan survey nasional tahun 2004 tentang pemeriksaan sputum secara mikroskopik didapatkan angka 204 dari 100.000, sedangkan prevalensi TB Paru di daerah Sumatra sebanyak 160 per 100.000.

Data-data tersebut menunjukkan bahwa kasus TB Paru cukup mengkhawatirkan di sekitar masyarakat. Penyakit TB Paru dapat menyerang dan menular kepada siapa saja apabila ada satu orang yang terkena, maka resiko tinggi akan menularkan kepada orang di sekitarnya seperti keluarga dan masyarakat sekitar. Beberapa faktor yang dapat meningkatkan terinfeksi TB Paru seperti kontak dengan orang yang TB Paru aktif, penderita HIV/AIDS yang menurunkan sistem imunitas, kondisi rumah dan kepadatan penghuni, dan sebagainya.

Kejadian TB Paru lebih beresiko tinggi dan paling banyak terjadi pada kelompok masyarakat dengan sosio ekonomi rendah. Peningkatan kasus di pengaruhi oleh daya tahan tubuh, status gizi dan kebersihan diri individu dan kepadatan hunian lingkungan tempat tinggal. Artinya penyakit TB Paru sebenarnya bisa dicegah dan bisa diobati sampai tuntas. Perilaku pencegahan penyakit TB Paru antara lain pemberian imunisasi BCG pada anak baru lahir, makan makanan yang bergizi, hindari kontak dengan penderita TB paru, biasakan hidup bersih dan sehat, segera berobat jika ada anggota keluarga yang terkena, hindari rokok dan alkohol, ventilasi dan sirkulasi udara yang baik, dan usahakan menutup hidung dan mulut ketika batuk panjang dan berdahak.

Namun kenyataannya di lapangan, penyakit ini sering terabaikan oleh masyarakat sekitar karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang TB Paru, bahaya penyakit TB Paru dan bagaimana pencegahan penyakit TB Paru. Pengetahuan penderita TB paru yang kurang tentang cara penularan, bahaya dan cara pengobatan akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku sebagai orang sakit dan akhirnya berakibat menjadi sumber penular bagi orang disekitar.

Saat ini, masih banyak masyarakat beranggapan TB Paru merupakan penyakit sepele dan dianggap batuk biasa. Masalah lain adalah sikap sebagian orang yang justru menyembunyikan anggota keluarga yang mengidap TB Paru akan menambah jumlah masyarakat yang akan tertular penyakit TB Paru. Ditambah lagi belum maksimalnya kegiatan promosi kesehatan pencegahan penyakit TB Paru

Promosi kesehatan (Promkes) adalah upaya mempengaruhi masyarakat agar menghentikan perilaku beresiko tinggi dan menggantikannya dengan perilaku yang aman atau paling tidak bersiko rendah. Artinya Promkes dirancang untuk perubahan perilaku masyarakat ke arah perilaku sehat. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi masyarakat agar merubah perilaku yang salah satunya adalah pengertian yaitu bila perilaku yang masuk akal bagi masyarakat dalam konteks pengetahuan lokal. Notoatmojo (2002) menyampaikan bahwa Promkes pada hakikatnya adalah suatu kegiatan menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Melalui pesan tersebut maka diharapkan masyarakat dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik.

Pengetahuan kesehatan yang didapat diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Promkes diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran (masyarakat). Agar perubahan perilaku dapat terjadi maka banyak faktor yang harus diperhatikan saat memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat salah satunya adalah faktor metode. Pemilihan metode saat pendidikan kesehatan tergantung kepada sasaran dilakukannya pendidikan kesehatan. Sasaran pendidikan kesehatan kelompok maka akan berbeda metodenya dengan sasaran massa

dan sasaran individual.

Pendidikan kesehatan dengan pendekatan individual berhubungan secara langsung maupun tidak langsung dengan sasaran secara perorangan, antara lain: kunjungan rumah, hubungan telepon, dan lain-lain. Metode pendidikan kesehatan yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru. Perorangan yang dimaksud bukan hanya kepada orang yang bersangkutan namun juga kepada seluruh anggota keluarga.

Bentuk penerapan metode pendidikan kesehatan perorangan adalah menggunakan pendekatan bimbingan dan penyuluhan serta bisa juga dengan wawancara. Melalui bimbingan dan penyuluhan maka dapat terbina hubungan yang lebih intensif.

Kasus TB Paru di Pekanbaru paling tinggi berada di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo. Kasus TB Paru di wilayah ini semakin meningkat. Kasus TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo semakin meningkat dari tahun ke tahun. Tahun 2010 kasus TB Paru berjumlah 37 orang, tahun 2011 berjumlah 42 orang dan tahun 2012 sampai bulan November berjumlah 36 orang, Kasus TB Paru terdapat di dua Kelurahan yaitu Kelurahan Tuah Karya dengan 26 kasus dan Kelurahan Sidomulyo Barat dengan 8 kasus. Penanggungjawab mengaku sudah melakukan kegiatan promosi kesehatan tentang TB Paru dalam bentuk penyuluhan namun belum bisa menjangkau semua lapisan masyarakat karena petugas penanggungjawab penyakit TB Paru hanya 1 orang di Puskesmas.

Lebih lanjut, petugas kesehatan yakin penderita suspek banyak di masyarakat karena penderita TB Paru dapat menularkan penyakit TB Paru kepada orang lain dan kondisi perumahan di Panam saling berdekatan dan padat. Ditambah lagi belum adanya upaya perilaku pencegahan penyakit TB Paru di masyarakat. Berdasarkan hasil *windshield survey* lingkungan fisik RT dan RT 6 RW 10 Kelurahan Tuah Karya Kecamatan Sidomulyo di dapatkan bahwa rumah warga di RT 05 dan 06 tampak berdekatan dan padat. Berdasarkan hasil wawancara dengan *key person* yaitu pihak Puskesmas mengatakan bahwa jumlah penderita TB paru yang berdeteksi di RW 10 sebanyak 8 orang, di RT 05 dan 06 sebanyak 2 orang. Kader posyandu di RW 10 mengatakan warga di sekitar RT 05 dan RT 06 hanya dua orang yang sudah memeriksakan ke Puskesmas, dan mungkin ada beberapa orang lainnya yang menderita batuk yang sudah lama tapi belum memeriksakannya. Penyuluhan tentang TB paru hanya sekali dilakukan di RT 05 dan RT 06 sekitar satu bulan yang lalu. Poster tentang penyakit TB Paru ada di temukan di posyandu.

Hasil observasi di dapatkan data masih banyak rumah yang kurang ventilasinya, tidak masuk cahaya kerumah dan kondisi rumah terlihat kotor. Berdasarkan hasil penjarangan yang dilakukan oleh praktik mahasiswa keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau di dapatkan 13 KK mengalami batuk lebih dari 2 minggu namun di biarkan saja oleh yang bersangkutan dan keluarganya.

Kondisi rumah dan lingkungan sekitar merupakan faktor resiko munculnya penyakit TB Paru. Amrullah (2011) menyatakan bahwa suhu optimal pertumbuhan bakteri sangat bervariasi, *Mycobacterium tuberculosis* tumbuh optimal pada suhu 37 derajat celsius. Paparan sinar matahari selama 5 menit dapat membunuh *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri tahan hidup pada tempat gelap, sehingga perkembangbiakan bakteri lebih banyak di rumah yang gelap.

Hasil penelitian Sutowo (2010) menunjukkan bahwa upaya pencegahan penyakit TB Paru tidak hanya mengenai pengobatan TB Paru namun juga perlu adanya upaya pencegahan dalam bentuk promosi pengetahuan, sikap dan tindakan. Pengetahuan penderita TB Paru yang kurang tentang cara penularan, bahaya dan cara pengobatan akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku sebagai orang sakit dan akhirnya berakibat

menjadi sumber penular bagi orang di sekelilingnya.

Berdasarkan uraian tersebut ,maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian efektifitas promosi kesehatan dengan menggunakan metoda individu terhadap peningkatan perilaku pencegahan penyakit TB Paru menggunakan metode individual. Penelitian ini bertujuan untuk menilai efektifitas promosi kesehatan menggunakan metode pendidikan kesehatan individual terhadap peningkatan perilaku pencegahan penyakit TB paru di Keluarga.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah *quasi experimental design dengan model pretest-posttest design with control group* d. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh individu di keluarga yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sidomulyo Barat Panam. Sampel pada penelitian ini adalah berjumlah 34 orang (17 kelompok eksperimen dan 17 kelompok kontrol) di RW 10 Kelurahan Sidomulyo Barat dengan menggunakan metode *purposive sampling*. Kriteria inklusi sampel adalah bersedia menjadi responden, bisa membaca dan menulis, dalam kondisi sehat, dan responden berada di RW 10 kelurahan Sidomulyo Barat. Penelitian ini dilakukan selama 8 (delapan) bulan dari bulan Maret sampai dengan Oktober 2013.

Data pada penelitian ini diambil dengan menggunakan lembar kuisisioner yang berisi tentang pertanyaan perilaku pencegahan penyakit TB paru di keluarga. Kuisisioner sudah dilakukan uji validitas yaitu uji pakar oleh dosen keperawatan komunitas. Data pada penelitian ini diambil 2 kali pada masing-masing kelompok yaitu sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode individual.

Analisa data yang digunakan pada penelitian adalah analisa univariat dan bivariat. Analisa data univariat dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Analisa bivariat dengan menggunakan uji T *independent dan dependent*. Analisa bivariat untuk melihat peningkatan perilaku pencegahan penyakit TB paru sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan metode individual ($p < 0,005$). Pengolahan data meliputi langkah-langkah *editing, coding, processing* dan *cleaning*.

HASIL PENELITIAN

Homogenitas sampel penelitian

Tabel.1 *Variasi sampel penelitian*

Variabel	F	ρ value
Usia	0,155	0,319

Tabel 1 menunjukkan uji *Levene test* variabel usia pada kelompok kontrol dan eksperimen. Nilai ρ value yang didapatkan adalah 0,319 ($\alpha=0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa kelompok responden berasal dari populasi yang memiliki variasi yang sama.

Karakteristik Responden

Tabel.2 *Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik responden*

Variabel	Kelompok Kontrol (n= 17)		Kelompok Eksperimen (n= 17)	
	F	%	f	%
Usia				
Dewasa	11	64,7	5	29,4
Lansia	6	35,3	12	70,6
Jumlah	17	100	17	100
Jenis Kelamin				
Laki-laki	8	47,1	7	41,2
Perempuan	9	52,9	10	58,8
Jumlah	17	100	17	100
Pendidikan				
Tinggi	9	52,9	7	41,2
Rendah	8	47,1	10	58,8
Jumlah	17	100	17	100
Suku				
Minang	7	41,2	8	47,1
Melayu	4	23,5	6	35,3
Jawa	6	35,3	3	17,6
Jumlah	17	100	17	100

Berdasarkan tabel 2, diketahui distribusi umur responden pada kelompok kontrol sebagian besar dewasa (64,7%), dan kelompok eksperimen lansia 12 orang (70,6%). Jenis kelamin terbanyak adalah perempuan pada kelompok kontrol sebanyak 52,9% dan kelompok eksperimen 58,8%. Pendidikan responden terbanyak pada pada kelompok kontrol adalah tinggi (52,9%) dan kelompok eksperimen adalah rendah (58,8%), dan suku bangsa terbanyak adalah minang pada kelompok kontrol sebanyak 41,2% dan kelompok eksperimen 47,1%.

Perilaku Pencegahan Penyakit TB Paru

Tabel 3. *Distribusi frekuensi perilaku pencegahan penyakit TB Paru sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok eksperimen*

Perilaku Pencegahan	Sebelum		Setelah	
	f	(%)	F	(%)
Kurang Baik	8	47,1	7	41,2
Baik	9	52,9	10	58,8
Jumlah	17	100	17	100

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa responden yang memiliki perilaku pencegahan baik sebelum dilakukan pendidikan kesehatan individual lebih sedikit (52,9%) dibandingkan responden yang memiliki perilaku pencegahan baik setelah dilakukan pendidikan kesehatan individual (58,8%).

Perbedaan perilaku pencegahan penyakit TB Paru pada kelompok eksperimen sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan individual

Tabel 4. Perbedaan perilaku pencegahan penyakit TB Paru pada kelompok eksperimen sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan individual(N= 17)

Perilaku Pencegahan Tb Paru	Mean	SD	SE	P Value
- Sebelum diberi penkes	38,4	6,2	1,51	0.162
- Sesudah diberikan penkes	39,8	7,08	1,72	

Dari tabel 4, hasil uji statistik didapatkan nilai rata-rata perilaku pencegahan TB Paru sebelum diberikan pendidikan kesehatan individual adalah 38,4 dengan standar deviasi 6,2. Sesudah diberikan pendidikan kesehatan individual didapatkan nilai rata-rata perilaku pencegahan responden adalah 39,8 dengan standar deviasi 7,08. Perbedaan nilai mean sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan adalah 1,4, dengan nilai *pvalue* 0,162 pada *alpha* 5 %. Maka didapat kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan perilaku pencegahan TB Paru responden sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual pada kelompok eksperimen.

Perbedaan perilaku pencegahan penyakit TB Paru pada kelompok kontrol dan eksperimen sesudah diberikan pendidikan kesehatan individual

Tabel 5. Perbedaan perilaku pencegahan penyakit TB Paru pada kelompok kontrol dan eksperimen sesudah diberikan pendidikan kesehatan individual (N=34)

Perilaku Pencegahan TB Paru	Mean	SD	SE	P Value
- Kelompok Kontrol	26,6	7,32	1,77	0,00
- Kelompok Eksperimen	39,8	7,08	1,72	

Berdasarkan hasil uji statistik yang telah didapat, nilai rata-rata perilaku pencegahan TB Paru pada kelompok eksperimen setelah diberikan pendidikan kesehatan adalah 39,8, dengan standar deviasi 7,08. Nilai *pvalue* = 0,000 pada *alpha* 5 % artinya H_0 ditolak berarti ada perbedaan yang signifikan perilaku pencegahan penyakit TB Paru responden setelah diberikan pendidikan kesehatan secara individual antara kelompok kontrol dan eksperimen.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden berdasarkan usia didapatkan data bahwa responden berada di usia dewasa atau lanjut usia (lansia). Menurut Notoadmodjo (2010) usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada penelitian ini, banyaknya usia dewasa maupun lansia disebabkan karena salah satu kriteria inklusi responden adalah kepala keluarga maupun istri. Kepala keluarga memiliki kekuasaan dalam pengaturan rumah tangga, sementara istri memiliki tanggung jawab sebagai pemimpin kesehatan dalam keluarga, masak, sahabat atau teman bermain bagi anggota keluarganya (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Selanjutnya karakteristik jenis kelamin, dimana lebih banyak jenis kelamin perempuan daripada laki-laki baik kelompok kontrol maupun eksperimen. Banyaknya perempuan sebagai responden penelitian ini sesuai dengan pernyataan Kumurur (2010) bahwa perempuan memiliki peran sebagai istri/ibu yang lebih banyak berada di rumah sedangkan laki-laki sebagai pencari nafkah utama di dalam keluarga lebih banyak menghabiskan waktu di luar rumah. Jenis kelamin dalam penelitian ini tidak mempengaruhi keefektifan pendidikan kesehatan yang diberikan kepada responden di Kelurahan Sidomulyo Barat. Hal ini karena tidak ada pengelompokan yang khusus antara laki-laki dan perempuan.

Tingkat pendidikan responden bervariasi, dimana pada kelompok kontrol sebagian besar responden memiliki pendidikan tinggi (52,9%) sedangkan pada kelompok eksperimen sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan rendah (58,8%). Penelitian ini tidak menitikberatkan pada tingkat pendidikan responden. Sunaryo (2004) menyatakan pengetahuan tidak hanya didapatkan dari tingkat pendidikan tetapi juga pengalaman dan pembelajaran melalui indera. Lebih lanjut, Sunaryo (2004) menyatakan pengetahuan menjadi faktor penting perubahan perilaku manusia, dan perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng.

Karakteristik responden lainnya adalah suku bangsa. Hasil penelitian ini menyatakan suku bangsa terbanyak pada kelompok kontrol dan eksperimen adalah suku Minang. Hal ini didukung oleh data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2010 bahwa suku Minang termasuk tujuh besar suku yang memiliki jumlah populasi terbanyak di Indonesia yaitu 5.569 juta jiwa dan tersebar di Indonesia. Di Provinsi Riau khususnya Pekanbaru merupakan wilayah strategis bagi masyarakat dalam hal perniagaan sehingga warga pendatang yang menetap termasuk suku Minang.

2. Perilaku Pencegahan Penyakit TB Paru

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa responden yang memiliki perilaku pencegahan baik sebelum dilakukan pendidikan kesehatan individual lebih sedikit (52,9%) dibandingkan responden yang memiliki perilaku pencegahan baik setelah dilakukan pendidikan kesehatan individual (58,8%).

Green dan Kreuter (2005) menyatakan ada 3 faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang yaitu *prediposisifactors* (faktor pemudah), *enablingfactors* (faktor pemungkin), dan *reinforcing factors* (faktor penguat). Faktor pemudah seperti tradisi atau kebiasaan, kepercayaan, tingkat pendidikan dan tingkat sosioekonomi; faktor pemungkin mencakup tersedianya sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan serta faktor penguat yang mencakup tidak adanya dukungan terhadap tindakan kesehatan yang dilakukan.

Dalam penelitian ini, ketiga faktor saling mempengaruhi. Tradisi/budaya kental yang dianut responden, faktor ekonomi menengah dan adanya keterbatasan sarana fasilitas kesehatan termasuk informasi kesehatan mempengaruhi responden. Setelah dilakukan pendidikan kesehatan secara individual kepada responden, terdapat peningkatan perilaku pencegahan penyakit TB Paru. Responden di wilayah Kelurahan Sidomulyo Barat memiliki motivasi tinggi dan dukungan terhadap tindakan kesehatan sehingga terjadi peningkatan perilaku pencegahan terhadap penyakit TB Paru.

3. Efektifitas pendidikan kesehatan secara individual terhadap peningkatan perilaku pencegahan penyakit TB Paru

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa nilai rata-rata perilaku pencegahan TB Paru sebelum diberikan pendidikan kesehatan individual adalah 38,4 dengan standar deviasi 6,2. Sesudah diberikan pendidikan kesehatan individual didapatkan nilai rata-rata perilaku pencegahan responden adalah 39,8 dengan standar deviasi 7,08. Analisis lanjut tidak ada perbedaan perilaku pencegahan TB Paru responden sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual pada kelompok eksperimen ($p=0,162$).

Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah yang lebih dewasa dan lebih baik. Darmasih (2009) menyatakan bahwa pengetahuan dapat dipengaruhi oleh semakin berkembangnya ilmu pengetahuan serta cara berfikir, sehingga mudah untuk memperoleh pengetahuan dan informasi.

Dalam penelitian ini, tidak ada perbedaan perilaku pencegahan TB Paru responden sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan secara individual pada kelompok eksperimen namun ada perbedaan yang signifikan perilaku pencegahan penyakit TB Paru responden setelah diberikan pendidikan kesehatan secara individual antara kelompok kontrol dan eksperimen ($p=0,00$; $\alpha=0,05$). Adanya perbedaan ini karena pendidikan kesehatan secara individual yang diberikan mempunyai pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan dalam jangka waktu pendek (*immediate impact*) menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan bagi masyarakat (Notoatmodjo, 2007). Pemberian pendidikan kesehatan mencakup tiga persoalan pokok, yakni persoalan masukan (input), proses, dan persoalan keluaran (output). Persoalan masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar, yaitu individu atau kelompok masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya. Persoalan proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, input yang berupa materi pencegahan TB Paru, pemberi materi, dan media. Materi yang diberikan berdasarkan konsep dan teori dengan memodifikasi bahasa yang mudah dimengerti oleh masyarakat, pemberi materi adalah peneliti dan dibantu asisten peneliti. Media yang digunakan dirancang semenarik mungkin menggunakan multimedia dan media lembar balik sehingga meningkatkan perhatian responden.

Sementara pada proses berupa pendidikan kesehatan yang diberikan secara individual dengan menggunakan metode ceramah *one by one*. Perorangan yang dimaksud bukan hanya kepada orang yang bersangkutan namun juga kepada seluruh anggota keluarga. Bentuk penerapan metode ini adalah menggunakan pendekatan bimbingan, penyuluhan dan bisa juga

dengan wawancara serta ceramah. Menurut Notoatmodjo (2007), metode ceramah merupakan metode yang sesuai untuk mempelajari dan meningkatkan pengetahuan serta pemahaman. Metode pendidikan kesehatan individual digunakan untuk membina perilaku baru. Dalam hal ini tentunya perilaku pencegahan penyakit TB paru.

Hasil penelitian oleh Yusyaf. S dan Agrina (2012) menunjukkan hasil bahwa metode pendidikan kesehatan individual dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang demam berdarah (DBD). Hasil penelitian Mulia (2009) menunjukkan hal yang sama yaitu metode ceramah dapat meningkatkan perilaku PHBS. Penelitian lain yang mendukung yang dilakukan Pertiwi (2009) bahwa terdapat perbedaan signifikan efektifitas metode ceramah terhadap tingkat pengetahuan dengan tingkat kemaknaan $value = 0,037$. Hasil penelitian Agrina dan Zulfitri (2012) menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan pemberian asuhan keperawatan keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga. Asuhan keperawatan di keluarga menggunakan metode pendidikan kesehatan individual.

Pendidikan kesehatan yang menggunakan metode ceramah secara individual memiliki kelebihan dibandingkan metode ceramah pada kelompok masyarakat. Metode ceramah secara individual dapat menjadi lebih santai, memberi kesempatan lebih banyak kepada responden untuk menanyakan hal-hal yang belum dimengerti kepada peneliti. Selain hal tersebut, juga memberikan privasi bagi responden untuk lebih banyak berdiskusi dan menceritakan pengalaman mengenai pencegahan penyakit TB Paru yang telah dan akan dilakukan.

Bagian terakhir dari pokok pendidikan kesehatan yaitu output. Keberhasilan pendidikan yang dilakukan dipengaruhi oleh berbagai hal. Notoatmodjo (2007) menyatakan dalam proses pendidikan kesehatan terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain subjek belajar, pengajar (pendidik atau fasilitator) metode dan teknik belajar, alat bantu belajar, dan materi atau bahan yang dipelajari. Sedangkan keluaran adalah hasil belajar itu sendiri, yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar. Adanya perbedaan pada kelompok kontrol dan eksperimen pada penelitian ini karena adanya metode penyuluhan kesehatan yang diberikan disesuaikan dengan kondisi responden yang ada.

IMPLIKASI KEPERAWATAN

1. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini tentunya dapat membantu peningkatan kualitas pelayanan keperawatan khususnya di masyarakat dengan penerapan metoda pendidikan kesehatan individual

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini tentunya dapat menambah pengembangan keilmuan dalam bidang keperawatan komunitas khususnya dalam melakukan intervensi keperawatan komunitas dan keluarga

3. Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat diterapkan oleh mahasiswa dan petugas di Puskesmas sebagai referensi dalam melakukan pendidikan kesehatan

4. Masyarakat

Masyarakat mendapatkan informasi kesehatan yang tepat khususnya masalah pencegahan TB paru dan termotivasi untuk melakukan upaya pencegahan TB paru.

PENUTUP

1. Karakteristik responden, diketahui distribusi umur responden pada kelompok kontrol sebagian besar dewasa (64,7%), dan kelompok eksperimen lansia 12 orang (70,6%). Jenis kelamin terbanyak adalah perempuan pada kelompok kontrol sebanyak 52,9% dan kelompok eksperimen 58,8%. Pendidikan responden terbanyak pada pada kelompok kontrol adalah tinggi (52,9%) dan kelompok eksperimen adalah rendah (58,8%), dan suku bangsa terbanyak adalah minang pada kelompok kontrol sebanyak 41,2% dan kelompok eksperimen 47,1%.
2. Hasil analisa univariat didapatkan bahwa responden yang memiliki perilaku pencegahan baik sebelum dilakukan pendidikan kesehatan individual lebih sedikit (52,9%) dibandingkan responden yang memiliki perilaku pencegahan baik setelah dilakukan pendidikan kesehatan individual (58,8%).
3. Hasil penelitian yang didapatkan menyatakan bahwa nilai rata-rata perilaku pencegahan TB Paru pada kelompok eksperimen setelah diberikan pendidikan kesehatan adalah 39,8, dengan standar deviasi 7,08. Hasil analisis lanjut menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan perilaku pencegahan penyakit TB Paru responden setelah diberikan pendidikan kesehatan secara individual antara kelompok kontrol dan eksperimen ($p=0,00$; $\alpha=0,05$).
4. Berdasarkan hasil penelitian, disarankan bagi Puskesmas untuk melakukan kegiatan promotif khususnya penyuluhan kesehatan secara berkala dengan menggunakan metoda individual guna peningkatan perilaku pencegahan penyakit TB paru. Bagi penelitian selanjutnya, dapat dilakukan penelitian lanjutan dengan menggunakan berbagai metode pendidikan kesehatan dalam promosi kesehatan terhadap perilaku pencegahan penyakit TB Paru.

Referensi

- Agrina dan Zulfitri,R. (2012). *Efektifitas intervensi keparawatan terhadap tingkat kemandirian keluarga mengatasi masalah kesehatan*. Jurnal Sorotvolume 7 No 2 Oktober 2012
- Amrullah. (2001). Faktor resiko TBC. Diambil dari <http://blogs.potkesmas.blogspot.com/2011/05/faktor-faktor-resiko-tuberkulosis-tb.html>
- BadanPusatStatistik.(2010).*StatistikPendudukProvinsiRiau2010*.www.bps.go.id. Diakses tanggal 2 September 2013
- Darmasih, W. (2009). *Proses Belajar Aktif Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: Kawan Pustaka
- Friedman,M.M.,Bowden,V.R.,dan Jones,E.G. (2003).*FamilyNursing,Research, Theoryand Practice*.New Jersey: PrenticeHall.
- Green, L.W & Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning : An A Educational And Ecological Approach. Fourth Edition*. McGraw-Hill : New York.
- Iqbal,Chayatin,RozikindanSupradi.(2007).*Promosikesehatan: sebuahpengantar promosi belajar mengajar dalam pendidikan*. Jakarta: GrahaIlmu.
- Kemntrian Kesehatan RI. (2008). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Cetakan ke V. Jakarta.
- Kumurur, V.A. (2010). *Pembangunan Kota &Kondisi Kemiskinan Perempuan*. Manado: PPLH SDA Unsrat Press.
- Mulia, H. (2009). *Efektifitas Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah Dalam Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Maluku* Diperoleh pada tanggal 1 September 2013 dari <http://lontar.ui.ac.id/fil>

- Notoatmojo, Soekidjo. (2007a). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmojo. (2010). *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Pertiwi, N. (2009). *Efektifitas Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah Dalam Peningkatan Pengetahuan Remaja dalam Pencegahan KTD di SMKN 15 Bandung*. Diakses dari <http://ceria.bkkbn.go.id/penelitian/detail/213>
- Sunaryo.(2004).*Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Sutowo, H. (2010). *Faktor resiko penularan Tuberkulosis pada kontak serumah penderita TB paru BTA + di kota Mataram propinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2010*. Diambil dari http://alumni.Unair.ac.id/kumpulanfile/5344849329_abs.pdf
- United States Agency International Development (USAID). *Kartu informasi Tuberkulosis*. South Africa. University Research Co
- Yusyaf. S&Agrina. (2012). *Pengaruh metode pendidikan kesehatan individual terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang demam berdarah (DBD)*. Skripsi.
-

**UPAYA PENINGKATAN STATUS KESEHATAN MASYARAKAT MELALUI
PRAKTIK PROFESI KEPERAWATAN KOMUNITAS**
Poppy Fitriyani, Henny Permatasari, Tri Widyastuti Handayani

Abstrak

Praktik Profesi Keperawatan Komunitas berfokus pada pemberian pelayanan dan asuhan keperawatan dalam tindakan promotif dan pencegahan primer, sekunder dan tersier terhadap masyarakat. Program pengabdian masyarakat ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan, meningkatkan tingkat kemandirian keluarga, pemberdayaan masyarakat, serta dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat. Program ini dilakukan oleh mahasiswa program profesi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia di Wilayah Kelurahan Cisalak Pasar Depok. Program ini dilakukan selama 5 bulan yaitu dari bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2013. Metode kegiatan yang dilakukan adalah mengkaji masalah kesehatan yang ada di masyarakat, implementasi kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan, dan evaluasi hasil kegiatan yang telah dilakukan. Strategi intervensi yang telah dilakukan adalah dengan pemberdayaan masyarakat. Hasil yang dicapai adalah terjadi peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas, telah terbina sebanyak 459 keluarga, peningkatan pengetahuan keluarga dalam melakukan 5 tugas kesehatan keluarga dan peningkatan tingkat kemandirian keluarga, adanya peningkatan pengetahuan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan dan telah terlatih 92 kader. Hasil praktek keperawatan keluarga dan komunitas di Kelurahan Cisalak Pasar memperlihatkan bahwa strategi pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu strategi yang efektif dalam mengatasi masalah kesehatan. Keberlanjutan program ini diharapkan adanya monitoring dan evaluasi rutin dari pihak puskesmas dan kelurahan.

PENDAHULUAN

Keperawatan merupakan suatu disiplin ilmu yang unik dan holistik. Keperawatan merupakan praktik pelayanan profesional. Praktik pelayanan yang profesional dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan termasuk di komunitas. Komunitas adalah kumpulan dari beberapa individu, keluarga dan kelompok dengan batas wilayah tertentu. Praktik pelayanan keperawatan komunitas bertujuan untuk membantu meningkatkan status kesehatan komunitas, melalui upaya promotif dan preventif (Anderson & McFarlane, 2004). Salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat adalah melalui program Praktik Profesi Keperawatan komunitas.

Praktik Profesi Keperawatan Komunitas fokus pada pemberian pelayanan dan asuhan keperawatan dalam tindakan promotif dan pencegahan primer, sekunder dan tersier terhadap masyarakat. Fokus praktik adalah keluarga dan kelompok di komunitas. Fokus masalah kesehatan yang diangkat dan diselesaikan adalah terkait dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada semua rentang umur. Asuhan keperawatan komunitas meliputi pengkajian, analisis data dan perumusan diagnosis, penyusunan rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosis yang dirumuskan, pelaksanaan tindakan keperawatan (implementasi) dan evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan.

Program pengabdian masyarakat ini dilaksanakan di Kelurahan Cisalak Pasar. Berdasarkan data hasil pengkajian yang dilakukan oleh mahasiswa Aplikasi dan Residensi Keperawatan Komunitas bulan September 2012, kelompok yang berisiko dan mengalami masalah kesehatan adalah balita, anak usia sekolah dan remaja, dewasa, dan lansia. Masalah kesehatan yang dialami masyarakat di Kelurahan Cisalak Pasar dalam 3 bulan

terakhir adalah

74,5% balita mengalami sulit makan; 70% balita ISPA; 24,5% berat badan balita kurang, 60% kelompok usia dewasa berisiko DM dan 47,5% berisiko Hipertensi; 66,7% kelompok lansia mengalami asam urat, 53% lansia hipertensi, dan 55,6% berisiko DM.

Berdasarkan data tersebut maka perlu dilakukan program pengabdian masyarakat yang bertujuan untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada. Program ini dilaksanakan melalui pendekatan strategi intervensi keperawatan komunitas dalam upaya menyelesaikan masalah kesehatan keluarga dan kelompok. Stanhope dan Lancaster (2004) menjelaskan strategi intervensi keperawatan komunitas tersebut meliputi pendidikan kesehatan; Pemberdayaan masyarakat seperti pelatihan kader kesehatan; *Partnership* dengan cara menjalin kemitraan dengan instansi terkait seperti Puskesmas, Kelurahan, Kecamatan, dan LSM; Proses kelompok; dan Intervensi keperawatan langsung (*direct care*). Melalui strategi intervensi keperawatan komunitas tersebut, diharapkan program ini mampu memberikan manfaat kepada masyarakat yaitu meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan sikap masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.

METODE

Pelaksanaan rangkaian kegiatan program ini menggunakan langkah dalam proses keperawatan keluarga dan komunitas yaitu pengkajian data, perencanaan, implementasi dan evaluasi hasil kegiatan. Pelaksanaan program pengabdian masyarakat ini terintegrasi dengan pelaksanaan mata ajar Praktik Profesi Keperawatan Komunitas. Program ini telah dilakukan mulai dari bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2013. Mahasiswa yang mengikuti program ini berjumlah 153 mahasiswa.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Praktik pelayanan keperawatan komunitas bertujuan untuk membantu meningkatkan status kesehatan komunitas, melalui upaya promotif dan preventif (Anderson & McFarlane, 2004). Salah satu upaya untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat adalah melalui program Praktik Profesi Keperawatan komunitas.

Hasil yang didapat dari pelaksanaan program ini adalah telah terjadi peningkatan pengetahuan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga terutama dalam melakukan interaksi dengan keluarga, adanya peningkatan keterampilan mahasiswa dalam memberikan pelayanan kepada keluarga binaan. Selain itu juga telah terjadi peningkatan keterampilan mahasiswa dalam melakukan intervensi terhadap kelompok di masyarakat seperti penyuluhan, melatih senam dan memberikan pelatihan kepada kader tentang masalah-masalah kesehatan yang ada di wilayah Kelurahan Cisalak Pasar. Hal ini dibuktikan dengan tingkat kelulusan mahasiswa yang mencapai 100 % lulus dengan nilai rata-rata 83.

Masalah kesehatan yang telah diidentifikasi oleh mahasiswa diantaranya adalah hipertensi, asam urat, Diabetes Mellitus, ISPA, Gizi kurang pada balita. Strategi intervensi yang dilakukan mahasiswa dalam melakukan intervensi keperawatan komunitas adalah dengan menggunakan pemberdayaan masyarakat. Strategi pemberdayaan masyarakat adalah suatu kegiatan keperawatan komunitas melalui pelibatan masyarakat secara aktif dalam rangka penyelesaian masalah yang ditemukan di masyarakat tersebut. Masyarakat bukanlah sebagai objek melainkan sebagai subjek dalam rangka menyelesaikan suatu masalah tertentu (Hitchcock, Schuber, & Thomas, 1999).

Kegiatan yang telah dilakukan di masyarakat adalah melakukan kegiatan pelatihan kader di setiap RW yang dibina tentang cara perawatan masalah kesehatan hipertensi, DM, asam urat, ISPA, dan gizi kurang yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan,

sikap dan keterampilan kader dalam mengatasi masalah kesehatan yang teridentifikasi. Kader yang telah berhasil dilatih adalah sebanyak 92 orang kader dari 116 kader. Hasil yang didapatkan setelah dilakukan pelatihan kader, terjadi peningkatan pengetahuan kader yang ditandai dengan peningkatan nilai pretest dan post test, peningkatan sikap dan keterampilan kader dalam memberikan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat dan dalam melaksanakan kegiatan posyandu dan posbindu.

Perawat dapat menggunakan strategi pemberdayaan untuk membantu masyarakat mengembangkan keterampilan dalam menyelesaikan masalah, menciptakan jejaring, negosiasi, *lobbying*, dan mendapatkan informasi untuk meningkatkan kesehatan (Nies & McEwen, 2007). Hal ini diperjelas juga oleh Keck (1994) bahwa keberhasilan masyarakat yang sehat tergantung dari pemberdayaan masyarakat dalam membuat keputusan tentang kesehatan individu dan komunitas.

Selain itu mahasiswa juga melakukan promosi kesehatan kepada kelompok *aggregate* dewasa dan lansia yang mengalami masalah kesehatan hipertensi, DM, dan asam urat dengan mengajarkan dan mengajak masyarakat untuk melakukan aktifitas senam seperti senam jantung sehat dan senam Poco-poco. Hasil yang didapat dari kegiatan ini adalah adanya peningkatan kesadaran masyarakat dalam melakukan aktifitas senam rutin setiap minggu di wilayah RW masing-masing.

Kegiatan lain yang telah dilakukan mahasiswa dalam mengatasi masalah kesehatan ISPA yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang ISPA dan melakukan kampanye gerakan membuka jendela. Hal ini dilakukan dengan alasan karena kurangnya kesadaran masyarakat dalam memenuhi syarat rumah sehat yang salah satunya adalah cukupnya ventilasi dan cahaya yang dapat masuk kedalam rumah.

Masalah gizi kurang pada balita diatasi dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi kurang dan gizi seimbang dan juga mendemonstrasikan tentang menu sehat dan bergizi seperti memperagakan cara membuat nugget sayuran. Demonstrasi cara membuat nugget sayuran merupakan salah satu cara agar masyarakat terutama ibu-ibu yang mempunyai balita dalam meningkatkan pengetahuannya dalam membuat variasi menu makanan balita yang sehat dan bergizi.

Sedangkan perubahan yang terjadi pada keluarga di masyarakat adalah telah terbina sebanyak 459 keluarga yang tersebar dari 7 RW di kelurahan Cisalak Pasar. Selain itu juga terjadi peningkatan pengetahuan keluarga dalam melakukan 5 tugas kesehatan keluarga dan peningkatan tingkat kemandirian keluarga (kemandirian keluarga tingkat III dan IV).

Menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2003), penerapan asuhan keperawatan keluarga berfokus pada keluarga sebagai klien. Hal ini disebabkan karena asuhan keperawatan keluarga difokuskan terhadap peningkatan kesehatan seluruh anggota keluarga melalui perbaikan dinamika hubungan internal keluarga, struktur dan fungsi keluarga serta adanya saling ketergantungan antar anggota keluarga sebagai suatu sistem dan meningkatkan hubungan keluarga dengan lingkungannya.

Maglaya (2009) menjelaskan bahwa dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga menggunakan beberapa variabel yaitu kemampuan mengenal masalah, kemampuan mengambil keputusan dan kemampuan merawat dan mengatasi masalah. Selain itu keluarga juga merupakan unit terkecil dari masyarakat mempunyai kekuatan yang akan mempengaruhi kekuatan eksternal atau yang lebih besar, yaitu masyarakat itu sendiri. Keluarga menjadi sasaran utama dalam mewujudkan masyarakat sehat melalui perilaku sehat dari setiap individu dalam keluarga. Hal ini menjadikan keluarga melalui komponen struktur keluarga baik struktur peran dan kekuatan keluarga akan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat secara umum (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Berdasarkan hasil yang telah dicapai dalam program ini, penting sekali mempertahankan kesinambungan dari asuhan keperawatan keluarga, karena asuhan keperawatan keluarga mempunyai tujuan dalam rangka meningkatkan status kesehatan keluarga secara menyeluruh (komprehensif) beserta anggota keluarganya melalui pemberdayaan sumber-sumber dan potensi yang ada di dalam keluarga. Sumber-sumber tersebut meliputi penggunaan kekuatan-kekuatan yang ada termasuk sumber perawatan diri, sistem dukungan dalam keluarga, sumber bantuan fisik serta sumber-sumber yang ada di komunitas (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Menurut Smith dan Maurer dalam Helvie (1998), diharapkan perawat dapat berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan langsung, pendidik, advokat, konselor, kolaborator atau koordinator atau penghubung, perwakilan keluarga, maupun model peran dalam rangka membantu keluarga mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya.

Kesimpulan

Hasil praktek keperawatan keluarga dan komunitas di Kelurahan Cisalak Pasar memperlihatkan bahwa strategi pemberdayaan masyarakat merupakan salah satu strategi yang efektif dalam mengatasi masalah kesehatan. Pemberdayaan masyarakat melalui individu dan keluarga dan komunitas dapat memberikan energi yang positif bagi masyarakat. Masyarakat dapat berpikir kritis, bertindak berdasarkan kebutuhan, menciptakan kegiatan pengembangan sumberdaya, bekerjasama dengan orang lain, menghargai persamaan dan perbedaan orang lain. Pemberdayaan masyarakat berhubungan dengan konsep komunitas yang kompeten yaitu kemampuan masyarakat dalam memecahkan masalah.

Hasil praktek keperawatan komunitas memperlihatkan perlunya pengembangan berbagai strategi promosi kesehatan untuk mencegah dan menangani masalah kesehatan di masyarakat. Penelitian dan intervensi lebih lanjut perlu dilakukan untuk menentukan bentuk intervensi promosi kesehatan yang dapat menurunkan prevalensi DM, hipertensi, asam urat, ISPA, dan gizi kurang dengan strategi pemberdayaan masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Universitas Indonesia sebagai Sumber dana Hibah CEGS 2013

KEPUSTAKAAN

- Anderson, E.T., & McFarlane, J. (2004). *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: Research Theory & Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Helvie, C.O. (1998). *Advanced Practice Nursing in The Community*, Sage Publications Thousand Oaks London. New Delhi.
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: caring in action*. Albany : Delmas Publisher.
- Maglaya, A.S. (2009). *Nursing practice in the community, (5th ed)*. Philadelphia: Argonaut Corporation
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka cipta.
- Nies, M. A., & McEwen, M. (2007). *Community health nursing: Promoting the health of populations*. Philadelphia :WB Saunders Company.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community And Public Health Nursing*. (5th edition). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc



**KELOMPOK KEILMUAN
KEPERAWATAN
GERONTIK**

**HUBUNGAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN KEMANDIRIAN LANSIA
DALAM PEMENUHAN AKTIVITAS DASAR SEHARI-HARI DI DUSUN
JODOG GILANGHARJO PANDAK BANTUL**
*(The Relation between Cognitive Function With Independency of Activity Daily
Living on Elderly In Jodog Village Gilangharjo Pandak Bantul)*

Titih Huriah¹ Ratna Lestari² Dian Suspiyanti³

¹ Departemen Keperawatan Komunitas PSIK FKIK, titih_psikomy@yahoo.com

² PSIK STIKES A. Yani Yogyakarta

³ Mahasiswa PSIK STIKES A. Yani Yogyakarta

ABSTRACT

The increasing number of the elderly will become problems due to the aging process. The aging process influences elderly life especially in health problems, one of them is the cognitive function. The cognitive decreasing will be a serious problem because it attacks the elderly's thought. The cognitive destruction on the elderly known as demensia. Sliding scale of demensia will influence the social activities, normal occupation and daily activities where as the daily activities are important to the viability, health and prosperity of the elderly. The study aimed to know between cognitive function with the independency of the elderly in fullfiling activity daily living in Jodog Village, Gilangharjo, Pandak, Bantul. The study used across sectional design. The data collection used proportional random sampling methode, with 62 elderly were involved. The data are collected through MMSE and Katz Index questionnaire. The data analysis method used the univariat and bivariat analysis of Kendall's tau with $p < 0,05$. The result of cognitive function showed that 11,3% of the elderly have average level of cognitive function, 56,5% have light interruption level of cognitive function, and 3,2% have heavy destruction level of cognitive function. The assesment of independency of the elderly in doing activity daily living shows that the indepency of the elderly in category A (35,5%), B(19,4%), C (17,7%), D(14,5%), E(4,8%), F (1,6%) and G (6,5%). The result of Kendall's tau correlation between cognitive function with the indepency of the elderly in doing daily activities has 0,003 significance level ($0 < 0,05$) with the lowest correlation strength (coefficient correlation 0,321). There was a correlation between cognitive function and independency elderly in doing activity daily living. The result of study can give more information for cadre at Jodog Village about the value of elderly cognitive impairment and independency of activity daily living.

Keywords: *cognitive function, independency, activity of daily living.*

PENDAHULUAN

Pemerintah telah menunjukkan hasil yang positif dalam pembangunan nasional di berbagai bidang, yaitu dengan adanya kemajuan ekonomi, perbaikan lingkungan hidup, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, terutama dibidang medis dan ilmu kedokteran sehingga dapat meningkatkan kualitas penduduk dan peningkatan jumlah penduduk terutama usia lanjut bertambah cepat. Tahun 2012 jumlah lansia yang berusia lebih dari 60 tahun meningkat lebih dari tiga kali dari laju pertumbuhan penduduk secara keseluruhan¹.

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang memiliki proporsi penduduk lansia tertinggi yaitu 14,02% dari total penduduk lanjut usia di Indonesia. Semakin bertambahnya jumlah lansia, disisi lain akan menjadi sebuah permasalahan. Permasalahan ini terkait adanya proses menua, yang membuat lansia banyak mengalami kemunduran secara alami dalam hidupnya. Proses penuaan pada lansia berdampak pada berbagai aspek kehidupan baik sosial, ekonomi dan terutama kesehatan, karena dengan semakin bertambahnya usia, fungsi organ akan semakin menurun baik karena faktor alamiah maupun karena penyakit.

Salah satu masalah kesehatan yang sering timbul pada lansia adalah masalah pada fungsikognitif. Gangguan kognitif akan menjadi masalah serius karena menyerang proses pikir lansia. Gangguan proses pikir pada lansia ini sering disebut demensia yang menggambarkan kerusakan fungsi kognitif global dan bersifat progresif yang mempengaruhi aktivitas sosial yang normal juga aktivitas kehidupan sehari-hari⁴. Lansia akan cenderung membutuhkan pelayanan yang luas terutama dalam melaksanakan aktivitas dasar sehari-harinya. Padahal aktivitas dasar sehari-hari merupakan hal yang esensial untuk kelangsungan hidup, kesehatan dan kesejahteraan lansia. Jika tidak ada penanganan lebih lanjut akan menyebabkan gangguan fungsi kognitif pada lansia sehingga dampaknya menyebabkan lansia membutuhkan bantuan dan mengalami ketergantungan sebagian atau penuh dalam berbagai aktivitasnya terutama aktivitas sehari-hari yang sering dilakukan lansia⁵.

Jumlah lansia yang mengalami peningkatan kejadian demensia dari tahun ke tahun menjadi sebuah masalah serius, yang menyebabkan lansia akan mengalami banyak kemunduran dan membutuhkan bantuan yang luas sehingga kemandirian lansia semakin lama menjadi berkurang dan menyebabkan lansia mengalami ketergantungan baik penuh maupun sebagian terutama dalam melaksanakan aktivitas dasar sehari-harinya, padahal aktivitas dasar sehari-hari merupakan hal yang penting untuk kelangsungan hidup lansia.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian non-eksperimental dengan rancangan penelitian *cross sectional*, menggunakan metode kuantitatif dan bersifat *deskriptif korelasi*. Penelitian ini dilakukan di Dusun Jodog, Kelurahan Gilangharjo, Kecamatan Pandak, Bantul. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh lansia yang berada di Dusun Jodog, Kelurahan Gilangharjo, Kecamatan Pandak. Jumlah seluruh populasi adalah 165 orang lansia, yaitu 87 orang lansia yang berusia 61–74 tahun dan 78 orang lansia yang berusia 75-80 tahun. Sampel yang diteliti sebanyak 62 lansia dengan menggunakan tehnik teknik *probability sampling*, yaitu dengan *proporsional random sampling*.

Instrumen penilaian fungsikognitif menggunakan MMSE (*MiniMentalState Examination*) dan instrumen penilaian kemandirian dalam aktivitas dasar sehari-hari dengan *Katz Index*.

Data primer diambil dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden yang sebelumnya dijelaskan terlebih dahulu maksud dan tujuan penelitian. Setelah lansia bersedia menjadi responden, kemudian menandatangani surat persetujuan menjadi responden. Lansia yang memenuhi syarat dalam kriteria inklusi dan eksklusi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini diberikan kuesioner kemudian dibacakan dan dilakukan test fungsi kognitif menggunakan kuesioner MMSE dan kemandirian dalam Aktivitas Dasar Sehari-hari menggunakan *KatzIndex*, setelah itu kuesioner dikumpulkan

kembali, kemudian dilihat kembali apakah kuesioner telah diisi dengan baik. Selanjutnya data yang sudah terkumpul tersebut dilakukan *editing, coding, entry, cleaning, tabulating*. Kemudian dilakukan analisa data menggunakan program komputerisasi. Analisa data berupa analisis univariat yaitu distribusi frekuensi dan analisa bivariat menggunakan korelasi *Kendal Tau* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$.

HASIL PENELITIAN

1. Frekuensi Karakteristik responden

Tabel 1

Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin, usia, status pernikahan, tingkat pendidikan, dan riwayat penyakit

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Jenis kelamin:		
Laki – laki	28	45,2
Perempuan	34	54,8
Usia :		
60– 74 tahun	38	61,3
75– 80 tahun	15	24,2
>80 tahun	9	14,5
Status Pernikahan		
Menikah	31	50
Berpisah/cerai	3	4,8
Janda/duda	24	38,7
Tidakmenikah	4	6,5
Tingkat pendidikan:		
Tamat SMA	2	3,2
Tamat SMP	6	9,7
TamatSD/Tidak tamatSD	54	87,1
Riwayat Penyakit :		
Tidakmemilikiriwayatapapun	34	54,8
Memilikiriwayat penyakit	28	45,2

Sumber: Data Primer

2. Analisa Univariat

a. Deskriptif Fungsi Kognitif Lansia

Tabel 2

Distribusi deskriptif Fungsi Kognitif Lansia dalam pemenuhan Aktivitas dasar sehari-hari

Fungsi Kognitif	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Normal	7	11,3
Gangguan ringan	35	56,5
Gangguan sedang	18	29,0
Gangguan berat	2	3,2
Jumlah	62	100

Sumber: Data Primer

Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki gangguan fungsi kognitif ringan yaitu 35 orang (56,5%).

b. Deskriptif Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan Aktivitas Dasar Sehari-hari

Hasil penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari dengan menggunakan kuesioner *Katz Index*, hasil yang diperoleh menunjukkan sebagian besar lansia dalam kategori A yaitu mandiri dalam 6 aktivitas yaitu 35,5

3. Analisa Bivariat: Uji hipotesis hubungan fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktifitas dasar sehari-hari

Tabel 3

hubungan fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam pemenuhan aktifitas dasar sehari-hari

Kemandirian lansia	Fungsi Kognitif								TOTAL		P value
	Normal		Gangguan ringan		Gangguan sedang		Gangguan Berat		f	%	
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Kategori A	3	4.8	16	25.8	2	3.2	1	1.6	22	35.5	0,003
Kategori B	2	3.2	7	11.3	3	4.8	0	0	12	19.4	
Kategori C	2	3.2	5	8.1	4	6.5	0	0	11	17.7	
Kategori D	0	0	4	6.5	5	8.1	0	0	9	14.5	
Kategori E	0	0	3	4.8	0	0	0	0	3	4.8	
Kategori F	0	0	0	0	1	1.6	0	0	1	1.6	
Kategori G	0	0	0	0	3	4.8	1	1.6	4	6.5	
Total	7	11.3	35	56.5	18	29	2	3.2	62	100	

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa sebagian besar kemandirian lansia dalam kategori A, yaitu sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif ringan yaitu sebanyak 16 orang (25,8%). Kemandirian lansia dalam kategori B sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif ringan sebanyak 7 orang (11,3%). Sebagian besar kemandirian lansia dalam kategori C memiliki gangguan fungsi kognitif ringan sebanyak 5 orang (8,1%). Sebagian besar lansia dalam kategori B, C, D, E, F, G tidak memiliki gangguan fungsi kognitif berat, kemudian sebagian besar kemandirian lansia dalam kategori D, E, F, G tidak memiliki fungsi kognitif normal dan sebagian besar lansia dalam kategori F dan G tidak memiliki gangguan fungsi kognitif ringan.

Kemandirian lansia dalam kategori D sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif sedang yaitu sebanyak 5 orang (8,1%). Kemandirian lansia dalam kategori E sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif ringan sebanyak 3 orang (4,8%). Kemandirian lansia dalam kategori F sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif sedang sebanyak 1 orang (1,6%). Kemandirian lansia dalam kategori G sebagian besar memiliki gangguan fungsi kognitif sedang sebanyak 3 orang (4,8%).

Uji hipotesis dalam penelitian ini menggunakan analisis bivariat dengan rumus *Kendall's tau*. Analisis ini dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan yang signifikan antara dua variabel dengan skala ordinal. Hipotesisnya yaitu H_0 ditolak jika nilai signifikansinya lebih kecil dari taraf signifikansi 0,05, yang berarti kedua variabel tersebut mempunyai hubungan yang signifikan. Hasil uji korelasi *Kendall's tau* antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari, diperoleh tingkat signifikansi sebesar 0,003 ($p < 0,05$), sehingga H_0 diterima.

Nilai signifikansi tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari. Nilai koefisien korelasi sebesar 0,321 menunjukkan arah korelasi positif dengan tingkat hubungan rendah. Angka korelasi positif menunjukkan bahwa semakin baik fungsi kognitif lansia maka semakin baik kemandirian lansia dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik responden

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah responden perempuan lebih banyak daripada responden laki-laki yang dapat dilihat dalam tabel 1. Hasil ini didukung dengan data BPS (2010) yang menunjukkan bahwa persentase penduduk laki-laki di Provinsi DIY sebesar 49,31% dan penduduk perempuan sebesar 50,69%.⁽⁷⁾

Berdasarkan tabel 1 di atas, usia responden penelitian terbanyak yaitu 61-74 tahun. Hasil ini sesuai dengan data profil kesehatan DIY tahun 2010 yang menunjukkan bahwa usia 61-64 tahun sebanyak 28,15%, usia 65-69 tahun sebanyak 23,23%, usia 70-74 tahun sebanyak 19,61% dan yang berusia di atas 75 tahun sebanyak 29%.⁽⁸⁾

Status pernikahan responden menunjukkan separuh (50%) lansia berstatus menikah, hal ini dapat dilihat dalam tabel 4.1. Hasil ini sesuai dengan data BPS yang menunjukkan bahwa usia lebih dari 60 tahun keatas menunjukkan bahwa 59,76% penduduk berstatus menikah, 8,57% berstatus belum menikah, dan 31,67% berstatus duda/janda (BPS, 2010). Sedangkan profil kesehatan DIY tahun 2010 menunjukkan sebagian besar lansia menikah (59,24%), berstatus cerai (37,57%), dan belum pernah kawin (0,97%) (Profil Kesehatan DIY, 2010).

Tingkat pendidikan terakhir responden sebagian besar adalah Tamat SD atau tidak tamat SD, hal ini dapat dilihat dari tabel 1. Hal ini berbeda dengan hasil sensus penduduk

BPS tahun 2010 yang menyebutkan bahwa penduduk pedesaan yang mempunyai tingkat pendidikan terakhir SMP/ sederajat sebesar 19,36%, pendidikan terakhir SMA/ sederajat sebesar 13,30% dan pendidikan terakhir Perguruan Tinggi sebesar 2,92% (BPS, 2010). Tingkat pendidikan terakhir responden di Dusun Jodog ini berbeda dibandingkan data yang ada di BPS. Hal ini menunjukkan penurunan kesadaran masyarakat lansia di Dusun Jodog dalam menempuh pendidikan.

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian responden lansia tidak memiliki riwayat penyakit yaitu sebesar 54,8% dan yang memiliki riwayat penyakit sebesar 45,2%. Pertanyaan riwayat penyakit disini adalah adanya diagnosa dokter dan merupakan laporan responden. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar lansia yang mengalami riwayat penyakit adalah diabetes melitus dan hipertensi.

3. Fungsi Kognitif

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar lansia memiliki gangguan fungsi kognitif ringan, hal tersebut terlihat dalam tabel 2. Hasil penilaian fungsi kognitif menggunakan MMSE diketahui bahwa penilaian item pertama yang berisi penilaian orientasi, yaitu orientasi waktu dan orientasi tempat.

Terdapat 12 orang responden (19,4%) lansia yang tidak mendapatkan skor maksimal karenanya dapat menjawab 3 dari 5 pertanyaan item orientasi waktu, sedangkan terdapat 5 responden (8,1%) yang tidak dapat menjawab maksimal, karena hanya dapat menjawab 3 dari 5 pertanyaan item orientasi tempat. Responden lupa jam, hari, tanggal, bulan, tahun dan tempat. Gangguan ini termasuk dalam gangguan visuospasial yaitu seseorang yang lupa waktu dan tempat. Gangguan visuospasial merupakan salah satu manifestasi gangguan fungsi kognitif. ⁽⁹⁾

Hasil penilaian registrasi menunjukkan sebagian besar responden mampu menyebutkan kembali nama 3 benda yang disebutkan peneliti. Terdapat 6 responden (6,7%) yang tidak mendapat skor karena tidak dapat mengingat 3 nama benda yang disebutkan. Responden mengatakan lupa dengan nama benda yang disebutkan pertama kali oleh peneliti. Tes registrasi digunakan untuk menilai memori kerja. Hasil memori kerja negatif menunjukkan bahwa otak responden tidak mampu menyimpan informasi. ⁽¹⁰⁾ Gangguan mengingat merupakan gejala awal yang timbul pada demensia dini (Lumbantobing, 2004).

Tes perhatian dan perhitungan yang dilakukan pada responden menunjukkan sebagian besar responden mendapat skor maksimal, namun terdapat 12 responden (19,4%) yang sama sekali tidak mendapatkan skor. Pencapaian nilai yang tidak maksimal pada tes perhatian dan perhitungan menunjukkan bahwa seseorang mengalami penurunan konsentrasi (Dahlan, 2003).

Tes mengingat kembali merupakan rangkaian dari tes registrasi. Terdapat 16 responden (25,8%) yang mampu menyebutkan kembali tiga nama benda yang telah disebutkan peneliti pada tes registrasi dan memperoleh nilai maksimal, kemudian terdapat 16 responden (25,8%) responden mampu menyebutkan satu dari tiga nama benda dan terdapat 21 responden (33,98%) responden mampu menyebutkan dua dari tiga nama benda dan terdapat 9 responden (14,5%) yang sama sekali tidak dapat mengingat 3 nama benda tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mampu menyebutkan dua dari tiga nama benda pada tes mengingat kembali. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat disfungsi proses pencarian dan pemanggilan kembali informasi (Dahlan,

2003).

Hasil tes bahasa menggambarkan sebagian besar responden (85,5%) responden tidak mengalami gangguan dalam menyebutkan dua nama benda yang ditunjuk oleh peneliti. Terdapat 5 responden (8,1%) yang tidak mampu menyebutkan nama benda yang ditunjukkan. Gangguan penamaan yang dialami oleh seorang lansia menunjukkan terjadinya lesi fokal diotak atau disfungsi difus hemisfer.⁽¹¹⁾

Tes pengulangan yang dilakukan pada responden menunjukkan sebagian besar responden (80,6%) mengalami gangguan dalam tes pengulangan ini, sedangkan terdapat 12 orang (19,4%) responden dapat mengulang kata – kata yang diucapkan oleh peneliti. Gangguan pengulangan ini dapat terjadi akibat adanya gangguan pada peri sylvian hemisfer kiri.⁽¹²⁾ Tes pengertian verbal dilakukan dengan cara meminta responden melakukan tiga perintah bertahap. Hasil tes penilaian verbal responden menunjukkan 90,3% responden tidak mengalami gangguan dalam penilaian verbal. Hanya terdapat 5 responden (8,1%) yang mengalami gangguan penilaian verbal yang menunjukkan adanya disfungsi lobus temporal posterior kiri atau korteks parieto temporal.

Penilaian fungsi eksekutif dilihat dari tiga tes yaitu perintah tertulis, menulis kalimat dan menggambar atau konstruksi. Hasil tes perintah tertulis yang dilakukan pada responden menunjukkan hasil sebagian besar responden (95,2%) memperoleh nilai maksimal, hanya ada tiga responden yaitu (4,8%) yang tidak dapat melakukan perintah tertulis. Tes menulis kalimat yang dilakukan pada responden menunjukkan sebanyak 30 responden (48,4%) dapat melakukan perintah menulis kalimat, sedangkan 32 responden (51,61%) tidak dapat melakukan perintah tersebut. Hasil tes menggambar/konstruksi menunjukkan 43 responden (69,4%) tidak dapat menyalin gambar pentagon dengan tepat, sedangkan terdapat 19 responden (30,6%) responden yang dapat menyalin gambar pentagon dengan tepat. Melakukan fungsi eksekutif membutuhkan integritas sistem neuron multivokal antara korteks lobus frontal, ganglion basalis, dan thalamus. Gangguan fungsi eksekutif sebagian besar disebabkan oleh gangguan metabolik, intoksikasi, infeksi serebral, trauma kepala, tumor otak, lesi lobus frontalis dan akibat degenerasi

4. Kemandirian Lansia Dalam Aktivitas Dasar Sehari-hari

Hasil penelitian menunjukkan frekuensi tingkat aktivitas dasar sehari-hari lansia secara mandiri lebih banyak yaitu yang masuk dalam kategori A, namun masih ada lansia yang juga mengalami kemandirian dalam aktivitas dasar sehari-harinya yang termasuk dalam kategori B, C, D, E, F, dan mengalami ketergantungan semua aktivitas dalam kategori G.

Kemandirian responden secara langsung diukur secara langsung dengan mengacu pada *Katz Index* yang terdiri dari 6 fungsi, yaitu mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah, kontinensia dan makan. Kemandirian ini didasarkan pada status sekarang dan bukan pada kemampuan yang sebelumnya. Seseorang yang menolak untuk melaksanakan suatu fungsi dicatat sebagai tidak melakukan fungsi tersebut walaupun ia dianggap mampu.

Berdasarkan penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari yaitu mandi, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (54,8%) mandiri dalam aktivitas mandi, namun terdapat (45,2%) yang tergantung dalam aktivitas mandi, Ketergantungan dalam aktivitas mandi pada lansia menunjukkan adanya penurunan fungsi tubuh secara perlahan-lahan seiring dengan adanya proses menua yang salah satunya akan menyebabkan aktivitas mandi menjadi terganggu.⁽¹³⁾

Hasil Penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari berpakaian, menunjukkan hasil sebagian besar responden (75,8%) masih sanggup mandiri, hanya terdapat (24,2%) lansia yang tergantung dalam aktivitas berpakaian. Ketergantungan dalam aktivitas berpakaian pada lansia disebabkan adanya kemunduran fisik pada lansia yang menyebabkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidup.

Hasil penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari berpindah posisi menunjukkan hasil sebagian besar responden (88,7%) mandiri dalam aktivitas pindah posisi sedangkan hanya (11,3%) responden yang mengalami ketergantungan dalam aktivitas pindah posisi. Gangguan muskuloskeletal pada lansia seperti penurunan kekuatan otot sehingga lansia menjadi lemah untuk berjalan dan berpindah, osteoporosis, dan persendian membesar dan menjadi kaku.

Hasil penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari kontinensia menunjukkan bahwa sebagian besar responden mandiri (66,1%) dan (33,9%) responden yang mengalami ketergantungan. Seiring dengan bertambahnya usia terjadi kemunduran fungsi kekuatan otot kandung kemih maupun anus pada lansia, sehingga menyebabkan kemampuan lansia dalam mengatur BAK/BAB menjadi menurun atau bahkan menghilang sehingga dapat terjadi inkontinensia.

Hasil penilaian kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari makan menunjukkan hasil sebagian besar responden masih sanggup mandiri (91,9%) sedangkan (8,1%) lansia mengalami ketergantungan. Gangguan makan yang dialami lansia disebabkan karena adanya kemunduran kemampuan fisik yang mengakibatkan dapat meningkatnya ketergantungan serta lansia cenderung membutuhkan bantuan orang lain yaitu salah satunya pada penyediaan makanan (Maryam, 2008).

5. Hubungan fungsi kognitif terhadap kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas dasar sehari-hari

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan *Kendall's tau* diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari.

Hal ini ditunjukkan dengan tingkat signifikansi antara kedua variabel sebesar 0,003 ($p < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, nilai koefisien korelasi sebesar 0,321 menunjukkan arah korelasi positif dengan tingkat hubungan rendah. Angka korelasi positif menunjukkan bahwa semakin baik fungsi kognitif lansia maka semakin baik kemandirian lansia dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil kesimpulan terdapat hubungan antara fungsi kognitif dengan kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari lansia di Dusun Jodog, Kelurahan Gilangharjo, Pandak, Bantul. Bagi Perawat di Puskesmas Pandak hasil penelitian ini diharapkan untuk perawat dapat memberikan pengawasan atau *screening* gangguan fungsi kognitif pada lansia dengan pemeriksaan MMSE dan kemandirian lansia dalam aktivitas dasar sehari-hari dengan pemeriksaan *Katz Index*.

KEPUSTAKAAN

1. World Health Organization. *Jumlah Lansia Semakin Meningkat*.http://www.voaindonesia.com/content/whopopulasi_lansia_di_dunia_semakin_bertambah/177255.html, diakses tanggal 3 desember 2012
 2. Nugroho. (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatri. Edisi ke 3*. Jakarta: EGC
 3. Badan Pusat Statistik. (2011). *Statistik penduduk lansia*. Jakarta: BPS Indonesia
 4. Stanley, M & Gauntlett, P.B. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2*. Jakarta: EGC
 5. Sulistyarini. (2011). Pola Aktivitas Sehari-hari pada Pasien Demensia di Instalasi Rawat Jalan RS Baktis Kediri. *Skripsi*. Dipublikasikan
 6. Puskesmas 1 Pandak. *Rekapitulasi Jumlah Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Pandak 1 tahun 2012*. Yogyakarta: Data Puskesmas 1 Pandak
 7. Badan Pusat Statistik Indonesia. *Hasil Sensus Penduduk Indonesia Tahun 2010*.<http://www.bps.go.id>, diakses tanggal 13 maret pukul 22.55
 8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Profil Kesehatan DIY, DIY: Depkes RI*
 9. Lumbantobing, S.M. (2004). *Neurogeriatri*. Jakarta: FK UI;
 10. Dahlan, P. (2003). Pemeriksaan Neuropsikologi Pada Demensia. *Berkala Neurosains*
 11. Suwono, W. (2003). Demensia: Suatu Pendeteksian Dini dan Terapinya. *Majalah Kedokteran Atma Jaya*, 2, 39-49
 12. Martini, S. Gangguan Kognitif Pasca stroke dan Faktor Risikonya. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 17, 195-201; 2002
 13. Maryam, R.S, Fatma, M.E, Jubaedi, A. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika
-

HUBUNGAN KARAKTERISTIK DAN PELAKSANAAN TUGAS PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA DENGAN STATUS KESEHATAN PADA AGREGAT LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI KECAMATAN JETIS KOTA YOGYAKARTA

(The correlation of family characteristics and implementation of family health task on the health status in aggregate of elderly with Hypertension in Jetis, Yogyakarta)

Thomas Aquino Erjinyuare Amigo¹, Junaiti Sahar², Sukihananto³

¹ Program Pendidikan Profesi Ners, FIKES Universitas Respati Yogyakarta. ² Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus FIK UI Depok. ³ Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus FIK UI Depok

ABSTRACT

The implementation of health care tasks within the family may affect the elders' health status. This study aimed to determine the correlation of family characteristics and implementation of family health task on elderly with hypertension in Jetis, Yogyakarta. A descriptive correlation design with cross-sectional approach and proportionate cluster sampling was applied to 163 respondents. It showed that there is a correlation of education, income, ability to recognize and treat families with the health status of elderly with hypertension ($p = 0,000$; $0,001$; $0,004$; dan $0,009$). An informal health education for the community is advised to be improved.

Key words:

Elderly, Family, Health care tasks, Health status, Hypertension

PENDAHULUAN

Usia Harapan Hidup (UHH) masyarakat Indonesia 70,6 tahun 2009¹ sehingga jumlah lansia menjadi 19,3 juta jiwa dan jumlah lansia DIY yaitu 14,02% dari total penduduk, dan catatan Puskesmas Jetis tahun 2012 bahwa jumlah lansia sebanyak 7,3% dari total penduduk di Kecamatan Jetis. Lansia di Amerika akan meningkat hingga 24% (2050)². Proyeksi WHO (1995) tahun 2020 diperkirakan lansia di Indonesia sekitar 28 juta dan tahun 2050 lansia Indonesia mengalami pertumbuhan terbesar di Asia, yaitu sebesar 414%, Thailand 337%, India 242%, dan China 220%³.

Lansia sebagai populasi berisiko (*population at risk*) mempunyai karakteristik biologik dan usia, sosial, ekonomi, gaya hidup, dan kejadian hidup⁴. Peningkatan masalah kesehatan pada lansia termasuk *vulnerable population*⁴(Leonard, 1998) ditambah lagi kondisi fisik, psikologi, dan sosial yang lemah⁵ dan juga proses penuaan yang terjadi pada lansia merupakan suatu kondisi yang normal karena menggambarkan perubahan struktur

dan fungsi yang terjadi secara bertahap dan merupakan proses yang alami di sepanjang kehidupan⁶ dan berdampak munculnya penyakit kronis seperti CVD (*Cardiovaskular Disease*)⁷ yang menyebabkan kematian pada lansia selain penyakit kanker⁷. Gangguan kardiovaskular dapat terjadi akibat perubahan menua⁶.

Jumlah lansia yang hipertensi di Indonesia yaitu 83/1000 anggota rumah tangga⁸, Kota Yogyakarta paling tinggi di DIY (28%)⁹. Risesdas 2007 prevalensi hipertensi lansia sebanyak 53,7-67,3% dan menggambarkan hubungan penyakit hipertensi dengan status sosial ekonomi masyarakat (pendidikan, kemiskinan, dan lain-lain)(Biro Hukum dan Humas BPKP, 1998). Kasus hipertensi di seluruh puskesmas yang terdapat di Kota Yogyakarta pada tahun 2011 lansia (≥ 60 tahun) persentasenya yaitu 44,69% dari total penduduk yang mengalami hipertensi⁹.

Rasio ketergantungan lansia pada tahun 2005 – 2009 yaitu 12,1% – 13,7% dan rasio ketergantungan lansia yang tinggi terdapat di DIY sebesar 21,78%⁹. Jumlah ≥ 60 tahun di Kecamatan Jetis sebanyak 1491 orang, yang rawat jalan karena hipertensi tahun 2011 ada 12,2%. Rata-rata lansia yang tinggal di Jetis tinggal bersama keluarga dan mayoritas penduduknya bersuku Jawa (80 - 85%). Sebuah keluarga yang berfungsi dengan baik jika saling memberikan motivasi, memberikan kebebasan serta memberikan perlindungan dan keamanan untuk mencapai potensi diri bagi anggota keluarga dan merupakan tempat bagi anggota keluarga untuk belajar tentang kesehatan dan penyakit serta sebagai tempat memberi dan memperoleh perawatan sepanjang kehidupan anggota keluarga² dan pemberian perawatan pada lansia merupakan tanggung jawab keluarga¹⁰ sehingga keluarga memiliki potensi besar sebagai mitra dalam mempertahankan dan memulihkan kesehatan anggota keluarga terutama lansia dan keluarga mempunyai peranan penting dalam kesehatan individu dalam keluarga dan komunitas¹¹.

Karakteristik keluarga mencakup demografik yang meliputi ukuran atau tipe keluarga, status sosioekonomi tingkat pendidikan, status pekerjaan, tingkat pendapatan, ukuran keluarga), etnik, budaya, dan tahap perkembangan keluarga¹⁰. Keluarga mempunyai tugas perawatan kesehatan mencakup keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan yang tepat, keluarga mampu memberikan tindakan keperawatan bagi anggota keluarga, keluarga mampu menyediakan lingkungan yang kondusif untuk pemeliharaan kesehatan dan tumbuh kembang individu, serta keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan yang dapat juga berpengaruh terhadap status kesehatan anggota keluarga dalam hal ini lansia dengan hipertensi.

Status kesehatan dapat diukur dengan 12-item *Short Form Health Status Survey*¹² yang dapat digunakan untuk mengukur status kesehatan individu yang terdiagnosa hipertensi¹³ dan dapat digunakan pada lansia¹⁴. Berdasarkan kondisi tersebut maka perlu dilakukan penelitian tentang hubungan karakteristik dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasinya 182 lansia (≥ 60 tahun) berdasarkan catatan dari Puskesmas

Jetis dan sampel 163 dengan teknik *cluster random sampling* dengan efek desain yang digunakan peneliti yaitu 1,3¹⁵. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Juni 2012. Analisis bivariat menggunakan *Chi Square* dan multivariat dengan regresi logistik berganda. Instrumen penelitian tugas perawatan kesehatan keluarga dikembangkan peneliti sesuai dengan konsep dan teori dan dilakukan uji validitas dan reliabilitas sedangkan SF-12 tidak dilakukan uji karena telah dilakukan uji sebelumnya. Prinsip etik dalam penelitian yaitu menghargai harkat dan martabat manusia dan mengutamakan keselamatan dan keamanan melalui *beneficence*, *respect for human dignity*, dan *justice* (Anonymous, 2006) dan memberikan *Informed Consent*.

HASIL

Analisis Univariat

Status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi baik secara fisik (PCS) maupun mental (MCS) dan secara menyeluruh (PCS dan MCS) dapat dilihat pada tabel 1.1 yang secara garis besar termasuk baik bahkan melebihi standar US. Status sosioekonomi keluarga terlihat dari pendidikan keluarga yaitu berpendidikan menengah 77,3% dan keluarga berpenghasilan baik hampir sama dengan yang kurang masing-masing 59,5% dan 40,5%. Keluarga mengenal hipertensi 50,3% baik, keluarga mengambil keputusan 63,8% baik, keluarga yang mampu merawat lansia hipertensi 74,8% baik, keluarga memodifikasi lingkungan 53,4% baik, dan keluarga yang menggunakan fasilitas kesehatan 66,9% baik.

Tabel 1.1 Distribusi frekuensi status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi berdasarkan SF-12 di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163)

Status Kesehatan Lansia		Jumlah n (%)		Total n (%)
		Baik	Kurang	
PCS				
Mean (SD)	59,6 (18)	89 (54,6)	74 (45,4)	163 (100)
Median	62,3	89 (54,6)	74 (45,4)	163 (100)
PCS (berdasarkan US)	50 (10)	113 (69,3)	50 (30,7)	163 (100)
MCS				
Mean (SD)	65,3 (19,5)	102 (62,6)	61 (37,4)	163 (100)
Median	71,8	76 (46,6)	87 (53,4)	163 (100)
PCS (berdasarkan US)	50 (10)	119 (73,0)	44 (27,0)	163 (100)
PCS dan MCS				
Mean (SD)	62,4 (17,9)	98 (60,1)	65 (39,9)	163 (100)
Median	67,0	84 (51,5)	79 (48,5)	163 (100)
PCS dan MCS (berdasarkan US)	50 (10)	123 (75,5)	40 (24,5)	163 (100)

Kemampuan keluarga secara menyeluruh dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga 93,3%.

Keluarga berpendidikan tinggi memiliki lansia yang status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga berpendidikan menengah. Keluarga yang berpenghasilan baik memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga berpenghasilan kurang. Ada hubungan pendidikan dan penghasilan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi.

Keluarga yang mengenal hipertensi dengan baik memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam mengenal hipertensi. Ada hubungan keluarga mengenal hipertensi dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi (OR=2,65). Keluarga yang mengambil keputusan dengan baik memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam mengambil keputusan; tidak ada hubungan keluarga mengambil keputusan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi (OR=1,29). Keluarga yang merawat lansia dengan baik mempunyai lansia yang status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam merawat lansia; tidak ada hubungan keluarga merawat lansia dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi (OR=1,16). Keluarga yang kurang kemampuannya dalam memodifikasi lingkungan memiliki lansia yang status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memodifikasi lingkungan; tidak ada hubungan keluarga memodifikasi lingkungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi (OR=1,67). Keluarga yang baik dan kurang menggunakan fasilitas kesehatan memiliki perbandingan yang hamoir sama terhadap lansia yang mempunyai status kesehatan baik dan kurang; tidak ada hubungan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi.

Analisis Bivariat (Tabel 1.2)

Tabel 1.2 Hubungan Status Sosioekonomi keluarga dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta tahun 2012 (n = 163)

Status Sosioekonomi	Status Kesehatan Lansia (SF12)		Total n (%)	Nilai p	OR (95% CI)
	Baik n (%)	Kurang n (%)			
Pendidikan Menengah Tinggi	54 (42,9) 30 (81,1)	72 (57,1) 7 (18,9)	126 (100) 37 (100)	0,000*	5,71 (2,34 - 13,99)
Penghasilan Kurang Baik	23 (34,8) 61 (62,9)	43 (65,2) 36 (37,1)	66 (100) 97 (100)	0,001*	3,17 (1,65 - 6,09)

Status Sosioekonomi	Status Kesehatan Lansia (SF12)	Total n (%)	Nilai p	OR (95% CI)	
Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga					
Keluarga mengenal masalah hipertensi					
Kurang	32 (39,5)	49 (60,5)	81 (100)	0,004*	2,65 (1,41 – 4,99)
Baik	52 (63,4)	30 (36,6)	82 (100)		
Keluarga mengambil keputusan					
Kurang	28 (47,5)	31 (52,5)	59 (100)	0,534	1,29 (0,68 – 2,45)
Baik	56 (53,8)	48 (46,2)	104 (100)		
Keluarga merawat					
Kurang	20 (48,8)	21 (51,2)	41 (100)	0,820	1,16 (1,57 – 2,35)
Baik	64 (52,5)	58 (47,5)	122 (100)		
Keluarga memodifikasi lingkungan					
Kurang	34 (44,7)	42 (55,3)	76 (100)	0,143	1,67 (0,89 – 3,11)
Baik	50 (57,5)	37 (42,5)	87 (100)		
Keluarga menggunakan fasilitas kesehatan					
Kurang	28 (51,9)	26 (48,1)	54 (100)	1,000	0,98 (0,51 – 1,88)
Baik	56 (51,4)	53 (48,6)	109 (100)		
Tugas perawatan kesehatan keluarga					
Kurang	1 (9,1)	10 (90,9)	83 (100)	0,009*	12,03 (1,50 – 96,31)
Baik	83 (54,6)	69 (45,4)	80 (100)		
Total	84 (51,5)	79 (48,5)	163 (100)		

* $\alpha < 0,05$

Secara menyeluruh keluarga yang baik dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga memiliki lansia yang mempunyai status kesehatan baik lebih tinggi (54,6%) dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga (9,1%). secara menyeluruh juga ada hubungan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi (OR=12,03).

Faktor Dominan

Faktor yang paling dominan berhubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yang pendidikan ($p=0,018$; $OR=3,23$; $CI\ 95\%: 1,22-8,52$).

PEMBAHASAN

Ada hubungan pendidikan dan penghasilan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi. Hasil di Eropa menunjukkan ada hubungan lama pendidikan dengan status kesehatan pada lansia (König et al., 2010), hasil penelitian lain tentang kesehatan remaja di *St. Louis* menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan kesehatan remaja (Chen & Paterson, 2006). Teori menyatakan bahwa tingkat pendidikan keluarga penting untuk membentuk pengetahuan dan perilaku kesehatan keluarga¹⁰. Keluarga yang mempunyai pendidikan yang rendah juga dapat berdampak pada meningkatnya angka kejadian kematian dan penyakit karena keluarga kurang mendapat informasi yang berkaitan dengan kesehatan¹⁶, meskipun penelitian dilakukan pada kelompok usia yang berbeda namun hasil menunjukkan bahwa pendidikan keluarga mempunyai hubungan dengan status kesehatan anggota keluarga, dengan tingkat pendidikan tinggi yang dimiliki oleh anggota keluarga dapat mempermudah anggota keluarga dalam mencari informasi tentang masalah hipertensi dari berbagai media, mudah mengetahui dan memahami masalah hipertensi, mampu berpikir kritis terhadap situasi yang terjadi pada lansia hipertensi sehingga keluarga dapat mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga dengan tepat ketika salah satu anggota keluarga yaitu lansia mengalami hipertensi.

Pengetahuan dan pengalaman yang banyak yang dimiliki oleh keluarga sangat bermanfaat dalam meningkatkan status kesehatan di dalam keluarga tersebut terutama anggota keluarga yang termasuk dalam kelompok rentan seperti lansia yang hipertensi ditambah lagi dengan menurunnya penghasilan atau pensiun atau terkadang sulit melakukan perawatan terhadap diri sendiri dan sulit pergi ke pelayanan kesehatan secara mandiri. Status kesehatan lansia juga baik didukung oleh penghasilan atau pendapatan yang dimiliki oleh keluarga yang juga dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan lansia sehingga dapat meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi. Hasil penelitian lain tentang kesehatan remaja di *St. Louis* menunjukkan ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan kesehatan remaja (Chen & Paterson, 2006), penelitian terhadap lansia di dua kota di Seoul Korea menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara lansia yang berpenghasilan tinggi dengan yang berpenghasilan rendah, lansia yang berpenghasilan tinggi lebih mengalami penuaan yang sukses (*ageing successfully*) daripada yang berpenghasilan rendah (Jang, Choi, & Kim, 2009). Penelitian lain juga menunjukkan pendidikan dan penghasilan keluarga sangat berpengaruh terhadap anggota keluarga (Hadjineophytou, 2012). Pendapat lain juga mengatakan bahwa pendidikan dan penghasilan yang merupakan bagian dari status sosioekonomi keluarga mempunyai peranan penting dalam mengorganisasi atau mengkordinir anggota keluarga.

Teori bahwa penghasilan yang diperoleh keluarga dapat memenuhi kebutuhan pengeluaran utama anggota keluarga salah satunya adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan anggota keluarga (Schneer & Reitman, 1993) selain itu status ekonomi keluarga mempunyai hubungan yang kuat terhadap perilaku kesehatan yang akan berpengaruh terhadap

status kesehatan keluarga ¹¹. Sebuah keluarga juga saling memberikan dukungan secara ekonomi ¹⁰ Meskipun penelitian dilakukan pada kelompok usia yang berbeda namun hasil menunjukkan penghasilan keluarga dan lansia itu sendiri mempunyai hubungan dengan status kesehatan anggota keluarga menunjukkan bahwa penghasilan yang baik atau memadai bagi anggota keluarga dapat memudahkan anggota keluarga dalam memenuhi kebutuhan keluarga yang berkaitan dengan kesehatan seperti pemenuhan akan nutrisi yang sehat dan adekuat, kemudahan dalam menjangkau pelayanan kesehatan, kemudahan dalam mendapatkan perawatan dan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan, dapat memenuhi kebutuhan untuk penunjang kesehatan di dalam keluarga, dapat melakukan pemeriksaan atau *check up* secara berkala tanpa harus menunggu timbulnya masalah kesehatan sehingga dapat mengurangi dan mencegah meningkatnya masalah kesehatan atau mencegah terjadinya komplikasi akibat masalah hipertensi seperti penyakit stroke, penyakit jantung, dan masalah pada ginjal.

Ada hubungan tugas keluarga mengenal masalah hipertensi dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi. Penelitian lain, ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi ¹⁹, ada hubungan dukungan informasi keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi ¹⁹. Hasil tersebut tidak berbeda dengan tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu mampu mengenal hipertensi berupa batasan tekanan darah yang normal pada lansia, penyebab hipertensi pada lansia dan keluarga merasa perlu mencari informasi tentang masalah hipertensi ¹⁷. Teori tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu keluarga keluarga mengenal masalah kesehatan merupakan dukungan informasional keluarga dengan mengumpulkan informasi dan memberitahukan informasi yang diketahui kepada anggota keluarga². Hasil penelitian yang dilakukan oleh dua peneliti sebelumnya menunjukkan bentuk kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan anggota keluarga khususnya lansia yang mengalami hipertensi dan berkaitan dengan kepatuhan dan pengendalian lansia terhadap hipertensi tidak terlepas dari dukungan keluarga. Dukungan keluarga salah satunya yaitu dukungan informasi terintegrasi di dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga terutama tugas keluarga mengenal masalah kesehatan.

Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan perlu didukung oleh tingkat pendidikan yang memadai (tinggi) karena dengan pendidikan yang memadai keluarga dengan mudah mengenal masalah hipertensi secara lebih mendalam dengan cara mengeksplorasi berbagai media atau sarana untuk memperoleh informasi yang berkaitan dengan masalah hipertensi pada lansia. Keluarga dikatakan mampu mengenal masalah hipertensi dengan mencari informasi dari berbagai media atau sarana seperti buku, majalah kesehatan, internet, dan sebagainya agar keluarga mampu mengidentifikasi bahwa anggota keluarga yaitu lansia mengalami tekanan darah tinggi atau tidak, mampu mengidentifikasi penyebab hipertensi pada lansia, mengetahui tanda dan gejala terjadinya hipertensi dan kadang-kadang tanpa gejala. Tidak ada keluarga mengambil keputusan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi, namun tampak bahwa keluarga yang mengenal masalah hipertensi status kesehatan lansianya baik.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga yaitu dukungan penilaian/penghargaan (*appraisal support*) keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan

¹⁹ dan juga ada hubungan dukungan penilaian atau penghargaan (*appraisal support*) keluarga dengan perilaku pengendalian hipertensi pada lansia di Kecamatan Koja Jakarta Utara ¹⁹ namun penelitian ini sama dengan dua penelitian sebelumnya bahwa semakin efektif dukungan penghargaan yang diberikan keluarga kepada lansia dengan hipertensi maka perilaku lansia terhadap pengendalian hipertensi lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang tidak efektif dalam memberikan dukungan penghargaan (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011), hal yang sama juga terhadap pemenuhan nutrisi pada lansia bahwa dukungan penghargaan yang baik diberikan oleh keluarga pada lansia maka pemenuhan nutrisi pada lansia pun lebih baik bila dibandingkan dengan keluarga yang kurang memberikan dukungan penghargaan (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011), dan secara teori bahwa tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu keluarga mengambil keputusan merupakan *appraisal support* yang dilakukan dengan cara memberikan masukan atau bimbingan dan pemecahan masalah bagi anggota keluarga bermanfaat dalam menyelesaikan masalah anggota keluarga ², meskipun tidak ada hubungan seperti dua penelitian sebelumnya, namun aspek presentase kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mempunyai kaitan dengan peningkatan status kesehatan pada lansia yang ditandai dengan tingginya status kesehatan lansia dengan hipertensi pada keluarga yang termasuk dalam kategori baik dalam mengambil keputusan, apalagi salah satu indikator status kesehatan lansia juga dapat dilihat dari pemenuhan kebutuhan nutrisi pada lansia dan juga tergambar dari kemampuan lansia dalam mengendalikan masalah hipertensi. Selain peran keluarga dalam mengambil keputusan untuk kebutuhan lansia dengan hipertensi, aspek yang tidak kalah pentingnya yaitu tingkat kemandirian lansia.

Tingkat kemandirian lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta sangat tinggi yang ditandai dengan kemampuan lansia baik fisik maupun mental yang tergambar dari kesehatan fisik (PCS) dan mental (MCS) pada lansia jika berdasarkan standar US maka status kesehatan lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta sebagian besar baik. Kondisi tersebut juga didukung oleh situasi dan kondisi di Kecamatan Jetis mulai dari tingkat kecamatan mempunyai koordinator lansia sekecamatan Jetis, kemudian setiap kelurahan mempunyai paguyuban lansia dan setiap RW mempunyai kelompok lansia dan masing-masing RW mempunyai kegiatan posyandu yang dilaksanakan satu kali setiap bulan dan di tingkat kelurahan dilaksanakan satu kali setiap tiga bulan. Artinya pelayanan kesehatan telah sampai di tingkat kelompok yang kecil yaitu di tingkat RW yang dilaksanakan secara reguler sehingga kondisi tersebut membuat lansia mengalami status kesehatan yang lebih baik.

Berdasarkan wawancara personal dengan penanggungjawab lansia di Puskesmas Jetis bahwa petugas dari Puskesmas Jetis (dokter) pelaksanaan penyuluhan tentang masalah hipertensi dan pola makan yang harus diperhatikan tergantung kesepakatan dengan masing-masing pihak kelurahan.

Tidak ada hubungan tugas keluarga merawat anggota keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi meskipun tidak ada hubungan namun terlihat bahwa keluarga yang baik dalam merawat anggota keluarga menunjukkan status kesehatan lansia baik (52,5%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam merawat anggota keluarga memiliki lansia dengan status kesehatan baik (48,8%) bahkan keluarga yang baik dalam merawat anggota keluarga mempunyai peluang 1,16 kali dapat meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi. Kondisi

tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu merawat anggota keluarga yang sesuai dengan kebutuhan lansia dengan hipertensi maka akan meningkatkan status kesehatan pada lansia. Hasil penelitian lain menunjukkan ada hubungan dukungan keluarga yaitu dukungan instrumental keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011) dan juga ada hubungan dukungan intrumental keluarga dengan perilaku pengendalian hipertensi (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga secara intrumental dengan penyesuaian diri siswa (Malecki & Demaray, 2003).

Tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu merawat anggota keluarga secara langsung sebagai bentuk dukungan intrumental dengan memberikan perawatan berupa membuat program dan menerapkan program yang dibuat seperti mengatur pola makan lansia dengan diet rendah garam dan rendah lemak, mengkonsumsi buah dan sayur-sayuran, program olahraga secara teratur yang efektif untuk menurunkan tekanan darah pada lansia². Dukungan intrumental juga dalam bentuk memberikan uang untuk kebutuhan lansia dan perawatan kesehatan lansia (Childs, Goldstein, & Wangdui, 2011). Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa pemberian makanan bagi lansia yang sesuai dengan kondisi kesehatan dan makanan khusus untuk perawatan adalah aspek penting yang perlu dilakukan oleh pemberi perawatan atau *caregiver* (Shaibu & Wallhagen, 2002). Meskipun tidak ada hubungan bila dibandingkan dengan dua penelitian sebelumnya, namun aspek presentase kemampuan keluarga yang baik dalam merawat mempunyai lansia yang status kesehatan baik lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang kemampuannya dalam merawat. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang lebih banyak merawat lansia hipertensi dengan baik dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan status kesehatan pada lansia. Penelitian yang dilakukan sebelumnya terkait pemenuhan nutrisi dan pengendalian hipertensi pada lansia sama-sama dipengaruhi oleh dukungan keluarga khususnya dukungan instrumental.

Dukungan instrumental atau kemampuan keluarga dalam merawat yang dilakukan dalam bentuk mengatur pengobatan lansia yang mempunyai resep dari tenaga kesehatan, bersama lansia mengatur kegiatan yang perlu dilakukan, membantu lansia dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, pengaturan pola makan yang tepat bagi lansia yang mengalami hipertensi dapat memberikan kontribusi dalam peningkatan status kesehatan pada lansia dengan hipertensi. Keluarga yang mampu merawat anggotanya tentu didukung oleh tingkat pendidikan yang tinggi yang dapat digunakan oleh keluarga untuk mencari informasi yang berkaitan dengan masalah hipertensi pada lansia disertai juga dengan penghasilan yang baik yang dimiliki keluarga sehingga dapat memfasilitasi kebutuhan lansia yang mengalami hipertensi. Maka tugas keluarga merawat lansia yang mengalami hipertensi dengan baik dapat membuat status kesehatan lansia menjadi lebih baik.

Tidak ada hubungan kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi. meskipun tidak ada hubungan namun terlihat bahwa keluarga yang baik dalam memodifikasi lingkungan menunjukkan status kesehatan lansia baik (57,5%) lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memodifikasi lingkungan memiliki lansia dengan status kesehatan baik (44,7%) bahkan keluarga yang baik dalam memodifikasi lingkungan mempunyai peluang 1,67 kali dapat meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi

dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memodifikasi lingkungan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yaitu memodifikasi lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan lansia dengan hipertensi maka akan meningkatkan status kesehatan pada lansia dengan hipertensi. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian lain yang menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga yaitu dukungan emosional dan penghargaan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Bogor Selatan (Meirina, Sahar, & Rekawati, 2011) dan ada hubungan antara dukungan emosional dan penghargaan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di Kecamatan Koja Jakarta Utara (Herlinah, Wiarsih, & Rekawati, 2011), namun penelitian ini sama dengan dua penelitian sebelumnya bahwa semakin efektif dukungan emosional dan penghargaan yang diberikan keluarga kepada lansia dengan hipertensi maka perilaku lansia terhadap pengendalian hipertensi lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang tidak efektif dalam memberikan dukungan emosional dan penghargaan¹⁹, hal yang sama juga terhadap pemenuhan nutrisi pada lansia bahwa dukungan emosional dan penghargaan yang baik diberikan oleh keluarga pada lansia maka pemenuhan nutrisi pada lansia pun lebih baik bila dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memberikan dukungan emosional dan penghargaan¹⁹.

Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan secara teori juga merupakan bentuk dukungan keluarga secara emosional yang memberikan rasa nyaman bagi anggota keluarga dan membantu proses penyembuhan terhadap emosional anggota keluarga, selain itu dapat juga dilakukan dengan cara menciptakan pola komunikasi yang baik dengan lansia, memberikan pujian, menyediakan suasana yang nyaman di dalam keluarga dan mengurangi resiko cedera bagi lansia²⁰. Sebuah keluarga juga ada saling ketergantungan secara emosional¹⁰. Hasil penelitian lain pun menunjukkan bahwa suasana lingkungan yang kondusif di dalam keluarga seperti kasih sayang, perhatian, dan kenyamanan efektif terhadap lansia yang mengalami hipertensi¹⁹ dan peran *caregiver* atau yang merawat anggota keluarga seperti memberikan kebebasan dan tempat yang nyaman bagi lansia dapat membuat lansia dalam kondisi yang sehat.

Hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dalam aspek hubungan menunjukkan adanya perbedaan tetapi dari aspek presentase kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan mempunyai kaitan dengan peningkatan status kesehatan pada lansia yang ditandai dengan tingginya status kesehatan lansia pada keluarga yang mempunyai kemampuan yang baik dalam memodifikasi lingkungan dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam memodifikasi lingkungan. Dukungan keluarga baik secara emosional maupun penghargaan dapat membuat lansia merasa nyaman berada di tengah keluarga sehingga status kesehatan lansia pun ikut tinggi. Selain dukungan keluarga secara emosional dan penghargaan aspek lain yang dapat membuat status kesehatan lansia menjadi baik karena lansia juga masih mampu melakukan secara mandiri berbagai aktivitas yang diperlukan lansia dan mempunyai kemampuan untuk mengatur suasana hati atau emosi dengan cukup baik seperti mengesampingkan suasana hati yang kurang baik agar tetap melakukan aktivitas dengan teliti, suasana hati selalu tenang dan damai, jarang murung dan putus asa, tetap bersosialisasi dengan keluarga atau orang lain meskipun kondisi badan sedikit menurun atau sedang sedih. Hal tersebut menunjukkan bahwa lansia mampu mengelola kesehatan mental secara baik sehingga tidak membuat status kesehatan lansia

tersebut menjadi menurun, selain itu juga ditunjang oleh berbagai kegiatan yang banyak dilakukan di tingkat kelurahan atau di tingkat RW terhadap kelompok lansia seperti rekreasi, olahraga, atau kadang-kadang mengikuti lomba di tingkat kelurahan.

Kondisi kesehatan lansia (MCS) di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta pun tampak dari hasil penelitian bahwa lansia termasuk dalam kategori baik dengan rata-rata lebih dari 65,3 (SD = 19,5) sebanyak 62,6% bahkan lebih tinggi dari standar norma US dan lebih tinggi juga dari beberapa negara seperti penelitian yang dilakukan di Australia menunjukkan bahwa rata-rata status kesehatan orang yang berusia 50 - 69 tahun (mean = 50,4) dan usia 70 tahun atau lebih (mean = 48,5) (Wilson, Tucker, & Chittleborough, 2002), di Utah usia 55 - 64 tahun (mean = 53,9), 65 - 74 tahun (mean = 54,8), lebih dari 75 tahun (mean = 62,6) (Utah Department of Health, 2001), lansia di enam negara di Eropa usia 75 - 79 tahun (mean = 54; SD = 9) 80 - 84 tahun (mean = 54,7; SD = 8,4), lebih dari 85 tahun (mean = 54,5; SD = 8,2) (König et al., 2010), di Cina pada orang yang tidak mengalami penyakit kronis menunjukkan mean = 50 (SD = 10)¹². Tidak ada hubungan tugas keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa keluarga yang kurang dan baik dalam menjalankan tugas menggunakan fasilitas kesehatan di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta memiliki presentase yang hampir sama terhadap status kesehatan lansia baik, masing-masing 51,9% dan 51,4%. Meskipun presentasinya hampir sama, namun terlihat bahwa kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dapat juga berkontribusi terhadap status kesehatan lansia. Hasil penelitian lain bahwa ada hubungan dukungan keluarga yaitu dukungan instrumental keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia¹⁹ dan juga ada hubungan dukungan intrumental keluarga dengan perilaku pengendalian hipertensi pada lansia¹⁹ karena secara teori bahwa kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan juga merupakan dukungan intrumental karena sebagai bentuk konkrit bantuan keluarga kepada anggota keluarga dalam bentuk finansial memfasilitasi anggota keluarga untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat atau komunitas¹⁷.

Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa keluarga yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat seperti puskesmas efektif untuk pengendalian hipertensi pada lansia karena puskesmas melaksanakan program promosi kesehatan¹⁹. Hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dalam aspek hubungan menunjukkan adanya perbedaan tetapi dari aspek presentase kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan tetap mempunyai kaitan dengan baik atau kurangnya status kesehatan pada lansia yang ditandai presentase yang hampir sama antara keluarga yang menggunakan fasilitas kesehatan dengan yang kurang dalam menggunakan fasilitas kesehatan. aspek lain juga yang ikut berkontribusi dalam baik atau kurangnya status kesehatan lansia yaitu kemampuan yang dimiliki oleh lansia yaitu lansia dapat melakukan aktivitas fisik secara mandiri untuk menjangkau pelayanan kesehatan tanpa bantuan atau fasilitasi dari keluarga.

Lansia masih dapat melakukan kegiatan yang ringan dan berat sekalipun yang ditandai dengan dalam kondisi fisik yang kurang lansia masih menyatakan hanya sedikit terbatas dalam melakukan aktivitas dan hasil kerja lansia pun tetap sesuai dengan yang diharapkan. Hal tersebut lebih konkrit lagi dengan hasil status kesehatan fisik lansia dengan hipertensi di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta sebanyak 54,6% lebih dari rata-rata 59,6 (SD = 18)

termasuk dalam kategori baik.. Kondisi tersebut bahkan lebih tinggi dari standar norma PCS US dan lebih tinggi juga dari beberapa negara seperti penelitian yang dilakukan di Australia menunjukkan bahwa rata-rata status kesehatan orang yang berusia 50 - 69 tahun (mean = 48,3) dan usia 70 tahun atau lebih (mean = 45,9) (Wilson, Tucker, & Chittleborough, 2002), di Utah usia 55 - 64 tahun (mean = 47,1), 65 - 74 tahun (mean = 44,9), lebih dari 75 tahun (mean = 40,8) (Utah Department of Health, 2001), lansia di enam negara di Eropa usia 75 - 79 tahun (mean = 42,8; SD = 10,8), 80 - 84 tahun (mean = 41,2; SD = 10,9), lebih dari 85 tahun (mean = 39,0; SD = 10,5) (König et al., 2010), di Cina pada orang yang tidak mengalami penyakit kronik mean = 50 (SD = 10) (Lam, Tse, & Gandek, 2005) didukung juga oleh berbagai kegiatan yang difasilitasi oleh pemerintah dalam bentuk pelayanan kesehatan bagi lansia di tatanan menengah seperti di tingkat puskesmas dan masyarakat. Di tingkat puskesmas yaitu terdapat pelayanan khusus bagi lansia dan ditunjang juga oleh Puskesmas Jetis yang termasuk dalam Puskesmas Santun Lansia yang secara teori bahwa program kegiatannya mencakup peningkatan dan pemantapan upaya pelayanan kesehatan lanjut usia di sarana pelayanan kesehatan dasar, peningkatan upaya rujukan kesehatan bagi lanjut usia, penyuluhan dan penyebarluasan informasi kesehatan bagi lanjut usia, perawatan kesehatan bagi lanjut usia dan keluarga di rumah, peningkatan pemberdayaan masyarakat melalui kelompok lanjut usia dan pengembangan lembaga tempat perawatan bagi lanjut usia (Komisi Nasional Lanjut Usia, 2010a). Selain itu Puskesmas Jetis juga telah melakukan pembinaan kepada kelompok lanjut usia di wilayah Kecamatan Jetis sehingga status kesehatan lansia juga baik meskipun keluarga kurang dalam menggunakan fasilitas kesehatan untuk kebutuhan lansia.

Hasil kutipan wawancara singkat dengan Kepala Bidang Promosi Pengembangan Kesehatan, Surveilans, dan Sistem Informasi Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta Tahun 2012 (25 Mei 2012 pukul 11.00 WIB) bahwa pelayanan yang diberikan kepada kelompok lansia dalam bentuk promosi kesehatan selalu dilaksanakan secara berkelanjutan. Kondisi tersebut juga terjadi karena lansia dapat melakukan secara mandiri dalam melakukan pengontrolan ke pelayanan kesehatan dan lansia juga mampu menentukan dengan baik harus ke pelayanan sesuai ketika mengalami masalah yang berkaitan dengan kondisi fisik. Pelayanan kesehatan yang sering dilaksanakan setiap bulan pada masing-masing RW juga membuat lansia sangat mudah mengakses pelayanan tersebut meskipun yang dilakukan di posyandu lansia berupa pemeriksaan seperti pemeriksaan tekanan darah dan penimbangan berat badan. Akses pelayanan kesehatan juga perlu didukung oleh penghasilan yang memadai. Jika keluarga yang mempunyai penghasilan yang kurang maka akan mengalami kesulitan dalam membantu anggota keluarga secara finansial dalam mengakses pelayanan kesehatan, sehingga dapat juga mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga.

Ada hubungan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi dan keluarga yang mempunyai kemampuan yang baik dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga mempunyai peluang 12,03 kali meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi menjadi lebih baik dibandingkan dengan keluarga yang kurang dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga, hal tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang mempunyai kemampuan baik dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga memberikan kontribusi yang baik terhadap meningkatnya status kesehatan lansia dengan hipertensi. Hasil penelitian

yang dilakukan pada lansia di Puskesmas Srandol Kota Semarang menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan lansia dalam perawatan hipertensi¹⁹ dan juga penelitian lain dilakukan pada keluarga dengan lansia hipertensi di Koja Jakarta Utara menunjukkan ada hubungan dukungan informasi, penghargaan, emosional, dan instrumental keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi¹⁹, secara teori juga menunjukkan bahwa kesehatan anggota keluarga sangat dipengaruhi juga oleh kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yang mencakup lima tugas yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan yang tepat, keluarga merawat anggota keluarga, keluarga mampu memodifikasi lingkungan, dan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan¹⁷ karena di dalam tugastugas tersebut pun tertuang makna bahwa keluarga memberikan motivasi, kebebasan, serta perlindungan dan keamanan untuk mencapai potensi diri bagi anggota keluarga².

Keluarga juga merupakan unit dasar dalam mengembangkan, mengatur, dan menjalankan perilaku kesehatan yang meliputi nilai kesehatan, kebiasaan hidup sehat, dan persepsi terhadap kesehatan¹¹. Keluarga juga merupakan tempat bagi anggota keluarga memperoleh perawatan sepanjang kehidupan setiap anggota keluarga¹⁰. Keluarga mempunyai peranan penting dalam kesehatan individu dalam keluarga dan komunitas¹¹. Status kesehatan lansia di Kecamatan Jetis Kota Yogyakarta termasuk dalam kategori baik juga didukung oleh tingkat kemandirian yang dimiliki lansia baik secara fisik maupun mental. Hal ini sangat konkrit dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi termasuk dalam kategori baik (75,5%) bila dibandingkan dengan standar norma US. Status kesehatan lansia juga baik ditandai dengan lansia secara fisik (69,3%) dan mental (73%) termasuk dalam kategori baik bila dibandingkan dengan standar US. Hal ini disebabkan karena lansia mampu mengelola situasi dan kondisi yang terjadi terkait dengan perubahan dan masalah kesehatan yang dialami saat ini. Faktor lain yang berkontribusi terhadap status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yaitu adanya tingkat keterlibatan lansia dalam mengikuti berbagai kegiatan yang ada di masyarakat diantaranya kegiatan lansia (posyandu lansia) baik di tingkat RW maupun kelurahan, dan juga berbagai kegiatan yang dilakukan di tingkat kecamatan, adanya Puskesmas Santun Lansia dan Puskesmas Jetis menjadi salah satu Puskesmas Santun Lansia, dan program dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta terhadap kesehatan lansia. Dengan demikian status kesehatan lansia dengan hipertensi menjadi baik karena pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga dan didukung juga oleh berbagai kegiatan seperti posyandu lansia, senam lansia, lomba antar kelompok lansia, dan rekreasi yang dapat bermanfaat bagi peningkatan status kesehatan lansia.

Hasil uji regresi logistik berganda diperoleh nilai OR yang paling tinggi yaitu variabel pendidikan yang dikontrol dengan variabel penghasilan, tugas keluarga mengenal masalah hipertensi, tugas keluarga memodifikasi lingkungan, dan tugas keluarga menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan. Jadi variabel yang paling berhubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi yaitu pendidikan dengan OR = 3,23 (CI 95%: 1,22 – 8,52). Pendidikan mempunyai peluang 3,23 kali meningkatkan status kesehatan pada *aggregate* lansia baik dibandingkan dengan keluarga yang berpendidikan menengah dan variabel lainnya. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa variabel dukungan informasi merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan perilaku pengendalian hipertensi pada lansia¹⁹.

Hasil penelitian variabel lamanya pendidikan merupakan variabel kedua yang paling dominan mempengaruhi status kesehatan lansia (König et al., 2010), hal tersebut sesuai dengan teori bahwa tingkat pendidikan yang tinggi dapat membuat keluarga mempunyai tingkat pemahaman yang cukup tinggi untuk melakukan intervensi yang efektif terhadap masalah kesehatan yang muncul di dalam keluarga yang bermanfaat untuk mengurangi kesenjangan masalah kesehatan di dalam keluarga (Chen & Paterson, 2006). Sebagai contoh ketika di dalam keluarga mempunyai lansia yang mengalami masalah hipertensi maka dengan mempunyai pendidikan yang tinggi yang berdampak pada kemampuan pemahaman yang baik akan melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang mengalami masalah dan melakukan intervensi atau perawatan lebih dikhususkan pada anggota keluarga yang berisiko tinggi seperti lansia (Chen & Paterson, 2006) terutama lansia yang mengalami hipertensi yang merupakan kelompok rentan. Hasil analisis secara statistik juga menunjukkan bahwa selain pendidikan tugas perawatan kesehatan keluarga yang ikut berperan dalam meningkatkan status kesehatan lansia yaitu kemampuan keluarga memutuskan dan merawat anggota keluarga. Secara teori bahwa pelaksanaan tugas perawatan kesehatan mencakup keluarga mengenal masalah kesehatan, keluarga mengambil keputusan, keluarga merawat, keluarga memodifikasi lingkungan dan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan¹⁷, namun secara analisis statistik hanya tugas keluarga mengambil keputusan dan keluarga merawat saja yang lebih dominan daripada tiga tugas yang lain. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tugas keluarga tidak harus mengenal secara teoritis masalah kesehatan yang terjadi di dalam keluarga tetapi keluarga mempunyai kemampuan *mother insting* untuk melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan khususnya lansia dengan hipertensi.

Hasil penelitian ini dengan dua hasil penelitian sebelumnya sesuai dengan pendapat para ahli bahwa pendidikan juga mempunyai hubungan yang cukup signifikan terhadap status kesehatan lansia, meskipun penelitian¹⁹ menyatakan bahwa yang paling dominan yaitu dukungan informasional namun dukungan tersebut sebagai implikasi dari tingkat pendidikan (lamanya pendidikan) yang dimiliki oleh keluarga yaitu keluarga mempunyai pendidikan yang tinggi tentu dapat mengeksplorasi berbagai informasi yang berkaitan dengan masalah kesehatan dan dapat menyebarkan atau memberitahu informasi yang diperoleh kepada anggota keluarga sehingga status kesehatan anggota keluarga (lansia dengan hipertensi) pun menjadi lebih baik. Pendidikan tinggi yang dimiliki oleh keluarga pun seharusnya dapat dengan mudah membuat keluarga melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga yang mencakup mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan menggunakan fasilitas kesehatan.

KESIMPULAN

Status sosioekonomi (pendidikan dan penghasilan) mempunyai hubungan dalam meningkatkan status kesehatan pada lansia, dan secara umum pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga mempunyai hubungan dengan status kesehatan pada *aggregate* lansia dengan hipertensi. Oleh karena itu dinas kesehatan, petugas puskesmas perlu memperhatikan peningkatan pengetahuan keluarga terkait masalah kesehatan tentang hipertensi dengan pendekatan tugas perawatan kesehatan keluarga dan ditunjang juga oleh institusi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Komisi Nasional Lanjut Usia. (2010c). *Profil Penduduk Lanjut Usia 2009*. Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.
2. Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory, & Practice*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
3. Martono, H. (2011). Lanjut Usia dan Dampak Sistemik Dalam Siklus Kehidupan. Retrieved 08 Mei, 2011, from <http://www.komnaslansia.or.id/modules.php?name=News&file=article&sid=63&mode=thread&order=0&thold=0>
4. Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community and Public Health Nursing*. St. Louis Missouri: Mosby.
5. Pander, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
6. Miller, C. A. (1995). *Nursing Care Of Older Adults: Theory and Practice*. Philadelphia: J.B Lippincott Company.
7. Anderson, E. T., & McFarlane, J. (2011). *Community as partner : theory and practice in nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
8. Tantriyani, & Harmilah. (2012). Pengaruh Pemberian Cincau Terhadap Tekanan Darah pada Lanjut Usia yang
9. Menderita Hipertensi Di Posyandu Lansia Desa Trimulyo Jetis Bantul. *Caring Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 1(1), 35-41.
10. Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. (2010). *Profil Kesehatan Provinsi D.I Yogyakarta Tahun 2009*. Yogyakarta: Dinas Kesehatan Provinsi D.I Yogyakarta.
11. Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice And Research*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
12. Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community and Public Health Nursing*. St. Louis Missouri: Mosby.
13. Lim, L. L. y., & Fisher, J. D. (1999). Use of the 12-item Short-Form (SF-12) Health Survey in an Australian heart and stroke population. *Quality of Life Research*, 8(1-2), 1-8.
14. Lam, C. L., Tse, E. Y., & Gandek, B. (2005). Is the standard SF-12 Health Survey valid and equivalent for a Chinese population? *Quality of Life Research*, 14(2), 539-547.
15. Bentur, N., & King, Y. (2010). The challenge of validating SF-12 for its use with community-dwelling elderly in Israel. *Quality of Life Research*, 19(1), 91-95.
16. Shackman, G. (2001). *Sample Size and Design Effect*. Paper presented at the American Statistical Association, Albany.
17. Hitchcock, J. E., Schubert, P. E., & Thomas, S. A. (1999). *Community Health Nursing: Caring in Action*. New York: Delmar Publishers.
18. Maglaya, A. S., Cruz-Earnshaw, R. G., Pambid-Dones, L. B. L., Maglaya, M. C. S., Lao-Nario, M. B. T., & Leon, W. O. U.-D. (2009). *Nursing Practice in the Community*. Marikina: Argonauta Corporation.
19. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
20. Suhadi, Wiarsih, W., & Widyatuti. (2011). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Lansia Dalam Perawatan Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Srandol Kota Semarang*. Universitas Indonesia, Depok -- Indonesia.
21. Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2010). *Community Health Nursing: Promoting & Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

**PENGALAMAN LANJUT USIA MENDAPATKAN DUKUNGAN KELUARGA
DI PANTI SOSIAL TRESNA WREDHA ABIYOSO PROVINSI D.I.
YOGYAKARTA : STUDI FENOMENOLOGI**

**(The Experience of Elderly Getting Family Support in Abiyoso Nursing Home
Yogyakarta Province : Phenomenology Study)**

Nuurhidayat Jafar¹, Wiwin Wiarsih², Henny Permatasari³

Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus UI Depok,
Jakarta 10430, Indonesia

Email : yayat_vieri@yahoo.co.id

ABSTRACT

Elderly experience aging process which influences physical and psychosocial functions. The aim of this research is finding description about elderly experience getting family support in Abiyoso nursing home. This research has done through qualitative approach descriptive phenomenology design and was done through deep interview and field note. The aging reasons were described by themes of personal desire and weakness of family power structure. The aging problems were described by themes of physical and psychosocial problem. The supports which have received were described by themes of supporting resource and kind of support. The meaning of support was described by internal happiness. The aging hope was described by theme of defend relationship. The result of this research is expected to be able to become the foundation of promotion programme and become prevention.

Key words: elderly, family support, nursing home.

PENDAHULUAN

Keberhasilan pembangunan kesehatan ditandai dengan meningkatnya beberapa aspek seperti kualitas sumber daya manusia, kualitas hidup, kesejahteraan keluarga dan masyarakat, serta usia harapan hidup (Depkes RI, 2006). Salah satu yang menjadi perhatian adalah meningkatnya usia harapan hidup masyarakat yang akan berdampak kepada meningkatnya jumlah lanjut usia. Lansia adalah individu yang berumur 65 tahun ke atas dimana umur 65-74 tahun disebut sebagai *young-old* dan umur 75 tahun lebih disebut *old-old* (Smeltzer & Bare, 2001).

Berdasarkan laporan dari BKKBN (1999) bahwa pada tahun 1995 patokan lansia sebesar 7 % di tiap wilayah melonjak seperti DIY (12,5 %), Jawa Timur (9,46 %), Bali (8,93 %), Jawa Tengah (8,8 %), dan Sumatera Barat (7,98 %); data ini yang digunakan untuk memperkirakan kenaikan jumlah lansia beberapa tahun ke depan (dalam Probosuseno, 2007). Peningkatan jumlah lansia di Indonesia tentunya perlu mendapat perhatian yang serius dari pemerintah berkaitan dengan pelayanan sosial dan pelayanan kesehatan terkait dengan proses menua. Lansia membutuhkan perhatian khusus dalam hal kesehatan, kemandirian, perawatan, dan penghargaan. Alasan kenapa lansia membutuhkan perhatian khusus dikarenakan masalah pada lansia dimasukkan ke dalam “Empat Besar” penderitaan geriatrik yaitu mempunyai masalah yang kompleks, tidak ada pengobatan yang sederhana, penurunan kemandirian, dan membutuhkan bantuan orang lain dalam perawatan (Isaac,

1981 dalam Watson, 2003).

Perhatian yang diberikan kepada lansia dapat berupa dukungan sosial khususnya oleh keluarga atau kerabat dekat. Gottlieb (1983, dalam Mundiharno, 2010) menyatakan bahwa dukungan keluarga yang berbeda. Berdasarkan hal ini, maka perlu dilakukan penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi deskriptif untuk mengidentifikasi pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga dengan rumusan pertanyaan penelitian yaitu : Bagaimana pengalaman lanjut usia mendapatkan dukungan keluarga di Panti Sosial Tresna Wredha Abiyoso, Provinsi D.I. Yogyakarta.

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif melalui pendekatan fenomenologi deskriptif. Pendekatan kualitatif ini dipilih karena peneliti ingin mendapatkan gambaran yang mendalam mengenai pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha Abiyoso, Yogyakarta. Penentuan partisipan dalam penelitian ini dilakukan secara *purposive* dan mencapai saturasi pada partisipan ke-7 dengan kriteria inklusi lansia yang masih memiliki keluarga, lansia yang berumur 60 tahun ke atas, lansia yang mampu berkomunikasi verbal dan menceritakan pengalaman tentang dukungan keluarga, lansia yang memiliki fungsi pendengaran yang baik, lansia yang dapat berkomunikasi dengan menggunakan bahasa Indonesia, dan lansia yang setuju berpartisipasi dalam penelitian. Pengambilan data dilaksanakan pada bulan April sampai dengan bulan Juni 2010. Peneliti menerapkan prinsip – prinsip etik dalam melakukan penelitian ini berdasarkan Beauchamp dan Childress (1994) yang menyebutkan ada tiga prinsip etik yang dipakai dalam penelitian kualitatif yaitu *autonomy*, *beneficence*, dan *justice*. Pengumpulan data dilakukan melalui pedoman wawancara, catatan lapangan (*field notes*), dan MP4. Tahapan analisis data pada penelitian menggunakan langkah Stevick-Colaizzi-Keen (Creswell, 1998). *Trustworthiness of data* (uji keabsahan data) dalam penelitian ini

Masalah psikososial tergambar dalam sub tema masalah psikologi, masalah sosial atau berhubungan dengan orang lain, dan penyebab masalah psikososial. Dukungan yang diterima lansia selama di panti digambarkan dengan tema sumber dukungan dan jenis dukungan. Sumber dukungan tergambar ke dalam sub tema keluarga, panti, dan orang lain. Jenis dukungan tergambar ke dalam sub tema integrasi sosial, dukungan emosional, dukungan materi, dukungan informasi, dan dukungan layanan. Makna dukungan keluarga bagi lansia digambarkan dengan tema kesenangan batin dengan sub tema dukungan memberikan makna positif. Harapan lansia digambarkan dengan tema mempertahankan hubungan dengan sub tema melakukan interaksi teratur, memberikan penghargaan terhadap lansia, dan mempersiapkan dan mengantarkan lansia ke peristirahatan terakhir.

PEMBAHASAN

Alasan Lansia Tinggal di Panti

Lansia yang memilih tinggal di panti memiliki alasan yang beragam terutama lansia perempuan yang jumlahnya lebih banyak. Harker (1997) menyatakan bahwa salah satu alasan lansia tinggal di panti karena keinginan mereka sendiri yang mencari kebebasan serta karena kemiskinan. Lansia mencari kebebasan karena tidak ingin terikat dengan kehidupan keluarga selain karena kemiskinan. Alasan lansia ini karena tidak ingin terlalu

terikat dengan aturan di dalam keluarga. Lansia menginginkan aktualisasi diri yang lebih tinggi. Lansia tinggal di panti yang ditemukan peneliti sedikit berbeda dengan Harker yaitu dengan alasan tidak ingin membebani keluarga. Lansia memilih tinggal di panti karena tidak ingin membebani apabila secara terus menerus tinggal bersama dengan keluarga baik anak ataupun saudara. Lansia juga mendapatkan kebebasan dari keluarga untuk menentukan.

kegotongroyongan, dan tanggung jawab sosial semakin terkikis. Seseorang akan menjadi lebih *individualis* dan tidak lagi memiliki beban moral dan tanggung jawab sosial terhadap keterlantaran yang dialami oleh kerabat yang lain.

Masalah Yang Dialami Lansia Selama di Panti

Masalah fisik terhadap lansia dapat diakibatkan oleh proses penuaan yang terjadi dan menyebabkan lamanya perawatan di panti. Gallo, Reichel, dan Andersen (1998) lansia merupakan subjek-subjek terhadap sejumlah besar stresor kehidupan. Lansia merupakan populasi *at risk* yang rentan mengalami suatu penyakit. Potter (1997) hampir 80 % dewasa di atas usia 65 tahun mempunyai sedikitnya satu masalah kesehatan kronis. Laporan dari WHO *Technical Report Series* No.919 (2003, dalam Isbagio, 2006) masalah muskuloskeletal dan penyakit rematik merupakan penyebab utama yang menyebabkan angka kesakitan (*morbiditas*) pada lansia di seluruh penjuru dunia sehingga akan mempengaruhi kualitas kehidupan lansia yang mengakibatkan tingginya biaya pengobatan. Potter (1997) hampir 44 % lansia mengalami artritis dan umumnya terjadi pada wanita dibanding pria.

Stanley, Blair, dan Beare (2005) seiring pertambahan usia, jantung dan pembuluh darah mengalami perubahan baik struktural maupun fungsional dan merupakan penyebab utama kematian serta disabilitas lansia di Amerika Serikat. Potter (1997) lansia biasanya mengalami perubahan pada penglihatan, pendengaran, pengecapan, dan penciuman karena penuaan yang normal. Perubahan pada sistem sensoris baik penglihatan maupun pendengaran dapat berpengaruh terhadap aktivitas sosial. Stanley, Blair, dan Beare (2005) persepsi sensoris mempengaruhi kemampuan % sampai 75 % penghuni perawatan jangka panjang memiliki gejala depresi ringan sampai sedang. Depresi dapat menyebabkan kemunduran dalam fisik sehingga perlu penanganan yang tepat.

Lansia banyak mengalami kepribadian tertutup yang berakibat menjadi perilaku menarik diri seiring dengan pertambahan usia dan dipengaruhi oleh tipe isolasi sosial. Potter (1998) beberapa lansia dipengaruhi oleh keempat tipe isolasi sosial yaitu isolasi sikap, isolasi penampilan, isolasi perilaku, dan isolasi geografi. Lansia dalam penelitian ini dipengaruhi oleh tipe isolasi perilaku yang diakibatkan oleh perilaku yang tidak dapat diterima secara sosial menyebabkan seseorang menarik diri.

Kemampuan berespon terhadap masalah di panti menjadi penyebab masalah psikososial. Subekti (2007) menyatakan bahwa perasaan lansia saat pertama kali masuk di panti wredha yaitu berupa kesiapan tinggal di panti menunjukkan bahwa partisipan ada yang mampu menyesuaikan diri dan perasaan belum siap tinggal di panti karena kesulitan menyesuaikan diri suasana rumah dengan suasana panti wredha.

Folkman dan Lazarus (1984, dalam Nursasi, 2002) mengidentifikasi jenis strategi koping yang digunakan oleh lansia yaitu koping yang berorientasi pada upaya-upaya penyelesaian masalah dan koping yang berfokus pada aspek emosional. Lansia mengalami kemampuan berespon yang berbeda-beda tergantung dengan tingkat stresor yang dialami lansia. Lingkungan dimana lansia itu berada dan beraktivitas sangat mempengaruhi kemampuan adaptasi dan koping dari lansia.

telah menikah dan 47 lansia (35,9 %) yang menyatakan tidak pernah mendapat bantuan dari anaknya yang telah menikah.

Suriadi (1999) menjelaskan bahwa lansia yang berada di rumah sendiri berhubungan dengan saudara dalam berbagai bentuk. Penelitian yang dilakukan oleh Suriadi pada 133 lansia, sebanyak 125 lansia (94 %) yang mengatakan saling kunjung dan 8 lansia (6 %) yang mengatakan tidak saling kunjung. Bentuk hubungan lainnya 115 lansia (86,5 %) yang saling bertegur sapa dan 18 lansia (13,5 %) yang tidak bertegur sapa. Penelitian oleh Setiti (2007) menyebutkan lansia membutuhkan kebutuhan psikis diantaranya dukungan emosional dimana lansia butuh lingkungan yang mengerti dan memahami mereka.

Lansia membutuhkan teman untuk bicara, sering dikunjungi, dan sering disapa. Lansia juga butuh rekreasi dan silaturahmi dari kerabat. Kebutuhan lansia yang dapat mempengaruhi emosional lansia adalah kebutuhan sosial. Tang (2004) kualitas dan kuantitas dari dukungan sosial sangat mempengaruhi perasaan lansia dari kesepian sehingga keluarga perlu memberikan informasi dengan melatih komunikasi yang baik. Informasi yang dapat diberikan sesuai dengan apa yang dianggap baik oleh lansia.

Makna Dukungan Keluarga Bagi Lansia

Partisipan merasakan kesenangan lebih jika keluarga mendukung di panti dengan melakukan kunjungan. Lansia merasakan kesenangan tersebut karena mempunyai keterikatan yang besar dengan keluarga. Erickson (1986, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) keterikatan lansia muncul karena pengalaman merawat anak dan cucu sehingga memberikan rasa kedekatan pada lansia. Pengalaman merawat anggota keluarga memunculkan nilai lansia untuk

adanya perbedaan persepsi antara harapan keluarga dengan lansia untuk semua kebutuhan kecuali kebutuhan spiritual. Perbedaan harapan lansia dengan keluarga yang paling jelas adalah pemenuhan kebutuhan terkait kebutuhan biologis. Dalam penelitian tersebut, diperoleh perbedaan dimana lansia menguraikan harapan yang sangat besar terhadap keluarga untuk memenuhi kebutuhannya terutama kebutuhan biologis. Sedangkan keluarga justru mengharapkan untuk tidak memenuhi kebutuhan biologis lansia karena ketidakmampuan ekonomi.

Setiti (2007) meneliti tentang harapan lansia kepada kerabat terdekat dan diperoleh hasil bahwa lansia menginginkan mendapatkan pelayanan atau dukungan dari keluarga dan kerabat terdekat secara ikhlas dan wajar. Kerabat masih mendengarkan dan menjalani nasihat lansia dan bila ada perbedaan disampaikan dengan baik tanpa menyinggung perasaan. Harapan lansia yang lain dalam proses menjelang ajal perlu direspon oleh keluarga ataupun pihak panti. Hal ini penting untuk melindungi lansia dari kecemasan dan ketakutan. Keluarga perlu berdiskusi dan memberikan dukungan dalam persiapan menjelang ajal sementara perawat di panti perlu melihat tahapan yang dijalani lansia dalam menghadapi kematian. Lamberton (1973, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) dukungan yang konsisten dari pemberi perawatan diperlukan pada saat lansia menjelang ajal karena pikiran yang tidak menentu dari lansia antara berbagai bentuk ketergantungan atau kecukupan diri.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian kualitatif ini merupakan pengalaman pertama peneliti. Peneliti perlu lebih banyak belajar dalam cara pengumpulan data, teknik wawancara, dan analisis data. Peneliti tidak bersama dengan petugas panti dalam melakukan kontrak dengan partisipan

yang telah dipilih.

mengetahui hak-hak lansia sebagai bagian dari pemberian dukungan di panti. Banyak program yang dapat dibuat untuk melaksanakan hak-hak lansia yang berhubungan dengan berbagai aspek kehidupan lansia. Panti perlu mengembangkan program *health promotion* tentang hak-hak lansia yang dapat dibuatkan ke dalam poster, *leaflet*, atau buku petunjuk bagi sumber pemberi dukungan terutama kepada keluarga.

PENUTUP

Pengalaman lansia mendapatkan dukungan keluarga di panti wredha berbeda-beda. Hal ini dipengaruhi banyak faktor diantaranya pergeseran nilai-nilai keluarga akibat modernisasi, kurangnya pengembangan program di panti, kurangnya perhatian dari pemerintah dalam keterlibatan program dukungan keluarga di panti. Perbedaan pengalaman lansia di panti yaitu terkait dengan alasan tinggal di panti dapat berupa keinginan sendiri ataupun karena kelemahan struktur keluarga. Masalah yang dialami lansia selama di panti beragam mulai dari masalah fisik sampai masalah psikososial. Masalah lansia di panti belum diidentifikasi secara optimal sehingga mempengaruhi dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dukungan yang diterima lansia berbeda baik sumber maupun jenis dukungan. Sumber dukungan bagi lansia bukan hanya berasal dari keluarga namun dapat berasal dari panti dan orang lain seperti siswa atau mahasiswa, aparat pemerintah, serta organisasi masyarakat yang peduli terhadap lansia di panti. Makna dukungan keluarga bagi lansia dianggap hal yang positif yang dapat memberikan kesenangan batin. Hal ini menimbulkan harapan lansia selama di panti wredha terhadap dukungan keluarga yaitu mempertahankan hubungan selama di panti dapat merupakan informasi verbal maupun nonverbal, saran, bantuan, atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang terdekat berupa kehadiran serta hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional kepada penerimanya.

Dukungan dari keluarga terhadap lansia sangat dipengaruhi oleh modernisasi yang menyebabkan terjadinya pergeseran nilai-nilai keluarga di dalam merawat lansia. Mundiharno (2010) menyatakan ada tiga penyebab yaitu perubahan keluarga dari *extended family* ke *nuclear family*, meningkatnya tingkat partisipasi angkatan kerja pada wanita, dan migrasi keluar pada usia muda (*Young-Out Migration*). Perubahan tanggung jawab keluarga. mengurus lansia disebabkan keluarga yang sangat sibuk dengan pekerjaannya sehingga tidak mempunyai waktu mengurus lansia atau bahkan ditinggal sendiri oleh keluarga yang membuat hidup lansia tidak potensial dan menjadi terlantar. Kondisi ini yang menyebabkan keluarga memilih pelayanan institusi untuk mengurus lansia. Salah satu pelayanan institusi lansia adalah panti sosial.

Program pelayanan yang dilakukan PSTW terkait dengan peningkatan kesejahteraan lansia tidak selalu berjalan optimal. Faktor yang dapat mempengaruhi seperti terbatasnya waktu lansia mengikuti kegiatan, masih terbatasnya peralatan, masih tersebarnya beberapa fasilitas kegiatan, kurangnya SDM di panti dalam menjalankan program, serta keterbatasan dana khususnya membiayai instruktur dari luar (Depsos RI, 2009). Program PSTW yang tidak optimal ditambah kurangnya dukungan keluarga dapat menimbulkan masalah yang dialami lansia selama hidup di PSTW terutama masalah psikososial. Permasalahan psikososial yang dialami lansia terkait dengan dukungan keluarga akan memunculkan makna dan harapan meliputi kredibilitas (*credibility*), kebergantungan (*dependability*), kepastian (*confirmability*) dan keteralihan (*transferability*).

HASIL

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah tujuh orang lansia yang tinggal di panti. Lima partisipan berjenis kelamin perempuan dan dua partisipan lainnya berjenis kelamin laki-laki. Usia partisipan beragam dalam rentang umur 61 tahun sampai dengan umur 78 tahun. Riwayat pekerjaan partisipan sebelum tinggal di panti yaitu penjahit, baby sitter, dan buruh. Tingkat pendidikan partisipan juga berbeda mulai dari tidak tamat Sekolah Dasar (SD) atau Sekolah Rakyat (SR) sampai kepada tidak tamat Sekolah Menengah Kejuruan (SMK). Jenis agama partisipan terdiri atas Islam, Kristen Protestan, dan Katolik. Semua partisipan dalam penelitian ini merupakan suku Jawa dimana lima partisipan berasal dari Yogyakarta dan dua lainnya berasal dari Semarang.

Tema-tema yang teridentifikasi dalam penelitian ini sebanyak 8 tema yang menjawab tujuan khusus terkait dengan pengalaman lanjut usia mendapatkan dukungan keluarga. Alasan lansia tinggal di panti digambarkan dengan tema keinginan personal dan kelemahan struktur kekuatan keluarga. Keinginan personal tergambarkan dalam sub tema keinginan untuk mandiri, keikhlasan menerima kondisi hidup, dan ketersediaan jaminan sosial atau kehidupan untuk lansia dari pemerintah. Kelemahan struktur keluarga tergambarkan dalam sub tema konflik dalam keluarga. Masalah yang dialami lansia selama di panti digambarkan dengan tema masalah fisik dan masalah psikososial. Masalah fisik tergambarkan dalam sub tema masalah sistem muskuloskeletal, masalah sistem kardiorespiratorik, masalah sistem sensoris, dan masalah pola tidur. kehidupannya termasuk keinginan untuk mandiri. Hal ini sesuai dengan penelitian kualitatif Subekti (2007) bahwa tinggal di panti merupakan nilai-nilai yang dimiliki oleh partisipan dan merupakan salah satu tujuan tinggal di panti wredha diantaranya karena tidak mau merepotkan anak dan membebani anak. Keinginan lansia untuk mandiri ditunjang oleh penelitian Suriadi (1999) dimana lansia yang sudah tidak bekerja lagi tetap berusaha untuk mandiri. Dari 61 responden, terdapat 17 lansia (27,9 %) yang masih menjadi tanggungan keluarga, 44 lansia (72,1 %) yang sudah tidak menjadi tanggungan keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun tidak memiliki pekerjaan utama, namun lansia tetap memiliki keinginan untuk mandiri dan tidak membebani keluarga.

Salah satu alasan lansia tinggal di panti wredha dalam penelitian ini adalah keluarga. Lansia lebih memilih tinggal di panti wredha karena adanya konflik dengan saudara, anak, atau cucu. Bessi (2007, dalam Mantra, 2010) menyatakan bahwa alasan lansia yang menjadi warga panti wredha Wana Seraya Bali karena kemiskinan, tidak memiliki keluarga, atau diterlantarkan oleh keluarga. Lansia dalam penelitian ini memiliki latar belakang yang sama karena awalnya memiliki konflik dengan keluarga yang menyebabkan perpisahan dengan keluarga inti. Konflik yang terjadi berupa perselingkuhan atau perceraian yang menyebabkan lansia hidup sendiri atau bahkan terlantar. Lansia perempuan yang tidak dapat mencari penghasilan tetap mengalami kemiskinan dan memilih tinggal di panti. Dalam penelitian ini teridentifikasi bahwa konflik yang terjadi terdiri atas perpisahan dengan keluarga inti dan lansia yang merasa diabaikan.

Depsos RI (2008) pergeseran nilai di tengah modernisasi dan kuatnya tuntutan secara materiil terasa semakin kuat, sehingga nilai-nilai kebersamaan, seseorang untuk saling berhubungan dengan orang lain dan untuk memelihara atau membentuk hubungan yang baru. Lansia menjadi enggan keluar ruangan karena kurang dapat mengenali ruangan atau respon selama percakapan kurang sesuai. *National Institute of Health* (1990, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) sebagian besar lansia beresiko tinggi mengalami gangguan tidur akibat berbagai faktor. Gangguan tidur dialami 50 % orang yang berusia 65 tahun

atau lebih yang tinggal di rumah dan 66 % orang yang tinggal di fasilitas perawatan jangka panjang termasuk panti. Masalah tidur yang dialami mempengaruhi kualitas hidup lansia.

Havighurst (1952, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) lansia masih memiliki pengalaman dan situasi baru di depan mereka untuk dihadapi. Selama tahap terakhir menjadi lansia, kemungkinan menghadapi situasi baru sangat mungkin terjadi yang dapat mempengaruhi kepada aspek psikologi. Penelitian kuantitatif yang dilakukan oleh Nurdin (2008) tentang hubungan perubahan psikososial lansia dan perpisahan keluarga dengan tingkat kecemasan lansia di Panti Wredha Pucang Gading Semarang menunjukkan bahwa dari 63 responden, sebanyak 26 responden (41,3 %) lansia yang mengalami kecemasan sedang dan sebanyak 17 responden (27 %) yang mengalami kecemasan berat.

Perasaan kehilangan dan ketidakberdayaan biasanya dialami lansia secara bersamaan. Masalah ini banyak dialami lansia terutama di panti. Stanley, Blair, dan Beare (2005) kehilangan dapat dialami secara akut oleh lansia. Lansia di panti menghadapi banyak stresor dan merupakan salah satu resiko terkena depresi. Blazer (1989, dalam Stanley, Blair, & Beare) angka depresi meningkat secara drastis di antara lansia yang berada di institusi dengan sekitar 50.

Dukungan Keluarga Yang Diterima Lansia Selama di Panti

Keberadaan lansia dalam keluarga dapat mempengaruhi fungsi keluarga yang selanjutnya turut menentukan kemampuan keluarga untuk mendukung pencapaian kualitas hidup lansia semaksimal mungkin. Pergeseran pola masyarakat dari masyarakat agraris ke masyarakat industri atau menjadi masyarakat yang semakin maju turut mempengaruhi nilai dan norma keluarga, khususnya keluarga dengan lansia. Semakin banyaknya suami istri yang bekerja di luar rumah menjadi salah satu alasan perubahan nilai keluarga dalam memberikan dukungan terhadap lansia (Kersten & Kersten, 1988 dalam Hamid & Dibah, 1997).

Stanley, Blair dan Beare (2005) sumber pendukung pertama biasanya merupakan anggota keluarga seperti pasangan, anak-anak, saudara kandung atau cucu. Namun struktur keluarga akan berubah jika ada anggota keluarga yang meninggal atau pindah ke daerah lain. Oleh karena itu, kelompok pendukung yang lain sangat penting seperti tetangga, teman dekat, kolega sebelumnya dari tempat kerja atau organisasi lansia. Gallo, Reichel, dan Andersen (1998) sumber pendukung bagi lansia terdiri dari tiga komponen yaitu sumber dukungan informal, sumber dukungan formal, dan sumber dukungan semiformal.

Setiti (2007) menjelaskan bahwa secara umum pelayanan atau dukungan kepada lansia dilakukan oleh kerabat yang paling dekat. Lansia dirawat oleh kerabat atas hubungan perkawinan atau adopsi. Pelayanan kepada lansia dilakukan oleh anak, kemenakan, saudara sepupu atau tetangga/kerabat jauh. Hasil penelitian oleh Suriadi (1999) dari 131 lansia, sebesar 84 lansia (64,1 %) yang menyatakan sering mendapatkan bantuan dari anaknya yang diperhatikan juga oleh anggota keluarga tersebut. Hasil penelitian kualitatif Ribeiro dan Paul (2008) tentang aspek positif perawatan bagi lansia laki-laki yaitu kepuasan dan merasa diperhatikan. Lansia mendapatkan perasaan positif selama mendapatkan perawatan dan hubungan yang sangat kuat dengan pemberi perawatan terutama dalam garis perkawinan.

Koren dan Lowenstein (2008) dalam penelitiannya menemukan makna kehidupan pada status perkawinan lansia yaitu memperhatikan kesehatan, pendidikan, kualitas dukungan sosial, dan aktivitas. Makna kehidupan bagi lansia di panti yaitu membutuhkan dukungan

sosial sebagai sesuatu yang dapat membuat senang dirinya dengan memenuhi kebutuhan hidupnya. Partisipan di panti memaknai bahwa pemenuhan kebutuhan hidup tidak harus dengan pemberian materi. Masih banyak dukungan yang dapat membuat partisipan menjadi senang selain materi seperti perhatian, nasehat, empati, dan simpati.

Harapan Lansia Terhadap Dukungan Keluarga

Mempertahankan hubungan dengan interaksi teratur diharapkan oleh lansia di panti. Interaksi secara teratur dapat berupa kunjungan oleh keluarga ke panti, rasa kedekatan, perasaan rindu. Weisman (1979, dalam Stanley, Blair, & Beare, 2005) harapan, rasa percaya, dan kualitas hidup merupakan unsur koping produktif yang saling terkait. Harapan adalah sikap yang tidak dapat diraba yang dirancang untuk membantu seseorang melewati rintangan.

Penelitian yang dilakukan oleh Hamid dan Dibah (1997) tentang Perbedaan Persepsi Harapan Antara Keluarga dan Lansia tentang Pemenuhan Kebutuhan Lansia Selama Tinggal Bersama menunjukkan Peneliti yang datang secara tiba-tiba menemui calon partisipan dapat menyetujui menjadi partisipan karena keterpaksaan. Hal ini dapat berdampak kepada keluasan informasi yang diperoleh pada saat wawancara mendalam. Penggunaan ruang tamu sebagai pilihan tempat wawancara digunakan juga oleh orang lain untuk kegiatan-kegiatan akademik mahasiswa praktik. Kondisi ini mempengaruhi kelancaran pada saat wawancara. Partisipan menjadi tidak fokus sehingga beberapa kali peneliti mencoba mengingatkan atau mengklarifikasi pertanyaan yang diberikan. Peneliti kurang mendapatkan jurnal terutama penelitian kualitatif mengenai dukungan keluarga terhadap lansia di panti wredha. Hal ini membuat peneliti sulit menelaah fenomena hasil penelitian yang diperoleh dengan penelitian kualitatif lainnya.

Implikasi Penelitian

Bagi pelayanan keperawatan komunitas, pihak panti perlu untuk mengembangkan program penerimaan lansia dengan mengkaji alasan lansia tinggal di panti penting untuk mengidentifikasi masalah apa yang dapat terjadi selama lansia berada di panti. Perawat di panti juga perlu melakukan pencegahan primer, sekunder, dan tersier terhadap masalah yang dihadapi lansia. Perawat perlu membentuk kerja sama lintas sektoral sehingga lansia memiliki banyak jaringan sosial. Perawat dapat merencanakan sosialisasi lansia melalui media. Pihak panti dapat memberikan informasi kepada keluarga tentang harapan lansia terhadap keluarga. Hal ini akan mempermudah dalam membuat program pengembangan dukungan keluarga di panti wredha.

Bagi perkembangan ilmu keperawatan, perawat di panti perlu mengembangkan pengkajian khusus *at risk* lansia di panti. Bagi pengambil kebijakan, perlu banyak

DAFTAR PUSTAKA

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. USA : Sage Publications, Inc.

Dep.Kes. RI. (2006). *Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Jakarta : Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Depkes.

Departemen Komunikasi dan Informatika (Depkominfo). (2007). *Program Day Care Lansia di PSTW Yogyakarta*. [www.bipnewsroom.info/? link=loadnews.php&newsid](http://www.bipnewsroom.info/?link=loadnews.php&newsid). Diakses pada tanggal 4 April 2010 pukul 19.55 WIB

Depsos RI. (2008). <http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=print&sid=704>. Diakses pada tanggal 21 Juni 2010 pukul 11.00 WIB

Depsos RI. (2009). *Day Care Services PSTW Budhi Dharma Bekasi*. www.yanrehsos.depsos.go.id/modules.php?name=Diakses pada tanggal 23 Februari 2010 pukul 21.00 WIB.

Gallo, J.J., Reichel, W., Andersen, L.M. (1998). *Buku Saku Gerontologi*. Jakarta : EGC.
Hamid, A.Y., Dibah, R. (1997). *Perbedaan Persepsi Harapan Antara Keluarga dan Lansia tentang Pemenuhan Kebutuhan Lansia Selama Tinggal Bersama*. Jurnal Keperawatan Indonesia Volume 1 No.2, Juli.

Isbagio (2006). *Osteoarthritis dan Osteoporosis Sebagai Masalah Muskuloskeletal Utama Warga Usia Lanjut di Abad .* http://www.majalah-farmacia.com/rubrik/one_news.asp?IDNews=28. Diakses pada tanggal 13 Juni 2010 pukul 10.00 WIB

Koren, C., Lowenstein, A. (2008). *Late Life Widowhood and Meaning in Life*. <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=2028642941&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1278762383&clientId=45625>. Diakses pada tanggal 8 Juli 2010 pukul 15.05 WIB

Mantra (2010). *Panti Jompo, Tempat Membuang Mereka Yang Rentan*. <http://www.balebongong.net/kabar-anyar/2010/02/07/panti-jompo-tempat-membuang-mereka-yang-renta.html>. Diakses pada tanggal 20 Juni 2010 pukul 10.00 WIB

Mundiharno. (2010). *Penduduk Lansia : Perlunya Perhatian Terhadap Kondisi Lokal dan Peran Keluarga*. www.akademika.or.id/arsip/AGE-DSOS.PDF. Diakses pada tanggal 5 Januari 2010 pukul 09.19 WIB

Nurdin, S. (2008). *Hubungan Perubahan Psikososial Lanjut Usia dan Perpisahan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Lansia di Panti Wredha Pucang Gading Semarang*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang.

Nursasi, A.Y., Fitriyani, P. (2002). *Koping Lanjut Usia Terhadap Penurunan Fungsi Gerak di Kelurahan Cipinang Muara Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur*. www://repository.ui.ac.id/contents/koleksi/2/09b860dc26e53e296c73631cbc0c166a007c9717.pdf. Diakses pada tanggal 21 Juni 2010 pukul 13.30 WIB

Potter, P. A. (1997). *Fundamental of Nursing : Concepts, Process, and Practice*. 4 Ed. St. Louis, Missouri : Mosby-Year Book Inc.

Probosuseno. (2007). *Mengatasi Isolation Pada Lanjut Usia*. <http://medicalzone.org/fuldfk/viewtopic.php?t=3686&sid=8fb3b45481147f18569b69466b887e37>. Diakses pada tanggal 5 Januari 2010 pukul 08.52 WIB

Ribeiro, O., Paul, C. (2008). *Older Male Carers and The Positive Aspects of Care*. <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=1&did=1601688161&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1278762383&clientId=45625>. Diakses pada tanggal 7 Juli 2010 pukul 20.00 WIB

Setiti, S. G. (2007). *Pelayanan Lanjut Usia Berbasis Kekerabatan (Studi Kasus Pada Lima Wilayah di Indonesia)*. www.ditppk.depsos.go.id/unduh/06_PELAYANAN%20LANJUT%20USIA%20BERBASIS%20KEKERABATAN.pdf. Diakses pada tanggal 20 Juni 2010 pukul 08.15 WIB

Smeltzer, S.C., Bare, B.G. (2001). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing, 8 Ed.* Philadelphia : Lippincott-Raven Publishers

Stanley, M., Blair, K.A., Beare, P.G. (2005). *Gerontological Nursing : Promoting Successful Aging With Older Adults. Third edition*. Philadelphia : F. A. Davis Company

Subekti, I. (2007). *Pengalaman Tiga Bulan Pertama Usia Lanjut Tinggal di Panti Werdha Griya Asih Lawang, Jawa Timur : Studi Fenomenologi*. Tesis. Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Suriadi, A. (1999). *Preferensi Tempat Tinggal Pada Masa Lanjut Usia (Studi Pola Pelayanan dan Perawatan Pada Masa Lanjut Usia di Kotamadya Medan)*. Tesis. Program Magister Ilmu-Ilmu Sosial Program Studi Sosiologi Kekhususan Kesejahteraan Sosial. Universitas Indonesia.

Tang, M. (2004). *Loneliss : The Perspectives of Elderly People*. <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=2&did=918948711&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1278756423&clientId=45625>. Diakses pada tanggal 8 Juli 2010 pukul 16.00 WIB

Watson, R. (2003). *Perawatan Pada Lansia*. Jakarta : EGC

Wikipedia. (2010). *Nursing Home*. www.wikipedia.org/index.php?tittle=nursing. Diakses pada tanggal 17 Maret 2010 pukul 21.00 WIB.

HEAD MASSAGE THERAPY EFFECT OF HEAD PAIN IN THE ELDERLY SOCIAL INSTITUTION YOGYAKARTA PROVINCIAL UNIT BUDHI LUHUR

Induniasih¹⁾, Wahyu Ratna¹⁾, Atiek Badi'ah¹⁾, Sutrisno¹⁾

ABSTRACT

Background: *The process of aging is an event that can not be avoided by humans. Along with the aging process there will be many changes in the human body functions, both physical and psychosocial. One thing that happens is the frequent occurrence of headache experienced by elderly (seniors). Headache experienced by the elderly is caused by blood circulation is not smooth that led to the head, so this will greatly affect the lives of the elderly. Headache is considered as a matter of course by the elderly, because it is essentially a complaint of headache with a variety of neurologic causes both intracranial and extracranial. Headache experienced by the elderly is a serious disorder because it will have an impact both physically and psychologically.*

Objective: *knowing the effect of massage therapy for headache on the Elderly in Social Institution (PSTW) Special Province of Yogyakarta (DIY) Unit Budhi Luhur.*

Methods: *an experimental Quasi study "Pre test Post test without Control Design" research subjects: all elderly who experience headaches. Sampling with consecutive sampling technique for 6 weeks. Observations conducted twice, first to determine the level of headache in the elderly before the intervention while the second observation after head massage therapy is given. Analysis of the data with the Wilcoxon test at significance level $p < 0.05$.*

Results: *The pain in the elderly before the head massage therapy mild pain 7 people (21.21%) moderate pain by 24 people (72.72%), severe pain as much as 2 (6.07%). After the head massage therapy becomes painless 7 people (21.21%), mild pain as many as 22 people (66.66%), mild pain by 4 people (12.12%). The result with Wil-Coxon test showed p value: 0.000.*

Conclusion: *elderly pain prior to massage therapy in the category moderate pain, after the massage therapy in the category of mild pain. Wil-Coxon test results showed meaningful of massage therapy headaches against the elderly.*

Keywords: *headache, elderly, head massage*

¹⁾Department of Nursing, Health Ministry of Health Polytechnic Yogyakarta

PENDAHULUAN

Proses menua merupakan suatu kejadian yang tidak dapat dihindari oleh manusia. Seiring dengan proses menua tersebut maka akan banyak terjadi perubahan fungsi tubuh manusia baik secara fisik, maupun psikososial. Salah satunya yang terjadi adalah sering terjadinya nyeri kepala para lansia. Nyeri kepala yang dialami oleh lansia disebabkan oleh ketegangan otot pada leher dan peredaran darah yang yang menuju ke kepala tidak lancar. Masalah seperti inilah yang nantinya akan mengganggu dan menjadi sumber masalah pada lansia, keluarga, dan masyarakat karena usia lanjut dengan masalah nyeri kepala akan mengganggu aktivitas dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari¹⁾.

Nyeri kepala ini dianggap sebagai hal yang biasa oleh lansia, karena pada hakekatnya nyeri kepala merupakan keluhan neurologik dengan berbagai macam penyebabnya baik yang bersifat intrakranial maupun ekstrakranial. Jika nyeri kepala

ini dibiarkan saja dan berlangsung cukup lama maka akan bisa berdampak pada otak, sehingga akan memicu berbagai macam gangguan pada lansia, diantaranya gangguan tidur, gangguan keseimbangan tubuh dan terutama muncul gangguan neurologik pada lansia. Apabila hal ini berlangsung lama tanpa pengobatan akan menyebabkan kerusakan organ otak lansia tersebut dan hal ini akan mempersulit proses penyembuhan pada nyeri kepala tersebut²⁾.

Pada umumnya masyarakat/keluarga menganggap remeh adanya nyeri kepala yang dialami lansia dikarenakan kurang mengetahui dampak selanjutnya jika nyeri kepala ini dibiarkan saja. Oleh karena itu, masyarakat/keluarga dan lansia perlu diberikan suatu pendidikan kesehatan tentang nyeri kepala yang lengkap dengan bahasa yang mudah dipahami. Pemberian pola asuhan pada lansia dengan masalah nyeri kepala ini dapat diberikan di rumah oleh keluarga atau di panti oleh pramurukti, perawat maupun pekerja sosial pemberi asuhan. Pemberian terapi tergantung dari tingkat nyeri yang diderita oleh lansia. Hal yang harus diperhatikan dalam memberikan terapi pada lansia adalah menjaga hubungan saling percaya antara lansia dengan perawat serta perlunya dukungan lingkungan yang terapeutik (nyaman, sejuk, tenang dan aman) dan waktu yang tepat.

Faktor yang menyebabkan keberhasilan pengobatan nyeri kepala pada lansia adalah kemampuan dan keyakinan pemberi asuhan serta kemauan dan keyakinan lansia untuk sembuh. Kesiapan pengobatan nyeri kepala meliputi kesiapan mental dan motivasi baik oleh pemberi asuhan maupun lansia itu sendiri. Masalah nyeri kepala pada lansia dapat diobati dengan jalan pemberian terapi farmakologik dan non farmakologik. Terapi non farmakologik memang dianjurkan untuk diberikan kepada lansia untuk meminimalisir dampak dari terapi tersebut, dikarenakan pada lansia telah terjadi penurunan fungsi organ vital tubuh¹⁾.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan pada bulan Juli 2011 didapatkan data bahwa jumlah lansia di PSTW Propinsi DIY Unit Budhi Luhur sebanyak 88 orang yang terdiri dari laki-laki sebanyak 56 dan wanita sebanyak 32 orang. Hasil wawancara dengan petugas panti didapatkan data bahwa terdapat 35 lansia mengalami nyeri kepala dengan intensitas nyeri yang berbeda-beda dan penyebab dari nyeri kepala yang dialami oleh lansia berbeda-beda. Untuk mengobati nyeri kepala pada lansia tersebut perlu dilakukan terapi yang tidak mempunyai dampak negatif terhadap kesehatan lansia. Terapi yang perlu diaktifkan yaitu terapi non farmakologik yang salah satunya terapi pijat kepala, karena terapi ini tidak berdampak negatif pada lansia termasuk organ-organ tubuh lansia. Terapi pijat kepala yang diberikan kepada lansia mempunyai manfaat untuk melancarkan peredaran darah sehingga gangguan nyeri kepala akan berkurang dan aliran darah ke otak menjadi lancar³⁾.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian *Quasi eksperiment pre test-post test without control design*. Sampel dalam penelitian ini adalah total populasi yaitu lansia di PSTW Propinsi DIY Unit Budhi Luhur yang mengalami nyeri kepala sebanyak 30 orang dengan kriteria inklusi:

1. Lansia tinggal di PSTW Propinsi DIY Unit Budhi Luhur, selama bulan Agustus s.d September 2012.
2. Lansia tidak sedang mengalami migrain, vertigo
3. Lansia tidak sedang minum obat analgetik
4. Lansia tidak sedang sakit gigi
5. Lansia tidak sedang sakit dan harus tirah baring
6. Nyeri kepala 1-9
7. Lansia tidak mengalami hipertermi, hipertensi (tekanan darah di atas 170/90 mm Hg), neoplasma, sakit kulit kepala, fraktur tulang rahang, inflamasi dan penyalahgunaan alkohol.

Untuk mengetahui pengaruh terapi pijat kepala terhadap nyeri kepala lansia di PSTW Propinsi DIY Unit Budhi Luhur menggunakan *uji Wilcoxon* dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1 Karakteristik Responden Menurut Umur dan Jenis Kelamin pada Lansia di PSTW Propinsi DIY Budhi Luhur Tahun 2012

No.	Karakteristik	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1. Umur (Tahun)			
	60 – 64	4	12,12
	≥ 65	29	87,88
	Total	33	100 %
2. Jenis Kelamin			
	Laki-laki	7	21,21
	Perempuan	26	78,78
	Total	33	100 %

Sumber data : primer

Tabel 2 Tingkat Nyeri kepala Sebelum dilakukan terapi Pijat Kepala pada Lansia di PSTW Propinsi DIY Unit Budhi Luhur Tahun 2012

No.	Tingkat Nyeri	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1	Nyeri Ringan	7	21,21
2	Nyeri sedang	24	72,72
3	Nyeri Berat	2	6,07
	Total	33	100

Tabel 3 Tingkat Nyeri Kepala Sesudah Dilakukan terapi Pijat Kepala pada Lansia di PSTW Propinsi DIY Unit Budhi Luhur Tahun 2012

No.	Tingkat Nyeri	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1	Tidak Nyeri	7	21,21
2	Nyeri ringan	22	66,67
3	Nyeri sedang	4	12,12
Total		33	100

Tabel 4 Pengaruh Terapi Pijat Kepala Terhadap nyeri Kepala pada Lansia di PSTW Propinsi DIY Unit Budhi Luhur Tahun 2012

	Mean	SD	df	P (<i>Significans</i>)
Pre	2.727	0.761	32	0,000
Post				

Hasil penelitian pengaruh terapi pijat kepala terhadap nyeri kepala pada lansia di PSTW Propinsi DIY Unit Budhi Luhur Tahun 2012 didapatkan harga p (*significans*) sebesar 0,000. Berdasarkan nilai p tersebut dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh terapi pijat kepala terhadap nyeri kepala pada lansia di PSTW Propinsi DIY Unit Budhi Luhur Tahun 2012 dengan tingkat kesalahan 5% yang ditunjukkan dengan nilai $p < 0,05$.

PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui seberapa besar pengaruh terapi pijat kepala terhadap nyeri kepala pada lansia di PSTW Budhi Luhur Propinsi DIY.

1. Nyeri kepala pada lansia di PSTW Budhi Luhur sebelum dilakukan terapi pijat kepala

Pada Tabel 2 dapat dilihat nyeri kepala pada lansia sebelum dilakukan terapi pijat kepala mayoritas nyeri sedang sebanyak 24 lansia (72,72 %). Nyeri kepala yang terjadi pada lansia dapat terjadi karena perubahan atau penurunan fungsi organ-organ tubuh lansia dan aktivitas pekerjaan lansia serta kondisi psikologis dari lansia saat itu. Kondisi psikologis pada lansia akan mempengaruhi hasil dari terapi pijat kepala tersebut. Nyeri kepala ini terjadi akibat adanya suplai darah dan nutrisi ke otak mengalami penurunan, hal ini terjadi dikarenakan pembuluh darah pada lansia mengalami pengerasan dan penurunan elastisitas. Hal ini sesuai dengan Atun ⁴⁾, jika nutrisi dan aliran darah ke otak mengalami penurunan maka lansia akan sering mengalami pusing atau nyeri kepala.

2. Nyeri kepala pada lansia di PSTW Budhi Luhur sesudah dilakukan terapi pijat kepala

Pada Tabel 4.3 dapat dilihat nyeri kepala pada lansia setelah dilakukan terapi pijat kepala mayoritas nyeri ringan sebanyak 22 lansia (66,67 %). Gerakan meremas otot akan membuat lansia menjadi relaksasi dan memberi kesempatan sirkulasi darah ke otak lebih lancar. Gerakan masase akan membuat otot menjadi relaksasi sehingga aliran darah ke otot tersebut menjadi lebih lancar dan segar.

Gerakan mencubit atau memijit akan merangsang simpul-simpul syaraf menjadi lancar dalam proses menstramisikan perasaan nyeri sehingga nyeri kepala menjadi berkurang atau menurun. Gerakan memberi tekanan dengan memutar akan membuat jaringan otot menjadi relaksasi dan dilatasi sehingga terjadi pelepasan histamin nyeri kepala berkurang. Gerakan miring kiri, miring kanan, menunduk dan tengadah kemudian napas panjang akan meningkatkan sirkulasi oksigenasi jaringan ke otak sehingga dapat menurunkan ambang nyeri kepala ⁵⁾.

3. Pengaruh terapi pijat kepala terhadap nyeri kepala pada lansia di PSTW Propinsi DIY Unit Budhi Luhur.

Terapi pijat kepala dalam penelitian ini bertujuan untuk menurunkan tingkat nyeri kepala pada lansia yang ada di PSTW Propinsi DIY unit Budhi Luhur. Terapi pijat kepala adalah terapi rangsang saraf dan terapi ini cukup mudah untuk diikuti dan dimengerti oleh lansia dan anggota keluarga lansia.

Hasil analisis data dengan Wilcoxon menunjukkan nilai $p:0,000 < 0,05$ yang berarti ada pengaruh terapi pijat kepala terhadap nyeri kepala pada lansia di PSTW Propinsi DIY unit Budhi Luhur. Pengaruh yang signifikan ini bisa terjadi karena aliran oksigen dan nutrisi dalam darah mengalir lancar menuju otak. Adanya aliran darah ke otak yang membawa banyak nutrisi, dapat membantu menurunkan nyeri kepala dan membantu lansia dalam beraktivitas.

Terapi pijat kepala merupakan salah satu terapi non farmakologik yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri kepala dengan jalan merangsang saraf-saraf dan pembuluh darah yang ada di kepala dan yang menuju ke kepala, sehingga peredaran darah yang membawa oksigen menuju ke otak menjadi lancar. Efek terapi pijat kepala disamping menurunkan nyeri kepala dapat juga memberika efek rileks dan nyaman ke tubuh bila dilakukan dengan benar. Efek ini dapat timbul karena pusat saraf mengalami rileksasi sehingga akan merangsang organ-organ tubuh yang lain (Iskandar, 2010).

Seperti yang disampaikan oleh Handoko⁶⁾, bahwa terapi pijat kepala ini disamping menyembuhkan sakit kepala, juga mampu menyeimbangkan emosional jika dilakukan dengan benar. Pengobatan non farmokologik memang sangat dianjurkan bagi lansia, hal ini ditujukan untuk mengurangi komplikasi dari suatu penyakit atau terapi yang diberikan.

Faktor lain yang perlu diperhatikan adalah *life style*. *Life style* dimaksudkan dalam hal ini adalah faktor nutrisi atau makanan, karena makanan atau nutrisi akan sangat membantu dalam menjaga kondisi tubuh seseorang. Faktor pola istirahat dan aktivitas, hal ini sangat penting diatur karena lansia telah mengalami kemunduran kemampuan aktifitas, sehingga perlu dikontrol agar terjadi keseimbangan antara istirahat dan aktifitas sehingga kondisi lansia dapat terjaga dengan baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Rahayu, dkk⁷⁾ dengan judul "Pengaruh guide imagery relaxation terhadap nyeri kepala pada pasien cedera kepala ringan". Penelitian ini menemukan penggunaan *guided imagery relaxation* dapat mengurangi tingkat nyeri pada pasien dengan cedera kepala ringan, hal ini dapat dijadikan intervensi keperawatan untuk membantu pasien cedera kepala dalam mengontrol tingkat nyerinya. Walaupun *guided imagery relaxation* dapat menurunkan tingkat nyeri tetapi pasien belum terbebas dari rasa nyeri tersebut oleh karena itu tindakan *guided imagery relaxation* baru efektif jika dipraktekan secara terus menerus, selain itu praktek *guided imagery*

memerlukan ruangan khusus yang tenang dan modifikasi dari pelaksanaannya sehingga tingkat relaksasi yang diharapkan dapat tercapai. Selain penelitian-penelitian disebut terdahulu, penelitian pijat kepala ini selaras dengan hasil penelitian Walach, dkk⁸⁾, yang mengatakan bahwa pijat memberi efek terhadap sindrom nyeri kronis.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Tingkat nyeri kepala pada lansia sebelum dilakukan terapi pijat kepala mayoritas kategori tingkat nyeri sedang.
2. Tingkat nyeri kepala pada lansia setelah dilakukan terapi pijat kepala mayoritas kategori tingkat nyeri ringan.
3. Ada pengaruh terapi pijat kepala terhadap nyeri kepala pada lansia di PSTW Propinsi DIY unit Budhi Luhur

SARAN

Saran yang dapat diberikan oleh peneliti adalah :

1. Bagi Pimpinan PSTW

Pimpinan panti membuat kebijakan bagi pramurukti, perawat dan pengasuh/pekerja sosial untuk menggunakan terapi pijat kepala sebagai pengobatan alternatif bagi lansia yang mengalami nyeri kepala sebelum menggunakan terapi farmakologi.

2. Pramurukti, perawat dan pengasuh/pekerja sosial

Menggunakan terapi pijat kepala sebagai salah satu cara untuk mengurangi nyeri kepala pada lansia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Stanley, M., Beare, P.G., (2007), *Keperawatan Gerontik*, EGC, Jakarta.
2. Smeltzer, S.C., Bare, B.G, (2002), *Keperawatan Medikal-Bedah*, RGC, Jakarta.
3. Iskandar, I. (2010). *Dahsyatnya Pijat untuk Kesehatan*. Agromedia Pustaka. Jakarta Selatan
4. Atun, M. (2010). *Lansia Sehat dan Bugar*. GEC, Jakarta.
5. Pujiastuti, S.S, Utomo, B., (2003), *Fisioterapi pada Lansia*, EGC, Jakarta.
6. Handoko, P.(2008). *Pengobatan Alternatif*. Pt Elex Media Komputindo. Jakarta
7. Rahayu, U., Nursiswati, Sriati, A. (2010), *Pengaruh guide imagery relaxation terhadap nyeri kepala pada pasien cedera kepala ringan*”, UNPAD Bandung
8. Walach H, G uthlin C, K onig M.,(2003). . *Effiicacy of Massage Therapy in Chronic Pain*. Journal of Alternative and Complementary Mewdicine Vol.9, Number 6, 2003, pp.837-846.

**PERAWATAN RESTORATIF BERBASIS KELOMPOK SEBAGAI MODEL
INTERVENSI KEPERAWATAN UNTUK MENINGKATKAN KAPASITAS
FUNGSIONAL LANSIA**

*(Group-Based Restorative Care As A Nursing Intervention Model For Improving The
Functional Capacity Of The Elderly)*

Bondan Palestin¹, Maryana¹, Sugeng¹, Budhy Ermawan¹

¹ Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, bondanp@gmail.com

INTISARI

Perawatan restoratif merupakan bentuk intervensi keperawatan yang berfokus pada upaya membantu lansia dalam proses pemulihan dan atau pemeliharaan kapasitas fungsional fisiknya serta memberikan bantuan kepada lansia untuk mengkompensasikan kemunduran fungsional fisiknya sehingga mampu mencapai derajat fungsional yang optimal dan mampu memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri. Model Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok (PRBK) dikembangkan untuk tatanan komunitas. Intervensi tersebut diharapkan dapat meningkatkan kapasitas fungsional fisik kelompok lansia sehingga memiliki kemandirian dan produktifitas hidup yang lebih optimal. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan faktor kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi, umur, depresi dan demensia.

Desain penelitian menggunakan quasi-eksperimen dengan pendekatan pengukuran sebelum dan sesudah pada dua kelompok intervensi yang berbeda (the nonequivalent group design with pretest and posttest). Sampel penelitian adalah 55 lansia di PSTW Budhi Luhur dan Panti Wredha Hanna Yogyakarta. Data dianalisis dengan uji t, uji product moment dan uji ANCOVA dengan kemaknaan (α) 0,05.

Penelitian menyimpulkan, bahwa: (1) Perilaku lansia sebelum tidak berbeda dengan sesudah mengikuti perawatan restoratif individu; (2) Perilaku lansia sebelum berbeda dengan sesudah mengikuti perawatan restoratif berkelompok; (3) Perilaku lansia setelah mengikuti perawatan restoratif individu berbeda secara signifikan dengan perawatan restoratif berkelompok; (5) Dukungan kelompok berhubungan dengan status depresi lansia; (6) Dukungan kelompok tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan skor kapasitas fungsional lansia; (7) Kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif individu tidak berbeda secara signifikan; (8) Kapasitas fungsional sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif berkelompok berbeda secara signifikan; (9) Variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi, status depresi dan status demensia merupakan sumber pengganggu (faktor kovarian) dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok sedangkan variabel umur bukan sebagai sumber pengganggu.

Keywords: Kapasitas fungsional lansia, Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok.

PENDAHULUAN

Populasi lansia di Indonesia pada satu dekade terakhir ini mengalami peningkatan yang cukup berarti dimana hal tersebut disebabkan karena meningkatnya umur harapan hidup (UHH) orang Indonesia. Menurut data Biro Pusat Statistik (BPS), jumlah lansia di Indonesia pada tahun 2002 berjumlah 16 juta dan diproyeksikan akan bertambah menjadi 25,5 juta pada tahun 2020 atau sebesar 11,37 % penduduk dan ini merupakan peringkat ke empat dunia, dibawah Cina, India dan Amerika Serikat.¹

Peningkatan proporsi populasi lansia tersebut perlu diwaspadai, karena prevalensi penurunan kapasitas fungsional fisik atau disabilitas fisik pada lansia akan meningkat. Fenomena tersebut dapat muncul dan menjadi masalah kesehatan yang serius apabila aksesibilitas dan utilitas skrining kesehatan lansia di Indonesia masih tetap rendah. Beberapa temuan memperlihatkan bahwa angka utilitas skrining kesehatan lansia yang tinggi berkorelasi dengan adanya kecenderungan peningkatan prevalensi kapasitas fungsional pada populasi lansia di Amerika Serikat dan Inggris^{1,2,3,4,5,6}.

Penelitian di Thailand memperlihatkan bahwa prevalensi ketidakmampuan pada lansia sebesar 19% (95% *Confidence Interval* [CI] 17,8 – 20,2) dan ketergantungan terhadap pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) atau *activities of daily living* (ADL) sebesar 6,9% (95%CI 6,1 – 7,7). Angka ketidakmampuan (*disabilities rate*) meningkat sesuai dengan perkembangan usia. Kapasitas fungsional wanita lebih rendah bila dibandingkan pria atau prevalensi kebutuhan untuk mendapatkan bantuan AKS pada wanita selama 21,3 tahun dan pria selama 18,6 tahun.¹ Meskipun informasi mengenai angka penurunan kapasitas fungsional lansia secara komunal di Indonesia belum memadai, namun dilaporkan 77,4% lansia di sebuah Panti Wredha sebelum diintervensi masih dibantu sebagian dalam memenuhi AKS-nya.¹

Penurunan kapasitas fungsional pada lansia merupakan akibat dari bertambahnya umur seseorang dan proses kemunduran yang diikuti dengan munculnya gangguan fisiologis, penurunan fungsi, gangguan kognitif, gangguan afektif, dan gangguan psikososial. Kondisi tersebut dapat mengganggu lansia dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya.^{1,2} Lansia yang mengalami depresi akan mengakibatkan kesulitan dalam memenuhi AKS-nya, sedangkan lansia yang mengalami demensia dilaporkan juga memiliki defisit AKS dan aktivitas instrument kehidupan sehari-hari (AIKS).^{1,2} Sebaliknya, keterbatasan lansia dalam memenuhi aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) dapat menjadi salah satu faktor penyebab munculnya depresi.¹

Para ahli telah sepakat menggunakan parameter AKS untuk mengukur kapasitas fungsional seseorang dengan mengklasifikasikannya berdasarkan kepemilikan ketergantungan dalam beraktivitas sehari-hari, misalnya : mandi, memakai baju, berjalan, kebersihan diri, mobilisasi.^{1,2,3,4,5,6,7} Kapasitas fungsional merupakan kondisi kesehatan fisik yang sangat penting bagi kualitas hidup dan kesejahteraan lansia. Adanya penurunan kapasitas fungsional dipengaruhi oleh berjalannya proses penuaan, multi penyakit, dan gangguan psikososial.¹ Kondisi di atas juga dapat terjadi secara berangsur-angsur sebagai akibat dari anggota ektrimitas tidak difungsikan atau tidak dilatih secara optimal.

Karakteristik masyarakat Indonesia yang masih memegang teguh nilai agama dan norma budaya, menganggap upaya pemeliharaan lansia sebagai wujud balas budi dari masing-masing anggota keluarganya.^{2,3} Namun seringkali masyarakat Indonesia terlalu memberikan bantuan sepenuhnya kepada orangtuanya sehingga menempatkan lansia hanya sebagai penerima perawatan keluarga yang pasif dan tidak diperkenankan melakukan apapun. Pola perawatan tersebut akan menjadi kontra produktif bagi pemeliharaan kapasitas

fungsiional lansia, karena kemampuan lansia untuk melakukan AKS dapat dipengaruhi oleh asuhan keperawatan yang tidak adekuat dalam perawatan jangka panjang.² Pola asuhan perawatan yang cenderung memberikan bantuan sepenuhnya kepada klien justru akan meningkatkan ketergantungan klien kepada pengasuhnya sehingga risiko terjadinya disabilitas pada lansia akan meningkat.² Sedangkan lansia yang dirawat di rumah justru terkadang memperlihatkan keenggannya untuk melakukan AKS sendiri karena khawatir kehilangan pengasuhnya. Kecenderungan sebagian lansia bersedia belajar merawat diri sendiri apabila masa tugas perawat atau pengasuhnya menjelang berakhir.²

Berbagai studi intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan AKS memperlihatkan bahwa penurunan kapasitas fungsiional lansia dapat distabilkan atau dikurangi meskipun tidak dapat pulih seperti sediakala.^{2,3,4,5,6,7} Hasil pemulihan kapasitas fungsiional lansia tergantung dari pola dan jenis intervensi perawatannya, oleh karena itu perlu diberikan jenis intervensi yang spesifik dan efektif sesuai dengan permasalahannya.²

Perawatan restoratif merupakan bentuk intervensi keperawatan yang paling efektif saat ini untuk meningkatkan otonomi dan kemandirian klien. Perawatan restoratif adalah salah satu bentuk intervensi keperawatan yang berfokus pada upaya membantu lansia dalam proses pemulihan dan atau pemeliharaan kapasitas fungsiional fisiknya serta memberikan bantuan kepada lansia untuk mengkompensasikan kemunduran fungsiional fisiknya sehingga mampu mencapai derajat fungsiional yang lebih optimal dan mampu melakukan AKS secara mandiri. Aplikasi perawatan restoratif merupakan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kapasitas fungsiional dengan jalan melatih klien melakukan AKS secara mandiri dan terstruktur.² Kelebihan perawatan restoratif adalah metode ini memiliki teknik yang sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun. Sehingga perawatan restoratif dapat dilakukan oleh asisten perawat, keluarga atau teman klien yang telah dilatih dan tetap dalam pengawasan perawat.^{3,4} Sebuah penelitian telah mengkomparasikan manfaat model perawatan restoratif yang diberikan secara individu dengan pendekatan keperawatan pada umumnya. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa perawatan restoratif memiliki kemungkinan lansia untuk tetap tinggal di rumah lebih besar, menurunkan kemungkinan dirujuk ke unit gawat darurat, lama perawatan di rumah lebih pendek. Lansia dengan perawatan restoratif juga memiliki skor rata-rata lebih tinggi dalam perawatan diri (*self-care*), pengelolaan tugas-tugas rumah tangga secara mandiri, dan mobilitas fisik.³

Meskipun perawatan restoratif dapat dilakukan di berbagai area keperawatan, namun sebagian besar penelitian mengenai efektifitas intervensi perawatan restoratif masih berfokus pada individu. Peneliti belum menemukan penelitian mengenai efektifitas perawatan restoratif pada lansia yang dikelola melalui pendekatan kelompok terapeutik. Oleh karena itu, pengembangan model perawatan restoratif dalam konteks keperawatan komunitas menjadi tantangan tersendiri. Berdasarkan uraian diatas, maka perlu dilakukan penelitian mengenai perbandingan perawatan restoratif dengan pendekatan individu dan kelompok dalam meningkatkan kapasitas fungsiional lansia. Diharapkan penelitian ini sebagai awal pengembangan model perawatan restoratif berbasis kelompok (PRBK).

Berbagai literatur menyebutkan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan kesulitan dalam upaya perbaikan status fungsiional lansia adalah status psikososial aktual pada kondisi yang lemah. Pola pendekatan keperawatan yang memandang klien sebagai manusia yang unik, utuh dan memiliki variasi biopsikososio-kultural menegaskan perlunya pemilihan intervensi keperawatan yang spesifik dan efektif. Kelompok terapeutik bermanfaat untuk memberikan dukungan kelompok yang positif terhadap masing-masing

anggotanya.³ Namun, belum ada penelitian yang mengkaji tentang manfaat ini baik melalui pendekatan individu maupun kelompok. Oleh karena itu, melalui penelitian ini akan dibandingkan antara model perawatan restoratif dengan pendekatan individu dan dengan pendekatan kelompok setelah mempertimbangkan faktor umur, tingkat depresi dan status demensia lansia.

METODE PENELITIAN

Peneliti mengembangkan kerangka teori penelitian berdasarkan integrasi konsep Model Promosi Kesehatan yang telah dimodifikasi (*Health Promotion Model*) sebagai teori antara (*middle-range theory*) ke dalam Model Sistem Neuman (*Neuman Systems Model*).^{3,4} Oleh karena itu, informasi mengenai karakteristik lansia, perubahan perilaku, efek masing-masing intervensi dan dukungan kelompok terhadap lansia digali untuk menjelaskan integrasi kedua konsep di atas. Namun, peneliti lebih menonjolkan tema utama penelitian ini yaitu perbedaan efek masing-masing intervensi perawatan restoratif secara individu dan kelompok terhadap kapasitas fungsional lansia.

Penelitian ini memiliki tipe penelitian kuantitatif dengan desain quasi-eksperimen. Pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah pada dua kelompok intervensi yang berbeda (*the nonequivalent group design with pretest and posttest*). Kelompok intervensi pertama (OA) merupakan lansia dengan perawatan restoratif dengan pendekatan kelompok terapeutik sedangkan kelompok intervensi kedua (OB) adalah lansia dengan perawatan restoratif dengan pendekatan individu.

Populasi target penelitian adalah semua lansia yang mengalami keterbatasan fungsional di wilayah Propinsi DIY. Populasi terjangkau adalah lansia yang mengalami keterbatasan fungsional di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW). Sampel dibagi menjadi 2 (dua) kelompok untuk masing-masing intervensi secara individu dan secara kelompok. Peneliti selanjutnya menggunakan besar sampel untuk masing-masing kelompok intervensi sebesar 30 subyek penelitian. Analisis menggunakan uji *analysis of covariance* (ANCOVA).

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan perhitungan sampel, peneliti menggunakan masing-masing 30 sampel untuk kelompok intervensi dan Pembanding. Namun, pada kelompok intervensi terdapat satu lansia yang *drop-out* karena meninggal, sedangkan pada kelompok Pembanding terdapat dua orang meninggal dan dua orang keluar dari panti. Sehingga, penelitian hanya menggunakan 55 subyek penelitian yang berada di dua panti wredha, yaitu : PSTW Budi Luhur (26 lansia) dan Panti Wredha Hanna (29 lansia).

Karakteristik responden

Data umur responden penelitian menunjukkan bahwa lansia memiliki umur paling rendah 60 tahun dan maksimum berusia 90 tahun. Sebagian besar (89,1%) responden berjenis kelamin perempuan. Sebagian besar (40,0%) responden tidak pernah mengenyam bangku sekolah di tingkat mana pun. Sebagian kecil dari responden yang memiliki pendidikan terakhir setingkat perguruan tinggi. Status janda memiliki proporsi terbesar (78,2%) diantara responden di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna. Untuk lebih jelasnya, karakteristik responden dapat dilihat dalam Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi responden menurut karakteristiknya di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna

No.	Karakteristik	Intervensi f (%)	Pembanding f (%)	Total
1.	Kelompok umur :			
	a. \geq 80 tahun	10 (34,5)	19 (65,5)	29 (100,0)
	b. 70 - 79 tahun	15 (75,0)	5 (25,0)	20 (100,0)
	c. 60 - 69 tahun	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100,0)
2.	Jenis kelamin :			
	a. Laki-laki	0 (0,0)	6 (100,0)	6 (100,0)
	b. Perempuan	29 (59,2)	20 (40,8)	49 (100,0)
3.	Pendidikan :			
	a. Tidak sekolah	12 (54,5)	10 (45,5)	22 (100,0)
	b. SD/SR	10 (58,8)	7 (41,2)	17 (100,0)
	c. SLTP	3 (50,0)	3 (50,0)	6 (100,0)
	d. SLTA	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (100,0)
	e. PT	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)

Tabel 2. Distribusi responden menurut status fungsional di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna

No.	Karakteristik	Intervensi f (%)	Pembanding f (%)	Total
1.	Aktivitas keseharian :			
	a. Menggunakan alat Bantu	11 (64,7)	6 (35,3)	17 (100,0)
	b. Tanpa menggunakan alat Bantu	18 (47,4)	20 (52,6)	38 (100,0)
2.	Status fungsional (Skor GARS):			
	a. Tergantung	1 (100)	0 (0)	1 (100,0)
	b. Sebagian dibantu	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (100,0)
	c. Mandiri	22 (51,2)	21 (48,8)	43 (100,0)
3.	Keterbatasan fisik yang dimiliki :			
	a. Gangguan penglihatan	6 (50,0)	6 (50,0)	12 (100,0)
	b. Gangguan pendengaran	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100,0)
	c. Gangguan mobilisasi	2 (33,3)	4 (40,0)	6 (100,0)
	d. Kesulitan berpakaian	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)
	e. Masalah Vasculerisasi	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (100,0)
	f. Berjalan terganggu	4 (36,4)	7 (63,6)	11 (100,0)
	g. Kesulitan toileting	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (100,0)
	h. Kesulitan mandi	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100,0)
	i. Kesulitan merapikan diri	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (100,0)
	j. Masalah kulit	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (100,0)
	k. Tremor	9 (81,8)	2 (18,2)	11 (100,0)

No.	Karakteristik	Intervensi f (%)	Pembanding f (%)	Total
l.	Pola tidur terganggu	3 (50,0)	3 (50,0)	6 (100,0)
m.	Gangguan b.a.k	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100,0)
n.	Gangguan b.a.b	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (100,0)
o.	Masalah gastro-intestinal	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (100,0)
p.	Hipertensi	9 (36,0)	16 (64,0)	25 (100,0)
q.	Kelemahan otot ekstrimitas bawah	8 (61,5)	5 (38,5)	13 (100,0)
r.	Kelemahan otot ekstrimitas atas	6 (37,5)	10 (62,5)	16 (100,0)

Status Depresi dan Status Demensia

Status depresi lansia diukur oleh peneliti dengan menggunakan instrumen terstruktur GDS-15 dengan rentang nilai 0 s.d. 15. Hasil pengukuran didapatkan nilai rata-rata skor yang didapatkan adalah 24,58 (SD: 4,7). Status demensia lansia diukur menggunakan instrumen MMSE dengan rentang nilai 0 - 30. Hasil pengukuran didapatkan nilai minimum 14 dan nilai maksimum 30, dari rentang tersebut diketahui rata-rata skor yang didapatkan adalah 3,67 dengan standard deviasi 2,9. Rangkuman pengukuran status depresi dan status demensia tersaji dalam Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi responden menurut status depresi dan status demensia di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna Provinsi D.I. Yogyakarta

No.	Status	Frek	%
1.	Depresi:		
	a. Depresi sedang-berat	24/55	44,3
	b. Depresi ringan	31/55	55,7
2.	Demensia:		
	a. Gangguan kognitif	6/55	11,4
	b. Kognitif utuh	49/55	88,6

Perbedaan perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu

Dengan menggunakan uji *t-paired* menunjukkan selisih rerata skor perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu sebesar 0,423 (SD 1,238). Berdasarkan analisis statistik beda mean untuk dua sampel berpasangan menunjukkan tidak adanya perbedaan perilaku lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,094$).

Tabel 4. Analisis perbedaan perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu

Perilaku lansia	Rerata	SD	SE	95%CI	Nilai p	N
Selisih	0,423	1,238	0,243	$-0,08 \leq \bar{x} \leq 0,92$	0,094	26
Sebelum	20,04	3,268	0,641			
Sesudah	19,62	3,383	0,664			

Perbedaan perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok

Dengan menggunakan uji *t-paired* menunjukkan selisih rerata skor perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara kelompok sebesar 1,138 (SD 1,663). Berdasarkan analisis statistik beda mean untuk dua sampel berpasangan menunjukkan adanya perbedaan perilaku lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara kelompok dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,001$).

Tabel 5. Analisis perbedaan perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok

Perilaku lansia	Rerata	SD	SE	95%CI	Nilai p	N
Selisih	1,138	1,663	0,309	$-1,77 \leq \bar{x} \leq -0,51$	0,001	29
Sebelum	21,45	3,355	0,623			
Sesudah	22,59	2,848	0,529			

Perbedaan perilaku lansia setelah mengikuti perawatan restoratif secara individu dengan perawatan restoratif secara berkelompok

Dengan menggunakan uji *t-pooled* menunjukkan selisih rerata skor perilaku lansia yang diberikan pada kelompok dengan individu sebesar 2,971 (95% CI $1,285 \leq \bar{x} \leq 4,656$). Berdasarkan analisis statistik beda mean untuk dua sampel tidak berpasangan menunjukkan adanya perbedaan perilaku lansia yang bermakna setelah mengikuti perawatan restoratif secara individu dengan perawatan restoratif secara berkelompok dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,001$).

Tabel 6.

Analisis perilaku lansia setelah mengikuti perawatan restoratif secara individu dengan perawatan restoratif secara berkelompok

Perilaku lansia	Rerata	SD	SE	95%CI	Nilai p	N
Selisih	2,971	--	0,840	$1,285 \leq \bar{x} \leq 4,656$	0,001	
Kelompok	22,59	2,848	0,529			29
Individu	19,62	3,383	0,664			26

Hubungan dukungan kelompok dengan status depresi lansia

Berdasarkan uji korelasi *Rank Spearman* menunjukkan variabel dukungan kelompok memiliki hubungan yang sedang ($r = -0,266$) dan berpola negatif dengan status depresi lansia di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna artinya semakin tinggi skor dukungan kelompok seseorang maka skor depresinya (skor SDG) semakin menurun.

Proporsi variabilitas depresi lansia hanya 0,0% dapat dijelaskan melalui pengaruh dukungan kelompok. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan dukungan kelompok dengan status depresi lansia dengan signifikansi dalam batas kepercayaan 5% ($p=0,050$).

Tabel 7. Analisis hubungan dukungan kelompok dengan status depresi lansia di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna

Variabel	R	r^2	p
Status depresi	-0,266	0,0%	0,050

Hubungan dukungan kelompok dengan kapasitas fungsional lansia hubungan dukungan kelompok dengan status depresi lansia

Berdasarkan uji korelasi *Pearson's Product Moment* menunjukkan dukungan kelompok tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan skor kapasitas fungsional lansia dalam batas kepercayaan 5% ($p=0,999$) di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna.

Tabel 8. Analisis hubungan dukungan kelompok dengan skor kapasitas fungsional lansia di PSTW Budi Luhur dan Panti Wredha Hanna

Variabel	R	r^2	p
Status depresi	0,000	0,07%	0,999

Perbedaan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah pemberian metode perawatan restoratif secara individu

Dengan menggunakan uji *t-paired* menunjukkan selisih rerata skor kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu sebesar 0,769 (SD 2,717). Berdasarkan analisis statistik beda mean untuk dua sampel berpasangan menunjukkan tidak adanya perbedaan kapasitas fungsional lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,161$).

Tabel 9. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu

Perilaku lansia	Rerata	SD	SE	95%CI	Nilai p	N
Selisih	0,769	2,717	0,533	$-0,33 \leq \bar{x} \leq 1,87$	0,161	26
Sebelum	25,04	5,632	1,105			
Sesudah	24,27	5,862	1,150			

Perbedaan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah pemberian metode perawatan restoratif secara berkelompok

Dengan menggunakan uji *t-paired* menunjukkan selisih rerata skor kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara kelompok sebesar 2,621 (SD 4,379). Berdasarkan analisis statistik beda mean untuk dua sampel berpasangan menunjukkan adanya perbedaan kapasitas fungsional lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,003$).

Tabel 10. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok

Perilaku lansia	Rerata	SD	SE	95% CI	Nilai p	N
Selisih	2,621	4,379	0,813	$0,96 \leq \bar{x} \leq 4,29$	0,003	29
Sebelum	23,17	6,101	1,133			
Sesudah	20,55	4,603	0,855			

Perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi

Berdasarkan uji ANCOVA menunjukkan variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi merupakan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa perawatan restoratif berbasis individu dan berkelompok memiliki efek yang berbeda terhadap perubahan kapasitas fungsional lansia dengan mengendalikan variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,000$). Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 64,9%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi.

Tabel 11. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi

Sumber pengganggu (faktor kovarian)	<i>Mean Square</i>	r^2	$r^2(\text{adjusted})$	F	Nilai p
Kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi	896,964	0,662	0,649	83,991	0,000

Perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel umur lansia

Berdasarkan uji ANCOVA menunjukkan variabel umur lansia bukan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa perawatan restoratif berbasis individu dan berkelompok memiliki efek yang berbeda terhadap perubahan kapasitas fungsional lansia dengan tanpa mengendalikan variabel umur lansia dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,930$).

Tabel 13. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel umur lansia

Sumber pengganggu (faktor kovarian)	<i>Mean Square</i>	r^2	$r^2(\text{adjusted})$	F	Nilai p
Umur lansia	0,216	0,116	0,082	0,008	0,930

Perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel depresi lansia

Berdasarkan uji ANCOVA menunjukkan variabel depresi lansia merupakan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa perawatan restoratif berbasis individu dan berkelompok memiliki efek yang berbeda terhadap perubahan kapasitas fungsional lansia dengan mengendalikan variabel depresi lansia dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,000$). Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 36,2%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel depresi lansia.

Tabel 14. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel depresi lansia

Sumber pengganggu (faktor kovarian)	<i>Mean Square</i>	r^2	$r^2(\text{adjusted})$	F	Nilai p
Depresi lansia	442,985	0,385	0,362	22,823	0,000

Perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel demensia lansia

Berdasarkan uji ANCOVA menunjukkan variabel demensia lansia merupakan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Berdasarkan analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa perawatan restoratif berbasis individu dan berkelompok memiliki efek yang berbeda terhadap perubahan kapasitas fungsional lansia dengan mengendalikan variabel demensia lansia dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,000$). Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 28,3%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel demensia lansia.

Tabel 15. Analisis perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel demensia lansia

Sumber pengganggu (faktor kovarian)	<i>Mean Square</i>	r^2	$r^2(\text{adjusted})$	F	Nilai p
Demensia lansia	318,302	0,309	0,283	14,596	0,000

PEMBAHASAN

Hasil analisis komparasi dan korelasi variable penelitian dalam beberapa kondisi menunjukkan ada yang bermakna dan ada yang tidak bermakna. Hal tersebut akan dibahas berdasarkan hasil penelitian baik secara statistik, tinjauan pustaka serta membandingkan dengan hasil penelitian terdahulu.

Perbedaan perilaku dan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu

Berdasarkan hasil analisis statistik, menunjukkan tidak adanya perbedaan perilaku lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu. Kapasitas fungsional lansia juga tidak berbeda secara bermakna pada sebelum

dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,161$). Perawatan restoratif digunakan untuk memaksimalkan kemampuan lansia (*ability*) melalui peningkatan mekanisme *self-care*, kemandirian, kualitas hidup, gambaran diri (*self-image*) dan harga diri (*self-esteem*).³ Namun perilaku yang berorientasi pada hasil perubahannya sangat lambat pada perawatan restoratif secara individu.

Intervensi yang dilakukan secara individu memiliki kekurangan pada penyediaan sistem dukungan sosial yang penting bagi lansia. Dukungan sosial yang diistilahkan sebagai “dukungan sosial yang diterima” oleh lansia mempengaruhi penilaian kognitif di saat berhubungan dengan orang atau anggota kelompok lain.⁴ Intervensi keperawatan tanpa adanya dukungan sosial dapat berdampak pada munculnya perasaan kehilangan, kecemasan dan frustrasi bagi lansia.⁵ Perasaan kehilangan akan dimanifestasikan sebagai perasaan berduka karena merasa kehilangan sesuatu yang berharga dalam hidupnya.⁶ Perasaan kehilangan tersebut tampaknya berpengaruh terhadap status kognisi lansia sehingga perubahan perilaku dalam mengikuti intervensi perawatan restoratif tidak berubah secara nyata. Berdasarkan uraian tersebut kiranya dapat dikatakan bahwa perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara individu tidak berbeda secara nyata dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,094$).

Perbedaan perilaku dan kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok

Berdasarkan analisis statistik menunjukkan adanya perbedaan perilaku lansia yang bermakna pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara kelompok. Begitu pula, kapasitas fungsional lansia bermakna secara statistik pada sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif secara berkelompok.

Hasil penelitian tersebut memperkuat pendapat Pender *et al.* (2002) bahwa proses kegiatan kelompok terapeutik yang berorientasi pada perilaku dapat memberikan nilai positif bagi lansia, yaitu (1) kegiatan kelompok memberikan penguatan (*reinforcement*) terhadap perilaku positif dan berempati seakan merasakan permasalahan yang dihadapi anggota lain; (2) melatih, memahami dan mendukung perilaku pengontrolan diri; (3) menggunakan mekanisme koping yang adaptif dalam menghadapi stres dan mendukung perubahan perilaku; dan (4) menyiapkan anggota kelompok untuk terlibat dalam perubahan lingkungan sosial. Dari uraian tersebut kiranya dapat disimpulkan bahwa perilaku lansia sebelum mengikuti perawatan restoratif secara kelompok berbeda dengan perilaku lansia setelah mengikuti perawatan restoratif secara kelompok dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,001$).

Perbedaan perilaku dan kapasitas fungsional lansia setelah mengikuti perawatan restoratif secara individu dengan perawatan restoratif secara berkelompok

Terdapat perbedaan perilaku lansia yang bermakna setelah mengikuti perawatan restoratif secara individu dengan perawatan restoratif secara berkelompok dalam taraf signifikansi 5% ($p=0,001$). Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok (PRBK) lebih baik memberikan manfaat perubahan perilaku dalam mengikuti intervensi perawatan restorative dibandingkan dengan intervensi yang diberikan secara mandiri.

Keunggulan PRBK karena dikembangkan atas dasar asumsi, bahwa: (1) interaksi dan hubungan antar anggota kelompok dapat mendorong suasana yang terapeutik; (2) Suasana yang menyenangkan dan terapeutik menjadikan klien lebih perhatian terhadap program terapi yang dijalankan; (3) anggota kelompok lain dapat membantu klien belajar

memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri; (4) manajemen kasus dan perencanaan perawatan yang terintegrasi dengan lingkungan sosial yang familier dengan lansia dapat memberikan hasil yang lebih efektif dan efisien; (5) kelompok pendukung yang kohesif dapat mempermudah proses belajar pada lansia; dan (6) upaya restorasi status mental klien dapat meningkatkan respons kapasitas fungsional lansia.^{7,8,9,10,11,12}

Hubungan dukungan kelompok dengan status depresi lansia

Dukungan kelompok berhubungan dengan status depresi lansia dalam batas kepercayaan 5% ($p=0,050$). Berdasarkan studi bahwa salah satu yang berpengaruh terhadap status depresi lansia adalah dukungan kelompok.¹³ Dukungan kelompok sebagai dukungan sosial (*social support*) merupakan salah satu konsep yang penting dalam PRBK. Batasan dukungan sosial sebagai suatu interaksi antara anggota keluarga, sahabat, kelompok sepadan, dan petugas kesehatan yang dapat memberikan tambahan berbagai informasi, menghargai, memberi bantuan dan ikatan saling percaya.¹⁴ Dukungan sosial yang diistilahkan sebagai “dukungan sosial yang diterima” oleh lansia memerlukan penilaian kognitif di saat berhubungan dengan orang atau anggota kelompok lain. Dua dimensi pokok tersebut adalah ketersediaan (*perceived availability*) dan kecukupan (*perceived adequacy*) ikatan yang mendukung. Dukungan sosial dalam tiga pengertian, yaitu : (1) frekuensi kontak dengan orang lain (*social embeddedness*), (2) menerima dukungan (*received support*) atau jumlah dukungan nyata yang diberikan oleh orang lain, dan (3) merasakan dukungan (*perceived support*) atau persepsi subyektif terhadap penerimaan dukungan dari orang lain.¹⁵

Hubungan dukungan kelompok dengan kapasitas fungsional lansia

Dukungan kelompok tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan skor kapasitas fungsional lansia dalam batas kepercayaan 5% ($p=0,999$). Dukungan kelompok yang diimplementasikan dalam kelompok terapeutik tidak secara langsung berhubungan dengan perubahan kapasitas fungsional lansia. Namun, melalui kelompok terapeutik ini diharapkan individu akan lebih mudah meningkatkan kapasitas fungsionalnya secara optimal. Kelompok terapeutik dapat memberikan dukungan sosial yang positif bagi proses perawatan restoratif, karena adanya komunikasi dan kebersamaan klien dapat membantu mengatasi stress emosional yang berkaitan dengan penurunan kapasitas fungsional fisik, meningkatkan kapasitas fungsional fisik atau penyesuaian sosial pada lansia.¹⁶

Dukungan sosial tidak saja berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan saja, namun juga berpengaruh terhadap perilaku yang sehat dan status kesehatan lansia. Dukungan dari lingkungan sekitar lansia dapat mempercepat pencapaian tujuan intervensi keperawatan, dimana anggota kelompok saling memberi dan menerima umpan balik dan dukungan positif dalam menjalani proses perawatan restoratif. Dukungan sosial juga dapat membantu lansia mencapai keberhasilan coping, kepuasan sekaligus membuat kehidupan menjadi efektif. Dukungan sosial juga dapat memberikan pengertian seseorang kepada kesehatan, sebagai sumber informasi, membentuk coping, meningkatkan kepercayaan diri, atau menyediakan akses terhadap bahan yang dibutuhkan.^{17,18} Dukungan sosial memfasilitasi perilaku sehat, menurunkan stress dalam menjalani kehidupan, menghindari efek negatif dari stress yang dialami dan menyediakan umpan balik serta menghibur tergantung dari tujuan masing-masing.

Perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan kelompok dengan mengendalikan variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi, umur, dan status depresi lansia

Variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi merupakan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 64,9%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi. Kondisi awal lansia sangat mempengaruhi perubahan kapasitas fungsional yang terjadi. Variabel umur lansia bukan salah satu sumber pengganggu dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok.

Variabel depresi lansia merupakan salah satu sumber pengganggu yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 36,2%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel depresi lansia. Variabel demensia lansia juga merupakan salah satu sumber pengganggu yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok. Proporsi variabilitas perubahan kapasitas fungsional lansia 28,3%-nya dapat dijelaskan melalui pengaruh variabel demensia lansia.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang perawatan restoratif berbasis kelompok sebagai model intervensi keperawatan untuk meningkatkan kapasitas fungsional lansia dapat disimpulkan sebagai berikut: (1) Perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif individu tidak berbeda secara signifikan; (2) Perilaku lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif berkelompok berbeda secara signifikan; (3) Perilaku lansia setelah mengikuti perawatan restoratif individu berbeda secara signifikan dengan perawatan restoratif berkelompok; (4) Dukungan kelompok berhubungan dengan status depresi lansia; (5) Dukungan kelompok tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan skor kapasitas fungsional lansia; (6) Kapasitas fungsional lansia sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif individu tidak berbeda secara signifikan; (7) Kapasitas fungsional sebelum dan sesudah mengikuti perawatan restoratif berkelompok berbeda secara signifikan; (8) Variabel kapasitas fungsional lansia sebelum intervensi merupakan salah satu sumber pengganggu (faktor kovarian) dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok; (9) Variabel umur lansia bukan salah satu sumber pengganggu dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok; (10) Variabel depresi lansia merupakan salah satu sumber pengganggu dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok; (11) Variabel demensia lansia merupakan salah satu sumber pengganggu yang perlu diwaspadai dalam uji perbedaan kapasitas fungsional lansia berdasarkan efek perawatan restoratif secara individu dan berkelompok.

Model Perawatan Restoratif Berbasis Kelompok (PRBK) merupakan salah satu bentuk praktik keperawatan berbasis komunitas (*community-based nursing*). Intervensi tersebut diharapkan dapat meningkatkan kapasitas fungsional fisik kelompok lansia sehingga memiliki kemandirian dan produktifitas hidup yang lebih optimal terutama fokus utama keperawatan, yaitu: klien, lingkungan, dan kesehatan.

RUJUKAN

1. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). *Prosiding Seminar Dan Lokakarya Pengembangan Pusat Pelayanan Lanjut Usia Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia* di Jakarta tanggal 2 Oktober 2001
2. Waidmann, T.A., & Liu, K. (2000). Disability Trends among Elderly Persons and Implications for the Future. *Journals of Gerontology*, 55B(5):S298–307.
3. Freedman, V.A., & Martin, L.G. (1998). Understanding Trends in Functional Limitations among Older Americans. *American Journal of Public Health*, 88:1457–1462.
4. Crimmins, E.M., Y. Saito, and D. Ingegneri. 1997. Trends in Disability-Free Life Expectancy in the United States, 1970–90. *Population Development Review* 23(3):555–72, 689–690.
5. Jagger, C., Spiers, N.A. & Clarke, M. (1993). Factors associated with decline in function, institutionalization and mortality in older people. *Age Ageing*, 22: 190-197.
6. Bebbington, A.C. (1991). The expectation of life without disability in England and Wales 1976-1988. *Population Trends*, 66: 26-29.
7. Manton, K.G., & Gu, X. (2001). Changes in the Prevalence of Chronic Disability in the United States Black and Nonblack Population above Age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 98:6354–6359.
8. Jitapunkul, S., Kuanusont, C., Phoolcharoen, W., Suriyawongpaisal, P., & Ebrahim, S. (2003). Disability-free life expectancy of elderly people in a population undergoing demographic and epidemiologic transition. *Age and Ageing*, 32: 401-405.
9. Palestin, B., Olfah, Y., & Winarso, M.S. (2005). Pengaruh Terapi Okupasional Terhadap Penurunan Tingkat Depresi dan Peningkatan Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari pada Lansia di PSTW. *Jurnal Teknologi Kesehatan*, 1(1): 41-54.
10. Setiabudhi, T. & Hardywinoto. (1999). *Panduan Gerontologi Tinjauan Dari Berbagai Aspek, Menjaga Keseimbangan Kualitas Hidup Para Lanjut Usia*, Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
11. Boyle, P.A., Paul, R., Moser, D., Zawacki, T., Gordon, N., & Cohen, R. (2003). Cognitive and Neurologic Predictors of Functional Impairment in Vascular Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11:103–106.
12. Lueckenotte, A.G. (2000). *Gerontologic Nursing*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
13. Hall, K.A. & Hassett, A.M. (2002). MJA Practice Essentials — Mental Health : 13. Assessing and managing old age psychiatric disorders in community practice, *Med. Jou. of Australia*. <http://www.mja.com.au>. Diunduh pada tanggal 14 November 2003.
14. Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S.J., & Strawbridge, W.J. (1997). Does growing old increase the risk for depression?. *Am J Psychiatry*, 154(10):1384-1390.

15. Liang, J., Bennet, J., Whitelaw, N. et al. (1991). The structure of self-reported physical health among the aged in the United States and Japan. *Med Care*, 29: 1161-1173.
 16. Johnson, R.J. & Wolinsky, F.D. (1993). The structure of health status among older adults: disease, disability, functional limitation, and perceived health. *J. Health Soc Behav*, 34: 105-121.
 17. Moum, T. (1997). Self-assessed health among Norwegian adults. *Soc Sci Med*, 35: 935-947.
 18. Ebly, E.M., Hogan, D.B. & Fung, T.S. (1996). Correlates of self-rated health in persons aged 85 and over: results from the Canadian study of health and ageing. *Can J Publ Health*, 87: 28-31.
 19. Hoeymans, N., Feskens, E.J., Kromhout, D. et al. (1997). Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Soc Sci Med*, 45: 1527-1536.
 20. Mulsant, B.H., Ganguli, M. & Seaberg, E.C. (1997). The relationship between self-rated health and depressive symptoms in an epidemiological sample of community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*, 45: 954-958.
 21. Kempen, G.I., Miedema, I., van den Bos, G.A. et al., Relationship of domain-specific measures of health to perceived overall health among older subjects. *J Clin Epidemiol*, 51: 11-18.
 22. Oida, Y., Kitabatake, Y., Nishijima, Y. et al. (2003). Effects of a 5-year exercise-centered
 23. health-promoting programme on mortality and ADL impairment in the elderly. *Age and Ageing*, 32(6): 585-592.
 24. Noveria, M. (2001). Studi Penjajagan Kebutuhan Program Lansia PKBI di Daerah Bali. *Prosiding Seminar Dan Lokakarya Pengembangan Pusat Pelayanan Lanjut Usia Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia* di Jakarta tanggal 2 Oktober 2001.
 25. Faturochman & Kusumasari, B. (2001). Alternatif Kebijakan terhadap Lansia. *Policy Brief Center for Population and Policy Studies*, 7: 1-4.
 26. Brubaker, B.H. (1996). Self-care in nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(7): 22-30.
 27. Stanley, M., Blair, K.A., & Beare, P.G. (2005). *Gerontological Nursing: Promoting Successful Aging with Older Adults* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
 28. Tinetti, M.E., Baker, D.I., Gottschalk, M., Garrett, P., McGeary, S., Pollack, D. & Charpentier, P. (1997). Systematic home-based physical and functional therapy for older persons after hip fracture. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 78: 1237-1247.
 29. Beck, C., Heacock, P, Rapp, C. & Mercer, S. (1993). Assisting cognitively impaired alders with activities of daily living. *Am J of Alzheimer's Care and Related Disorder and Research*, 8(6): 11-20.
-

30. Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L., Lee, I.M., Jung, D.L. & Kampert, J.B. (1993). The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med*, 328: 538–545.
 31. Bijnen, F.C.H., Caspersen, C.J., Feskens, E.J.M., Saris, W.H.M., Mosterd, W.L. & Kromhout, D. (1998). Physical activity and 10-year mortality from cardiovascular diseases and all causes, the Zutphen Elderly Study. *Arch Intern Med*, 158: 1499–1505.
 32. Wannamethee, S.G., Shaper, A.G. & Walker, M. (1998). Change in physical activity, mortality, and incidence of coronary heart disease in older men. *Lancet*, 351: 1603–1608.
 33. Bijnen, F.C.H., Feskens, E.M., Caspersen, C.J., Nagelkerke, N., Mosterd, W.L. & Kromhout, D. (1999). Baseline and previous physical activity in relation to mortality in elderly men. *Am J Epidemiol*, 150: 1289–1296.
 34. Ferrucci, L., Izmirlian, G., Leveille, S., et al. (1999). Smoking, physical activity, and active life expectancy. *Am J Epidemiol*, 149: 645–53.
 35. Spillman, B.C. (2004). Changes in Elderly Disability Rates and the Implications for Health Care Utilization and Cost. *The Milbank Quarterly*, 82(1): 157–194.
 36. Nitz, J.C. & Choy, N.L. (2004). The efficacy of a specific balance-strategy training programme for preventing falls among older people: a pilot randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 33(1): 52–58.
 37. Shanti, C., Johnson, J., Meyers, A.M., Jones, G.R., Fitzgerald, C., Lazowski, D.A., et al. (2005). Evaluation of the restorative care education and training program for nursing homes. *Can J Aging*, 24(2):115-126.
 38. Hung, L.C., Liu, C.C., Hung, H.C. & Kuo, H.W. (2003). Effects of a nursing intervention program on disabled patients and their caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 36(3): 259-272.
 39. Wieland D, Ferrell BA, Rubenstein LZ. (1991). Geriatric home health care. Conceptual and demographic considerations. *Clin Geriatr Med*, 7(4):645-664.
 40. Tinetti, M.E, Baker, D., Gallo, W.T., Nanda, A., Charpentier, P. & O’Leary, J. (2002). Evaluation of Restorative Care vs Usual Care for Older Adults Receiving an Acute Episode of ome Care. *JAMA*, 287(16): 2098-2105.
 41. Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2001). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby Inc.
 42. Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice* (4th ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
 43. Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton-Lange.
 44. Resnick, B., Rensburg, R., Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A. & Berkovitz, A. (2004). Restorative Care in Nursing Home: Where We Are and Where We Need to Go. *The Gerontologist*, 44(1): 287.
-

45. Stewart, M.J. (1995). *Integrating Social Support in Nursing*. Newbury Park: SAGE Publications.
 46. Lundy, K.S. & Janes, S. (2001). *Community health nursing: caring for the public's health*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
 47. Cook, A. S., & Dworkin, D. S. (1992). *Helping the bereaved: Therapeutic interventions for children, adolescents, and adults*. New York: Harper Collins., p.6.
 48. Roback, H.B. (2000). Adverse Outcomes in Group Psychotherapy Risk Factors, Prevention, and Research Directions. *J Psychother Pract Res*, 9(3): 113–122.
 49. Svidén, G.A., Tham, K. & Borell, L. (2004). Elderly participants of social and rehabilitative day centres. *Scand J Caring Sci*, 18: 402–409.
 50. Callaghan, D.M. (2003). Health-Promoting Self-Care Behaviors, Self-Care Self-Efficacy, and Self-Care Agency. *Nursing Science Quarterly*, 16(3): 247-254.
 51. Fogler, J. & Edwards, S. (2004). Using a Cognitive Behavioral Therapy Group to Treat Depression and Anxiety in Older Adults. *Clinical Geriatrics*, 12(10): 29-32.
 52. Tillitski, L. (1990). A meta-analysis of estimated effect sizes for group versus individual versus control treatments. *Int J Group Psychother*, 40:215–224.
 53. Travis, S.S. & McAuley, W.J. (1998). Mentally restorative experiences supporting rehabilitation of high functioning elders recovering from hip surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 977-985.
 54. Lenze, E.J., Rogers, J.C., Martire, L.M., Mulsant, B.H., Rollman, B.L., Dew, M.A., Schulz, R. & Reynolds III, C.F. (2001). The Association of Late-Life Depression and Anxiety With Physical Disability A Review of the Literature and Prospectus for Future Research. *Am J Geriatr Psychiatry*; 9:113–135.
 55. Stewart, M.J. (1995). *Integrating Social Support in Nursing*. Newbury Park: SAGE Publications.
 56. Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
 57. Deale, A., Chalder, T. & Wessely, S. (1998). Illness beliefs and treatment outcome in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 45:77–83.
 58. Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.
 59. Weber, M.L. (1998). *She stands alone: A review of the recent literature on women and social support*. Winnipeg, Manitoba: Prairie Women's Health Centre of Excellence
-

**ANALISA HUBUNGAN FAKTOR DEMOGRAFI DAN HIPERTENSI
TERHADAP TERJADINYA CEDERA PADA LANSIA DI POSBINDU
MATAHARI RW 09 KELURAHAN KOTA BARU BEKASI BARAT**

Syamsul Anwar, SKM, MKep, Sp.Kom

Isti Andriani, Skep

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

ABSTRAK

Usia lanjut merupakan suatu proses alami yang tidak dapat dihindarkan. Perubahan-perubahan akan terjadi pada tubuh manusia dengan meningkatnya usia. Terjadi penebalan intima akibat proses *aterosklerosis* dan *tunika media* akibat proses menua yang akhirnya menyebabkan kelenturan pembuluh darah tepi meningkat yang disebut hipertensi. Struktur dan fungsi sistem saraf juga berubah, terjadi penurunan sintesis dan metabolisme neurotransmitter utama sehingga lansia memerlukan waktu yang lebih lama untuk merespon dan bereaksi. Hal inilah yang menyebabkan seseorang akan merasa pusing saat berdiri dengan cepat sehingga mempengaruhi mobilitas dan keamanan dirinya dan bahaya yang mengancam adalah jatuh dan cedera. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor demografi dan hipertensi terhadap terjadinya cedera pada lansia di Posbindu MATAHARI Rw.09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*, sampel yang diambil sebanyak 34 responden. Variabel penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, hipertensi dan resiko cedera. Analisa dilakukan secara bertahap yaitu analisa univariat menggunakan distribusi frekuensi untuk menjelaskan masing-masing variabel, analisa bivariat dengan menggunakan uji coba *chi square* untuk melihat hubungan variabel Independent dan variabel Dependent. Hasil univariat menunjukkan responden terbanyak adalah usia 45-59 tahun sebanyak 18 orang dengan jenis kelamin perempuan 21 orang, penderita hipertensi berdasarkan sistolik 23 orang dan diastolik 24 orang, dengan resiko cedera tinggi sebanyak 19 orang. Hasil bivariat menunjukkan bahwa usia 60 – 90 tahun sebanyak 12 orang (75.0%) beresiko cedera tinggi, dengan responden perempuan sebanyak 15 orang (71.4%) beresiko cedera tinggi dan penderita hipertensi sebanyak 16 orang (69.6%) beresiko cedera tinggi. Kesimpulan dari penelitian didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia, jenis kelamin, hipertensi dengan terjadinya cedera pada lansia dengan nilai $p < 0.05$. Dengan adanya penelitian ini semoga tenaga perawat dapat melakukan perannya terutama pada lansia dengan hipertensi untuk menghindari terjadinya cedera.

Kata kunci : Cedera, Hipertensi, Lansia

PENDAHULUAN

Seiring dengan 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 dibidang medis atau ilmu kedokteran sehingga dapat meningkatkan kualitas kesehatan penduduk serta

meningkatkan umur harapan hidup manusia. Akibatnya jumlah penduduk yang berusia lanjut meningkat dan bertambah cenderung lebih cepat (Nugroho, 2000).

Menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2004, jumlah penduduk lansia di Indonesia sebanyak 16.522.311 orang atau 7,6 % dari jumlah total penduduk. Dari jumlah tersebut, 15 % diantaranya atau 2.426.190 orang terlantar dan 28 persennya atau 4.658.280 orang rawan terlantar. Diprediksikan bahwa pada tahun 2010 nanti, seiring peningkatan status kesehatan dan umur harapan hidup penduduk, jumlah lansia diproyeksikan meningkat menjadi 23.992.552 orang atau 9,77 % dari total penduduk (diambil pada 02 Mei 2008 dari <http://www.hupelita.com/baca.php?id=31397>).

Usia lanjut merupakan suatu proses alami yang tidak dapat dihindarkan. Umur manusia sebagai makhluk hidup terbatas oleh suatu peraturan alam. Di dalam struktur anatomik proses menjadi tua terlihat sebagai kemunduran di dalam sel. Proses ini berlangsung secara alamiah, terus menerus dan berkesinambungan, yang selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis dan *biokemis* pada jaringan tubuh dan akhirnya akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan (Depkes RI, 2000).

Perubahan-perubahan akan terjadi pada tubuh manusia sejalan dengan makin meningkatnya usia. Perubahan tubuh terjadi sejak awal kehidupan hingga usia lanjut pada semua organ dan jaringan tubuh (Bjelle, 1994 dalam Darmojo, 2004).

Secara umum terjadi perubahan pada pembuluh darah sedang sampai besar pada usia lanjut sudah mengalami berbagai perubahan. Terjadi penebalan intima akibat proses *aterosklerosis* dan *tunika media* akibat proses menua yang pada akhirnya menyebabkan kelenturan pembuluh darah tepi meningkat. Hal ini akan menyebabkan peningkatan tekanan darah terutama tekanan darah sistolik walaupun tekanan diastolik sering juga meningkat (Darmojo, 2004).

Dengan adanya kelainan anatomis pembuluh darah arteri pada usia lanjut, dapat dimengerti bahwa sirkulasi otak pada orang tua sangat rentan terhadap perubahan-perubahan, baik perubahan posisi tubuh maupun faktor lain misalnya yang berkaitan dengan tekanan darah seperti fungsi jantung dan bahkan fungsi otak sendiri yang berkaitan dengan pengaturan tekanan darah (sistem otonom) (Darmojo, 2004).

Secara struktur dan fungsi sistem saraf juga berubah dengan bertambahnya usia. Berkurangnya massa otak progresif akibat berkurangnya sel saraf yang tidak bisa diganti. Terjadi penurunan sintesis dan metabolisme neurotransmitter utama. Impuls saraf dihantarkan lebih lambat, sehingga lansia memerlukan waktu yang lebih lama untuk merespon dan bereaksi, hal inilah yang menyebabkan seseorang akan merasa pusing saat berdiri dengan cepat sehingga mempengaruhi mobilitas dan keamanan dirinya (Brunner dan Suddarth, 2001).

Gerakan leher tertentu, akibat *arteri vertebrales* yang berkelok-kelok dapat berakibat insufisiensi sirkulasi di daerah batang otak yang dapat menimbulkan pusing atau kepala terasa ringan dan tiba-tiba jatuh (*drop attack*). Dengan adanya plak-plak atheroma maka lumen pembuluh darah arteri otak sempit di beberapa tempat, sehingga gangguan

fungsi jantung (seperti fibrilasi atrium/ventrikuler, infark jantung akut) yang berakibat CBF (*cerebral blood flow*) menurun sesaat dapat berakibat gangguan sirkulasi cerebral, yang bila cukup lama akan berakibat penurunan kesadaran, dan hal inilah yang dapat menyebabkan cedera (Darmojo, 2004).

Semua perubahan tersebut terjadi karena proses penuaan yang disertai penurunan fungsi tubuh lansia dan bahaya yang mengancam adalah jatuh dan cedera, sehingga daya persepsi dan kognisi mereka mengalami penurunan mengakibatkan terjadi potensial atau risiko untuk jatuh dan cedera. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan keselamatan, salah satunya adalah faktor penyakit adalah hipertensi. Dimana hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya stroke, angina, MCI, dan cedera (http://www.elearning.unej.ac.id/courses/iku15a6/document/keamanan_dan_restrain.doc?cidreq=Ikucc81 diambil pada 16 Maret 2008).

Hipertensi masih menjadi masalah pada lanjut usia karena sering ditemukan dan menjadi faktor utama payah jantung dan penyakit jantung koroner. Dimana Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab kematian terbesar dan disabilitas pada lanjut usia, terutama usia 65 tahun ke atas dan 50% terdapat di negara industri maju (Nugroho, 2008).

Menurut data saat ini pada Bulan Mei 2008 di Posbindu MATAHARI Rw.09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat dimana dilaksanakan 1 bulan sekali dengan jumlah lansia saat ini 67 orang. Dari data tersebut 34 orang (50,7%) mengalami hipertensi dengan resiko cedera.

Berdasarkan fenomena diatas, peneliti ingin meneliti lebih lanjut tentang Analisa hubungan faktor demografi dan hipertensi terhadap terjadinya cedera pada lansia di Posbindu MATAHARI Rw.09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat.

METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian merupakan strategi untuk membuktikan atas variabel di dalam ruang lingkup penelitian untuk menjawab pertanyaan peneliti. Strategi penelitian yang dilakukan penulis pada penelitian ini adalah desain deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Pendekatan deskriptif dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui analisa hubungan hipertensi terhadap terjadinya cedera pada lansia. Tempat penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah Posbindu MATAHARI Rw.09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat. Tempat tersebut dipilih karena populasinya mewakili kriteria sampel.

Penelitian dilakukan pada tanggal 14 juli 2008. Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi yang diambil oleh penulis sebagai subjek penelitian adalah semua lansia yang memenuhi kriteria sebagai berikut : Bersedia menjadi responden, Responden bisa baca tulis, Lansia dengan hipertensi yang beresiko cedera, Responden kooperatif (mau untuk diajak bekerja sama)

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Tehnik pengambilan sampel

dilakukan secara survey yang dilakukan di Posbindu MATAHARI Rw.09. Dari jumlah lansia, diperoleh sampel yang memenuhi kriteria sejumlah 34 orang. Oleh karena itu, sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan *Quota Sampling*. Dengan cara menetapkan sejumlah anggota sampel secara *Quotum* atau jatah.

Tehnik sampling ini dilakukan dengan cara : pertama-tama menetapkan beberapa besar jumlah sampel yang diperlukan/menetapkan *Quotum* (jatah). Kemudian jumlah atau *Quotum* itulah yang dijadikan dasar untuk mengambil unit sampel yang diperlukan. Anggota populasi manapun yang akan diambil tidak menjadi soal, yang penting jumlah *Quotum* yang sudah ditetapkan dapat dipenuhi (Notoatmodjo, 2005).

HASIL PENELITIAN

1. Analisa Univariat

Dalam analisa univariat ini menjelaskan secara deskriptif mengenai variabel-variabel penelitian dari karakteristik responden dan mengenai hasil pengumpulan data sesuai dengan variabel penelitian. Berdasarkan kelompok usia 55 – 64 tahun sebesar 21 orang (61.8%), usia > 65 tahun sebesar 13 orang (38.2%). Hal ini menunjukkan sebagian besar usia responden di Posbindu MATAHARI Rw 09 adalah usia 55 – 64 tahun sebesar 21 orang (61.8%).

Responden lansia menurut jenis kelamin menunjukkan bahwa laki-laki sebesar 13 orang (38.2%) dan perempuan sebesar 21 orang (61.8%). Hal ini menunjukkan sebagian besar jenis kelamin lansia di Posbindu MATAHARI Rw 09 adalah perempuan sebesar 21 orang (61.8%).

Responden lansia menurut tekanan sistolik menunjukkan bahwa penderita hipertensi sebesar 23 orang (67.6%) sedangkan tidak hipertensi sebesar 11 orang (32.4%). Hal ini menunjukkan sebagian besar lansia di Posbindu MATAHARI Rw 09 adalah hipertensi sebesar 23 orang (67.6%).

Responden lansia menurut tekanan diastolik menunjukkan bahwa penderita hipertensi sebesar 24 orang (70.6%) sedangkan tidak hipertensi sebesar 10 orang (29.4%). Hal ini menunjukkan sebagian besar lansia di Posbindu MATAHARI Rw 09 adalah hipertensi sebesar 24 orang (70.6%).

Responden lansia berdasarkan resiko cedera menunjukkan bahwa yang beresiko cedera tinggi sebesar 19 orang (55.9%) dan yang beresiko cedera rendah sebesar 15 orang (44.1%). Hal ini menunjukkan sebagian besar lansia mengalami resiko cedera di Posbindu MATAHARI Rw 09 adalah tinggi sebesar 19 orang (44.1%).

2. Analisis Bivariat

Pada analisis ini peneliti ingin mengetahui hubungan antara faktor demografi (usia dan jenis kelamin) dan hipertensi terhadap terjadinya cedera. Disini menjelaskan secara statistik hubungan antara dua variabel independent dengan variabel dependent, maka uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-square*.

Tabel 1.1

Distribusi responden berdasarkan variabel independent dan variabel dependent di Posbindu MATAHARI Rw 09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat tahun 2008

Variabel	Kategori	Resiko cedera				Total		OR (95% CI)	P
		tinggi		rendah					Value
		n	%	n	%	n	%		
Usia	55 - 64 tahun	8	38.1	13	61.9	21	100.0	0.112 0.020 – 0.641	0.021
	> 65 tahun	11	84.6	2	15.4	13	100.0		
Jenis kelamin	Laki-laki	4	30.8	9	69.2	13	100.0	0.178 0.039 – 0.806	0.034
	Perempuan	15	71.4	6	28.6	21	100.0		
Hipertensi	Hipertensi	16	69.6	7	30.4	23	100.0	6.095 1.235 – 30.091	0.030
	Tidak hipertensi	3	27.3	8	72.7	11	100.0		

1. Hubungan antara usia responden dengan terjadinya cedera

Hasil uji statistik didapat nilai $p = 0.021$ maka dapat disimpulkan ada hubungan terjadinya cedera tinggi antara usia 55 – 64 tahun, usia > 65 tahun. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 0.112$, artinya usia > 65 tahun mempunyai peluang terjadinya cedera tinggi 0.112 kali dibandingkan usia 55 – 64 tahun.

2. Hubungan antara jenis kelamin responden dengan terjadinya cedera

Hasil uji statistik didapat nilai $p = 0.034$ maka dapat disimpulkan ada hubungan terjadinya cedera tinggi antara laki-laki dan perempuan. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 0.178$, artinya perempuan mempunyai peluang terjadinya cedera tinggi 0.178 kali dibandingkan laki-laki.

3. Hubungan antara hipertensi dengan terjadinya cedera

Hasil uji statistik didapat nilai $p = 0.030$ maka dapat disimpulkan ada hubungan terjadinya cedera tinggi antara hipertensi dan tidak hipertensi. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 6.095$, artinya penderita hipertensi mempunyai peluang terjadinya cedera tinggi 6.095 kali dibandingkan tidak hipertensi.

PEMBAHASAN

Dengan bertambahnya usia, denyut jantung maksimum dan fungsi lain jantung juga berangsur menurun. Pada lanjut usia, tekanan darah akan naik secara bertahap elastisitas jantung pada orang berusia 70 tahun menurun sekitar 50% (Nugroho, 2008). Semakin muda seseorang terdiagnosis hipertensi pertama kali, maka semakin buruk perjalanan penyakitnya apalagi bila tidak ditangani (diambil pada 20 April 2008 dari <http://klinikmedis.com/> ¶ 38).

Tetapi saat ini data yang peneliti dapatkan hipertensi dapat terjadi dibawah usia 70 tahun. Hal ini mungkin dikarenakan oleh gaya hidup masyarakat saat ini seperti ; mengkonsumsi makanan siap saji, merokok, alkoholisme, intake garam berlebih, obesitas, dan kurangnya aktivitas fisik/olah raga. Agar tetap aktif sampai tua, sejak muda seseorang perlu melakukan kemudian mempertahankan pola hidup sehat dengan mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang, melakukan aktivitas fisik/olahraga teratur, tidak mengkonsumsi rokok dan alkohol.

Pada populasi umum, pria lebih banyak yang menderita penyakit ini dari pada wanita (39% pria dan 31% wanita). Dari 25% pria dan 18 % wanita penderita hipertensi, tidak menyadari bahwa mereka mengidap hipertensi, 82%nya menjalani pengobatan terhadap penyakitnya (diambil pada 20 April 2008 dari <http://klinikmedis.com/> ¶ 38). Dalam hal ini peneliti menemukan bahwa jumlah wanita lebih banyak karena cenderung pada wanita menyadari pentingnya pengobatan yang terkontrol terhadap penyakitnya, sehingga wanita lebih rutin datang ke pelayanan kesehatan untuk mengontrol tekanan darahnya.

Teori aktivitas menjelaskan bahwa lanjut usia akan merasakan kepuasan bila dapat melakukan aktivitas dan mempertahankan aktivitas tersebut selama mungkin. Akan tetapi dengan adanya aktivitas fisik berlebih, tekanan darah seseorang akan meningkat, terutama tekanan sistoliknya (Nugroho, 2008). Seringkali juga pasien hipertensi mengalami vertigo atau pusing yang dapat menyebabkan jatuh secara tiba-tiba sehingga dapat menimbulkan cedera (Darmojo, 2004). Hal ini menunjukkan bahwa bila terjadi peningkatan tekanan darah lansia sebaiknya mengurangi aktivitas yang berlebihan, tetapi jangan sampai tidak melakukan aktivitas fisik/olah raga. Karena bila aktivitas yang berlebihan hal yang ditakutkan adalah terjatuh sehingga dapat menimbulkan cedera.

Bahaya yang mengancam lansia adalah jatuh dan cedera yang diakibatkan oleh proses degenerasi pada sistem tubuh karena bertambahnya usia mereka sehingga daya persepsi dan kognisi mereka mengalami penurunan (diambil pada 16 Maret 2008 dari http://www.elearning.unej.ac.id/courses/iku15a6/document/keamanan_dan_restrain.doc?cidreq=Ikucc81). Semua perubahan tersebut mengakibatkan kelambanan bergerak, langkah yang pendek, kaki tidak dapat menapak dengan kuat dan cenderung gampang goyah sehingga mudah jatuh (Nugroho, 2008).

Hasil penelitian ini didukung oleh teori di atas, bahwa resiko cedera pada lansia tinggi. Untuk mencegah agar tidak terjadi jatuh pada lansia dengan mengupayakan penerangan yang baik, lantai tidak licin dan memasang pegangan tangan pada tangga dan di sekitar kamar mandi. Jika anda mempunyai lansia dan terjatuh, jangan panik, tapi bantulah lansia untuk bangun dan memindahkannya ke kursi/tempat tidur terdekat.

Anderson, 2007 mengatakan bahwa jatuh adalah penyebab kecelakaan terbesar pada lansia yang berusia di atas 70 tahun. Diperkirakan sekitar 2/3 kejadian jatuh pada lansia dapat dicegah, tetapi jatuh pada lansia dapat menimbulkan efek yang membahayakan. Bila seseorang bertambah tua, kemampuan fisik dan mental hidupnya pun akan perlahan-lahan pasti menurun. Akibatnya aktifitas hidupnya akan ikut terpengaruh, pada akhirnya akan dapat mengurangi kesiapan seseorang (Nugroho, 2000).

Jatuh sering terjadi pada usia lanjut, penyebab tersering disebabkan dari dalam dirinya (gangguan gaya berjalan, kognitif, sistem saraf pusat dan gangguan kardiovaskuler) serta didukung oleh keadaan rumahnya yang berbahaya. Untuk mencegah sebelum itu terjadi, sebaiknya perhatikan lingkungan sekitar lansia tinggal (lantai tidak licin, beri pegangan pada tangga dan di sekitar kamar mandi , penerangan cukup dll). Oleh karena itu, kita harus cegah agar jatuh tidak terjadi berulang.

Stanley, 2007 bahwa jatuh dapat menyebabkan berbagai jenis cedera dan kerusakan fisik dan psikologis. Sayangnya kejadian ini sering dialami lansia dan diperkirakan 30 % lansia pernah jatuh dan wanita yang jatuh, dua kali lebih sering dibanding pria (Watson, 2003). Pada lansia perempuan memiliki ketakutan yang sangat untuk mengalami jatuh. Biasanya jatuh dapat juga memalukan dan menyakitkan dan dapat menyebabkan keterbatasan dalam beraktivitas dan kehilangan rasa percaya diri.

Penyebab terjadinya Hipertensi menyebabkan terjadinya jatuh menurut Darmojo, 2004 di sebabkan oleh Gerakan leher tertentu, akibat *arteri vertebrales* yang berkelok-kelok dapat berakibat insufisiensi sirkulasi di daerah batang otak yang dapat menimbulkan pusing atau kepala terasa ringan dan tiba-tiba jatuh (*drop attack*). Dengan adanya plak-plak atheroma maka lumen pembuluh darah arteri otak sempit di beberapa tempat, sehingga gangguan fungsi jantung yang berakibat CBF (*cerebral blood flow*) menurun sesaat dapat berakibat gangguan sirkulasi cerebral, yang bila cukup lama akan berakibat penurunan kesadaran, dan hal inilah yang dapat menyebabkan cedera.

Pada lansia dengan hipertensi terjadinya jatuh dapat disebabkan oleh karena rasa pusing atau kepala terasa ringan sehingga tiba-tiba dapat terjatuh. Pada lansia jatuh dapat mengakibatkan berbagai jenis cedera dan kerusakan fisik dan psikologis. Bila lansia sudah pernah terjatuh sebelumnya mereka akan cenderung lebih takut bila terjatuh kembali. Sebaiknya bila mempunyai lansia dirumah perhatikan lingkungan dimana lansia banyak melakukan aktivitas untuk menghindari terjadinya jatuh kembali.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Dari hasil penelitian terhadap 34 orang responden lansia di Posbindu MATAHARI Rw 09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat dapat disimpulkan bahwa ;

- a. Terdapat 23 orang lansia yang mengalami hipertensi berdasarkan tekanan sistolik dan 24 orang lansia yang mengalami hipertensi berdasarkan tekanan diastolik di Posbindu MATAHARI Rw.09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat tahun 2008.
- b. Terdapat 19 orang lansia beresiko cedera tinggi di Posbindu MATAHARI Rw.09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat tahun 2008.
- c. Ada hubungan antara usia terhadap terjadinya cedera pada lansia di Posbindu MATAHARI Rw.09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat tahun 2008 dengan nilai $p = 0.045$.
- d. Ada hubungan antara jenis kelamin terhadap terjadinya cedera pada lansia di Posbindu MATAHARI Rw.09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat tahun 2008 dengan nilai $p = 0.034$.
- e. Ada hubungan antara hipertensi terhadap terjadinya cedera pada lansia di Posbindu MATAHARI Rw.09 Kelurahan Kota Baru Bekasi Barat tahun 2008 dengan nilai $p = 0.030$.

Maka kesimpulan umum dari hasil penelitian ini telah mengacu pada tujuan umum dari penelitian, yaitu ada hubungan antara faktor demografi (usia dan jenis kelamin) dan hipertensi terhadap terjadinya cedera pada lansia.

Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka peneliti dapat menyampaikan saran sebagai berikut:

1. Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan semoga penelitian ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan konsep dan teori mengenai faktor demografi dan hipertensi terhadap terjadinya cedera pada lansia.

1. Posbindu MATAHARI Rw.09

Dengan adanya hasil penelitian ini semoga Posbindu MATAHARI Rw.09 dapat lebih optimal dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi lansia dengan sarana dan prasarana yang ada.

2. Peneliti

Untuk peneliti yang akan melakukan penelitian sejenis ini dimasa yang akan datang agar lebih mengembangkan teori dan variabel-variabel yang akan dapat mengembangkan desain dan alat ukur peneliti.

Daftar Pustaka

- Brunner dan Suddart. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah (edisi 8)*. (dr.Andry Hartono dkk, Penerjemah). Jakarta : EGC. (Sumber asli diterbitkan 1996)
- Darmojo, R Boedhi dan H. Hadi Martono. (2004). *Geriatri (edisi 3)*. Jakarta : FKUI
- Depkes RI. (2000). *Pedoman pembinaan kesehatan usia lanjut bagi petugas kesehatan*. Jakarta : Depkes
- Harlan. (2000). *Perawatan lanjut usia*. Jakarta : EGC
- Hidayat, AAziz Alimul. (2007). *Riset keperawatan dan tehnik penulisan ilmiah*. Surabaya : Salemba Medika
- http://klinikmedis.com/index.php?view=article&catid=42%3Acardio&id=78%3AHT-Lansia&tmpl=component&print=1&page=&option=com_content&Itemid=9. *Hipertensi pada lansia* diambil pada 20 April 2008
- http://www.elearning.unej.ac.id/courses/iku15a6/document/keamanan_dan_restrain.doc?cidreq=Ikucc81. *Keamanan dan keselamatan* diambil pada 16 Maret 2008
- <http://www.hupelita.com/baca.php?id=31397>. *Program Jaminan sosial belum jangkau penduduk lansia* diambil pada 02 Mei 2008
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nugroho, Wahjudi. (2000). *Keperawatan gerontik (edisi 2)*. Jakarta : EGC
- Stanley, Mickey dan Patricia Gauntlett Beare. (2006). *Keperawatan gerontik (edisi 2)*.(Nety Juniarti dan Sari Kurnianingsih, Penerjemah). Jakarta : EGC. (Sumber asli diterbitkan 1999)
- Watson, Roger. (2003). *Perawatan pada lansia*. (Musri, Penerjemah). Jakarta : EGC. (Sumber asli diterbitkan 1993)

KUALITAS HIDUP LANSIA HIPERTENSI DAPAT MENINGKAT DENGAN DUKUNGAN PENGHARGAAN DAN EMOSIONAL KELUARGA

Agnes Dewi Astuti, Junaiti Sahar² dan Sukihananto³

ABSTRACT

Increased number of elderly hypertension was increased health problem for elderly. Field observations, less family support in the control of hypertension, so consider elderly cured if blood pressure decreased. The purpose of this research was determined the correlation of family support quality of life of the elderly. Used cross-sectional design in 108 elderly and families, with a proportional cluster technique. Results showed correlation of family support with quality of life of elderly. In conclusion all the elements related to family support, especially award and emotional support. Recommended in elderly nursing decision makers in order to improve the health of the elderly family-based programs award and emotional support to improve the quality of life of the elderly.

Keywords: elderly, hypertension, family support, quality of life.

PENDAHULUAN

Penuaan yang terjadi pada setiap manusia ditandai dengan hilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan organ tubuh memperbaiki diri dan bersifat *irreversibel*. Lansia merupakan tahapan akhir dari siklus kehidupan seseorang dan mengalami proses penuaan dengan terjadinya perubahan-perubahan pada berbagai aspek fisik atau fisiologi, psikologi, dan sosial¹. Perubahan tersebut akibat proses penuaan lansia yang kompleks, sehingga lansia berpeluang sangat besar untuk mengalami penyakit daripada kelompok umur yang lain dan termasuk ke dalam kelompok rentan (*vulnerable population*)².

Menurut Lakatta (2000) sistem kardiovaskular mampu beradaptasi terhadap proses penuaan pada lansia seperti pada jantung terjadi hipertrofi miokardial sehingga meningkatkan tekanan pada arteri dan dapat menimbulkan konsekuensi negatif akibat adanya faktor risiko pada lansia.^{2,3}

Kasus hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Jekan Raya Kota Palangka Raya mengalami peningkatan setiap tahunnya. Hal ini disebabkan karena banyak lansia dan keluarga yang kurang memahami tentang pengendalian hipertensi sehingga cenderung menganggap sembuh jika tekanan darah pada lansia sudah menurun dan akhirnya berisiko terjadinya penyakit jantung koroner, dan stroke. Kondisi tersebut dapat menurunkan kualitas hidup lansia.

Kualitas hidup berhubungan dengan derajat kesehatan individu. Kualitas hidup adalah pandangan atau persepsi individu yang multidimensi terhadap kehidupannya dalam konteks budaya dan nilai yang dianut oleh individu dalam hubungannya dengan tujuan hidup individu, harapan, standar, perhatian, kesehatan, kesejahteraan yang mempengaruhi kemampuan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial dan lingkungan serta kemampuan kognitif (kepuasan) dan komponen emosional/ kebahagiaan.^{4,5} Kualitas hidup

dapat dipengaruhi oleh jensi kelamin, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, kepemilikan asuransi kesehatan.^{6,7}

Kualitas hidup pada lansia dipengaruhi oleh proses penuaan, dimana terjadi penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan.⁸ Kondisi tersebut dapat membuat kualitas hidup lansia semakin menurun, sehingga lansia memerlukan suatu dukungan sosial yang dapat meningkatkan kondisi lansia menjadi lebih baik dan membutuhkan sistem pendukung dari berbagai pihak baik keluarga, orang terdekat maupun tenaga kesehatan.⁶ Dukungan sosial yang dapat diberikan oleh keluarga (dukungan keluarga) kepada lansia adalah suatu sistem pendukung bagi anggota keluarganya yang mengalami situasi stres sehingga dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis.⁹

TINJAUAN TEORITIS

Lansia merupakan populasi rentan yang lebih besar kemungkinannya untuk mengalami masalah kesehatan akibat paparan berbagai risiko lebih tinggi/ rentan daripada populasi yang lainnya.² Kerentanan bersifat multidimensi yaitu dipengaruhi oleh faktor keterbatasan sumber daya, faktor perubahan status kesehatan, faktor risiko kesehatan, faktor marjinalisasi. Kondisi tersebut dapat mempengaruhi tingkat kualitas hidup lansia dalam menjalani masa tuanya.

Kualitas hidup (*Quality of Life*) adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam konteks budaya serta nilai, tujuan hidup, harapan, standar dan perhatian. Hal ini merupakan konsep yang luas dan dapat mempengaruhi kesehatan fisik, psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, keyakinan personal dan hubungannya dengan keinginan di masa yang akan datang terhadap lingkungan mereka.⁴ Peran penting keluarga dalam dukungan sosial tersebut dapat terlihat dari empat domain dukungan berupa dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan emosional dan dukungan spiritual.^{10,11}

Dukungan penghargaan yaitu dukungan yang diberikan oleh keluarga untuk memfasilitasi, menengahi pemecahan masalah anggota lewat ungkapan hormat (penghargaan) bagi lansia.¹⁰ Selain itu, dukungan penghargaan yang dapat diberikan berupa penghargaan positif, dorongan untuk maju, persetujuan dengan gagasan/perasaan individu serta perbandingan positif dengan orang lain. Dukungan penghargaan juga untuk menegaskan tindakan seseorang atau pernyataan seseorang.⁹

Hasil analisis hubungan dukungan emosional keluarga dengan kualitas hidup lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Jekan Raya Kota Palangka Raya tahun 2013 menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan emosional keluarga dengan kualitas hidup lansia hipertensi ($p = 0,000$) yaitu dengan data lansia memiliki kualitas hidup yang tinggi dengan keluarga yang memberikan dukungan emosional baik (80%), lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang berkualitas hidup tinggi namun dengan dukungan emosional keluarga yang kurang baik (34,9%). Keluarga yang memberikan dukungan emosional yang baik pada lansia memberikan peluang 7,467 kali meningkatkan kualitas hidup lansia hipertensi dibandingkan dengan yang kurang baik dalam memberikan dukungan emosional. Hal tersebut menunjukkan bahwa keluarga yang mempunyai kemampuan dalam memberikan dukungan emosional yang baik pada lansia hipertensi akan berkontribusi dalam peningkatan kualitas hidup lansia hipertensi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya menunjukkan lansia dengan penyakit kronik khususnya penyakit hipertensi sangat membutuhkan keluarga terutama dukungan emosional yang dapat meningkatkan semangat dan motivasi lansia untuk bersikap dan berperilaku sehat, selain itu ada juga hubungan dukungan emosional keluarga dengan perilaku pengendalian hipertensi lansia.^{12, 13} Kedua penelitian tersebut menunjukkan bahwa dukungan emosional keluarga berhubungan dengan upaya mencapai kondisi kesehatan bagi lansia hipertensi dengan kepuasan hidup yang optimal sehingga meningkatkan kualitas kehidupan lansia.

Menurut teori, proses penuaan yang terjadi pada lansia menimbulkan suatu perubahan secara psikologis berupa perubahan fungsi psikososial. Lansia yang dihadapkan dengan berbagai peristiwa kehidupan mengakibatkan adanya perubahan yang berpotensi menimbulkan stres.^{1, 14} Hal tersebut berhubungan dengan koping individu misalnya menolak kondisi saat ini, menjadi pendiam, pemarah, pemurung, pencemas hingga kondisi depresi.¹ Keluarga dapat memberikan dukungan dalam bentuk kehangatan, ungkapan empati, kepedulian dan perhatian kepada lansia yang sedang mengalami masalah kesehatan hipertensi.^{9,10} Terpenuhinya dukungan emosional dalam keluarga akan meningkatkan kualitas hidup manusia, stabilitas kepribadian, perilaku dan harga diri anggota keluarganya.¹⁵

Menurut analisis peneliti, hasil penelitian menunjukkan adanya persamaan dalam aspek hubungan yaitu suatu dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan psikologis lansia hipertensi yaitu pada kondisi kehidupan yang berkualitas dan memuaskan. Keluarga lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Jekan Raya sebagian besar memiliki kemampuan dalam memberikan dukungan emosional bagi lansia hipertensi berupa menunjukkan perhatian, ekspresi yang menyenangkan saat merawat lansia, menemani dan berdiskusi dengan lansia jika lansia ada masalah yang perlu dipecahkan, mengingatkan lansia dalam pemenuhan kebutuhan lansia seperti makan, minum, olah raga, minum obat, jadwal pemeriksaan kesehatan. Semangat dan motivasi dalam mencapai kondisi kesehatan walaupun dalam kondisi tua, sangat diperlukan oleh lansia. Kondisi tersebut juga didukung oleh situasi dan kondisi di wilayah kerja Puskesmas Jekan Raya yang memiliki sarana posyandu lansia yang melayani lansia untuk masalah kesehatannya fisik maupun psikologisnya, walaupun belum terbentuk di seluruh wilayah pustu.

Kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan emosional bagi lansia memerlukan perhatian dari semua pihak terutama dari tenaga keperawatan kesehatan melalui intervensi keperawatan misalnya dengan pendidikan kesehatan tentang dukungan emosional keluarga bagi lansia hipertensi, kesehatan jiwa lansia, manajemen stress bagi keluarga dan lansia; pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam kegiatan dimasyarakat seperti dukungan untuk kegiatan rekreasi bagi lansia; serta pembentukan posyandu lansia di bawah wilayah kerja puskesmas terdekat bagi lansia. Hal ini sangat diharapkan oleh lansia untuk meningkatkan kualitas hidup di masa tuanya, sehingga dengan demikian dukungan emosional keluarga ikut memberikan kontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup lansia hipertensi.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian kuantitatif ini adalah desain *descriptive correlational* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional study*. Populasi penelitian ini adalah seluruh lansia (berusia lebih dari 60 tahun) yang menderita hipertensi dan terdaftar di wilayah kerja puskesmas Jekan Raya Kota Palangka Raya dan tinggal bersama keluarga sebagai care giver utama sebanyak 108 lansia dan keluarga dengan jumlah sampel sebanyak 108 lansia dan keluarga.

Pemilihan sampel pada penelitian ini adalah dengan cara *probability sampling*. Pengambilan sampel dengan *cluster sampling* karena sampel diambil dalam satu wilayah yang populasinya tersebar luas yaitu wilayah kerja puskesmas Jekan Raya Kota Palangka Raya.¹⁷ Teknik pengambilan sampel diawali dengan pembuatan kode nomor pada sampel frame (daftar nama populasi untuk setiap pustu dan puskesmas) sesuai dengan jumlah populasi lansia hipertensi adalah sebanyak 138. Selanjutnya dari setiap pustu/puskesmas, nomor sampel diundi dan diambil sesuai dengan perhitungan sampel secara proporsional sebanyak 108.

Alat pengumpulan data penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari 3 kuesioner yaitu kuesioner karakteristik lansia, kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner kualitas hidup. Kuesioner kualitas hidup lansia merupakan komposit dari 4 domain penilaian kualitas hidup yaitu domain fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan analisis univariat deskriptif, analisa hubungan bivariat dan analisa multivariat untuk menentukan variabel *independent* paling dominan setelah dikontrol dengan variabel perancu. Analisa bivariat menggunakan uji *chi square*, sedangkan analisa multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian didapatkan gambaran karakteristik sebagai berikut : 60-65 tahun adalah sebanyak 70,4%, dengan karakteristik responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 80,6%, tingkat pendidikan rendah lebih dari separuh yaitu 67,6%. Responden yang memiliki pendapatan yang lebih dari pendapatan minimum (UMK Palangka Raya tahun 2013) yaitu Rp. 1.300.000,- dikategorikan dalam pendapatan tinggi sebanyak 53,7% dengan jumlah responden lebih dari separuh tidak bekerja sebanyak 62% dan lebih dari separuh memiliki asuransi kesehatan berupa jamkesmas maupun askes yaitu sebesar 65,7%.

Dukungan keluarga pada lansia hipertensi lebih dari separuh dengan kategori baik pada variabel dukungan emosional (60,2%), dukungan informasi (55,6%) dan dukungan instrumental (63%), sedangkan dukungan penghargaan sebagian besar baik (70,4 %), namun dukungan spiritual dengan kategori baik dan tidak baik sama (50%). Distribusi frekuensi responden lansia hipertensi lebih dari separuh memiliki kualitas hidup tinggi (62%).

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai OR (*Odd ratio/Exp B*) yang paling besar yaitu variabel dukungan penghargaan (OR= 15,252; CI 95%; 4,960: 46,901). Nilai OR tersebut berarti bahwa lansia dengan dukungan penghargaan keluarga yang baik berpeluang 15,25 kali memiliki kualitas hidup yang tinggi dibandingkan lansia yang

mendapatkan dukungan penghargaan keluarga yang kurang baik, setelah dikontrol oleh variabel pendidikan, pendapatan, askes. Jadi variabel yang paling berhubungan dengan kualitas hidup lansia hipertensi adalah dukungan penghargaan keluarga setelah dikontrol oleh variabel pendidikan, pendapatan, askes.

Dukungan emosional juga berpengaruh pada peningkatan kualitas hidup. Hasil analisis hubungan dukungan emosional keluarga dengan kualitas hidup lansia yaitu lansia yang mendapatkan dukungan emosional yang baik dari keluarga, memiliki kualitas hidup yang tinggi 80% dibandingkan dengan lansia yang mempunyai dukungan penghargaan yang kurang baik 34,9%. Hasil uji hipotesis *Chi Square* dua sisi (*2-sided*) diperoleh nilai $p = 0,000$ berarti lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan emosional keluarga dengan kualitas hidup lansia. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 7,47$ (CI 95%; 3,12:17,88) artinya keluarga yang memberikan dukungan emosional yang baik pada lansia berpeluang 7,47 kali untuk menyebabkan kualitas hidup lansia tinggi dibandingkan dengan yang kurang baik dalam memberikan dukungan emosional.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian pada kualitas hidup lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Jekan Raya Kota Palangka Raya tahun 2013 menunjukkan bahwa lebih dari separuh lansia hipertensi memiliki kualitas hidup yang tinggi yaitu sebanyak 67 lansia hipertensi (62%).

Hasil analisis hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan kualitas hidup lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Jekan Raya Kota Palangka Raya tahun 2013 menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan kualitas hidup lansia hipertensi ($p = 0,000$) yaitu dengan data lansia memiliki kualitas hidup yang tinggi dengan keluarga yang memberikan dukungan penghargaan baik (78,9%), lebih tinggi dibandingkan dengan lansia yang berkualitas hidup tinggi namun dengan dukungan penghargaan keluarga yang kurang baik (21,9%). Keluarga yang memberikan dukungan penghargaan yang baik pada lansia memberikan peluang 15,25 kali meningkatkan kualitas hidup lansia hipertensi dibandingkan dengan yang kurang baik dalam memberikan dukungan penghargaan setelah dikontrol oleh variabel pendidikan, pendapatan, askes.

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa variabel dukungan penghargaan keluarga merupakan variabel yang berpengaruh dalam perilaku lansia dalam mengontrol kesehatannya.¹² Lansia berusaha untuk mencapai kondisi kesehatannya yang optimal dengan melakukan kontrol kesehatan sehingga meningkatkan derajat kesehatannya dan mencapai kondisi kehidupan yang memuaskan.

Dukungan penghargaan keluarga yaitu dukungan yang diberikan oleh keluarga untuk memfasilitasi, menengahi pemecahan masalah anggota lewat ungkapan hormat (penghargaan) yang positif, dorongan untuk maju, persetujuan dengan gagasan/perasaan individu serta perbandingan positif dengan orang lain.^{10,17} Lansia yang diberikan dukungan penghargaan yang baik, cenderung akan merasakan dirinya berharga, berarti/ bermakna bagi orang lain dan bukan menjadi beban dalam sebuah keluarga. Lansia dengan integritas diri yang baik dibentuk dari rasa memiliki dan dihargai oleh orang lain.

Hal ini meningkatkan akan kepercayaan diri lansia dalam menjalani kehidupannya yang lebih memuaskan.

Hasil observasi yang dilakukan peneliti di Palangka Raya menunjukkan bahwa aspek sosial budaya yang ada di Palangka Raya Provinsi Kalimantan Tengah (suku Dayak) juga berhubungan dengan peningkatan kualitas hidup lansia hipertensi, yaitu masih menghargai peran dan keberadaan orang tua (lansia). Aspek sosial budaya tersebut ditunjukkan dengan lansia masih diberikan penghargaan yang layak dengan adanya keluarga yang merawat lansia di rumah, lansia dianggap sebagai sumber kearifan, lansia merupakan orang yang patut dihormati, tokoh yang merestui, melindungi dan menjadi panutan bagi keluarga yang lebih muda. Lansia juga memiliki peran dalam kehidupan sosial di dalam keluarga dan masyarakat, sehingga peranannya sangat diperhitungkan misalnya lansia dipercaya dalam berperan sebagai damang (kepala adat), yang salah satu tugasnya adalah menikahkan secara adat pasangan baru sebelum menikah secara agama dan negara.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Zulfitri (2006) bahwa lansia dengan penyakit kronik khususnya penyakit hipertensi sangat membutuhkan keluarga terutama dukungan emosional yang dapat meningkatkan semangat dan motivasi lansia untuk bersikap dan berperilaku sehat, selain itu ada juga hubungan dukungan emosional keluarga dengan perilaku pengendalian hipertensi lansia.^{12,13} Kedua penelitian tersebut menunjukkan bahwa dukungan emosional keluarga berhubungan dengan upaya mencapai kondisi kesehatan bagi lansia hipertensi dengan kepuasan hidup yang optimal sehingga meningkatkan kualitas kehidupan lansia.

Menurut teori, proses penuaan yang terjadi pada lansia menimbulkan suatu perubahan secara psikologis berupa perubahan fungsi psikososial. Lansia yang dihadapkan dengan berbagai peristiwa kehidupan mengakibatkan adanya perubahan yang berpotensi menimbulkan stres.^{1,14} Hal tersebut berhubungan dengan koping individu misalnya menolak kondisi saat ini, menjadi pendiam, pemarah, pemurung, pencemas hingga kondisi depresi.¹ Menurut Pender (1996) dan Taylor (2006), keluarga dapat memberikan dukungan dalam bentuk kehangatan, ungkapan empati, kepedulian dan perhatian kepada lansia yang sedang mengalami masalah kesehatan hipertensi.^{10,17} Terpenuhinya dukungan emosional dalam keluarga akan meningkatkan kualitas hidup manusia, stabilitas kepribadian, perilaku dan harga diri anggota keluarganya.¹⁵

Menurut analisis peneliti, hasil penelitian menunjukkan adanya persamaan dalam aspek hubungan yaitu suatu dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan psikologis lansia hipertensi yaitu pada kondisi kehidupan yang berkualitas dan memuaskan. Keluarga lansia hipertensi di wilayah kerja puskesmas Jekan Raya sebagian besar memiliki kemampuan dalam memberikan dukungan emosional bagi lansia hipertensi berupa menunjukkan perhatian, ekspresi yang menyenangkan saat merawat lansia, menemani dan berdiskusi dengan lansia jika lansia ada masalah yang perlu dipecahkan, mengingatkan lansia dalam pemenuhan kebutuhan lansia seperti makan, minum, olah raga, minum obat, jadwal pemeriksaan kesehatan. Semangat dan motivasi dalam mencapai kondisi kesehatan walaupun dalam kondisi tua, sangat diperlukan oleh lansia. Kondisi tersebut juga didukung oleh situasi dan kondisi di wilayah kerja Puskesmas Jekan Raya yang memiliki sarana posyandu lansia yang melayani lansia untuk masalah kesehatannya fisik maupun psikologisnya, walaupun belum terbentuk di seluruh wilayah pustu.

Kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan emosional bagi lansia memerlukan perhatian dari semua pihak terutama dari tenaga keperawatan kesehatan melalui intervensi keperawatan misalnya dengan pendidikan kesehatan tentang dukungan emosional keluarga bagi lansia hipertensi, kesehatan jiwa lansia, manajemen stress bagi keluarga dan lansia; pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam kegiatan dimasyarakat seperti dukungan untuk kegiatan rekreasi bagi lansia; serta pembentukan posyandu lansia di bawah wilayah kerja puskesmas terdekat bagi lansia. Hal ini sangat diharapkan oleh lansia untuk meningkatkan kualitas hidup di masa tuanya, sehingga dengan demikian dukungan emosional keluarga ikut memberikan kontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup lansia hipertensi.

KESIMPULAN

Hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa :

1. Kualitas hidup lansia hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Jekan Raya Kota Palangka Raya lebih dari separuh tergolong tinggi.
2. Ada hubungan dukungan penghargaan dengan kualitas hidup lansia hipertensi. Dukungan penghargaan dan emosional yang berkontribusi dalam meningkatkan kualitas hidup lansia berupa kegiatan sosial di masyarakat dan pemberian informasi tentang dukungan penghargaan dan emosional keluarga bagi lansia.

SARAN

1. Untuk Pelayanan kesehatan

a. Untuk Dinas Kesehatan

- 1) Membuat kebijakan pelaksanaan perkesmas berbasis dukungan keluarga.
- 2) Menerapkan program puskesmas santun lansia dan dengan melakukan pembinaan pada puskesmas-puskesmas di bawah wilayah dinas kesehatan.

b. Untuk Kepala Puskesmas

- 1) Memberikan uraian tugas yang jelas kepada perawat (perkesmas) dan penambahan perawat untuk kegiatan di luar gedung serta melakukan supervisi ke keluarga atau masyarakat.
- 2) Melakukan pembinaan posyandu di bawah wilayah kerja puskesmas dan pembinaan keluarga santun lansia yaitu dengan melayani lansia dengan senyum, ramah, sabar dan menghargai lansia sebagai orang tua.

c. Untuk Perawat Kesehatan Masyarakat

- 1) Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam intervensi keperawatan bagi lansia hipertensi dan keluarga sebagai upaya promotif (misalnya dengan pendidikan kesehatan tentang manajemen nutrisi lansia hipertensi); upaya preventif (misalnya dengan pendidikan kesehatan tentang latihan asertif); kuratif (misalnya dengan pendidikan kesehatan tentang pemberian obat secara

tepat dan benar bagi lansia hipertensi) dan rehabilitatif (misalnya dengan terapi keluarga, konseling, teknik nafas dalam dan relaksasi) dengan melibatkan keluarga dan masyarakat.

- 2) Memfasilitasi pelatihan bagi kader kesehatan posyandu lansia untuk meningkatkan kualitas pelayanan di posyandu bagi lansia dan pembentukan posyandu di wilayah kerja puskesmas yang belum ada.

d. Untuk Keluarga dan Lansia

- 1) Keluarga lebih meningkatkan pengetahuan dengan aktif mencari informasi kesehatan dari berbagai sumber tentang perawatan kesehatan hipertensi pada lansia.
- 2) Keluarga meningkatkan kemampuan dalam memberikan dukungan keluarga khususnya dukungan penghargaan bagi lansia dengan berlatih dalam memberikan dukungan bagi lansia misalnya memberikan kesempatan diskusi bersama lansia, menghargai pendapat dan saran lansia, melibatkan lansia dalam musyawarah keluarga dan kegiatan yang diadakan di masyarakat dan serta menerima kondisi lansia apa adanya dengan segala kondisi dan keterbatasannya.
- 3) Keluarga berperan aktif dalam upaya kesehatan dalam meningkatkan kualitas hidup lansia dengan mengikuti kegiatan yang diselenggarakan oleh tenaga kesehatan di rumah maupun di masyarakat misalnya berperan aktif sebagai kader kesehatan posyandu lansia, terlibat aktif dalam intervensi keperawatan yang dilakukan tenaga kesehatan untuk meningkatkan dukungan keluarga khususnya dukungan penghargaan keluarga.
- 4) Lansia lebih aktif dalam mengikuti kegiatan keluarga maupun di masyarakat misalnya melalui keikutsertaan dalam kegiatan posyandu, kegiatan keagamaan, acara adat pernikahan dan perkumpulan lansia sehat dan bahagia.
- 5) Lansia hipertensi lebih berusaha dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kebugaran fisik melalui kegiatan olah raga, senam, jalan santai sehingga mencapai kepuasan hidup dan berkualitas.

2. Untuk Pengembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

- a. Pengembangan model asuhan keperawatan keluarga dan komunitas yang komprehensif dengan sistem keluarga binaan dalam konteks dukungan penghargaan keluarga melalui kunjungan rumah oleh perawat komunitas.
 - b. Perawat melakukan penelitian keperawatan dengan pendekatan eksperimen mengenai strategi intervensi keperawatan keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup lansia hipertensi misalnya pengaruh pendidikan kesehatan tentang dukungan keluarga terhadap peningkatan kualitas hidup lansia hipertensi.
-

- c. Perawat melakukan penelitian keperawatan tentang pengalaman keluarga memberikan dukungan kepada lansia hipertensi dalam konteks budaya Dayak di Kalimantan Tengah.
- d. Pengembangan mata ajar keperawatan komunitas berbasis keluarga oleh pengelola pendidikan.

KEPUSTAKAAN

1. Miller, C.A. (2004). *Nursing care of older adult: theory and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community and public health nursing*. St. Louis Missouri: Mosby.
3. Anderson, E.T., & McFarlane, J. M. (2011). *Community as partner: theory and practice in nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
4. Isa B.A., & Baiyewu, O. (2006). Quality of life patient with diabetes mellitus in a Nigerian Teaching Hospital. *Hongkong Journal Psychiatry*, 16, 27-33.
5. Goz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S., & Cetin, I. (2007). Effect of the diabetic patient's perceived social support on their quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1353-1360.
6. Nazir, K.A (2006). *Penilaian kualitas hidup pasien pasca bedah pintas koroner yang menjalani rehabilitasi fase III dengan menggunakan SF-36*. Jakarta: Universitas Indonesia
7. Ayalon L., et al. (2006). Correlates of quality of life in primary care patient with hypertension. *Int'l J. Psychiatry Medicine*, 36(4), 483-497.
8. Effendi F., Makhfudli (2009). *Keperawatan kesehatan komunitas : teori dan praktik dalam keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
9. Taylor, S.E. (2006). *Health psychology* (6th ed). Singapore: M.C. Grow Hill Book Company.
10. Pender (1996). *Health promotion in nursing practice*. Stamford: Appleton & Lange.
11. Syam'ani (2011). *Study fenomenologi tentang pengalaman menghadapi perubahan konsep diri: harga diri rendah pada lansia di Kecamatan Jekan Raya Kota Palangka Raya*. Tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Depok-Indonesia
12. Zulfitri (2006). *Hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lanjut usia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya di Wilayah Kerja Puskesmas Melur Tahun 2006*. Tidak dipublikasikan, Universitas Indonesia, Depok-Indonesia.
13. Herlinah, L., Wiwin, W., Rekawati, E. (2011). *Hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi di Kecamatan Koja jakarta Utara*. Tesis, UI-ana, <http://www.lib.ui.ac.id> diunduh tanggal 4 Mei 2013.
14. Swanson, J. M, & Nies, M. A (1993). *Community health nursing : promoting the health of aggrregaes*. 2nd. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
15. Friedman, M. M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family nursing: research, theory, & practice*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
16. Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Ed.3. Jakarta: Sagung Seto.
17. Taylor, S.E. (2006). *Health psychology* (6th ed). Singapore: M.C. Grow Hill Book Company

PERBEDAAN TERAPI MUSIK DAN TEHNIK RELAKSASI PROGRESIF TERHADAP KUALITAS TIDUR LANSIA (*Distinction Of Therapy Music With Techniques Of Relaxation Progressive To Increasing The Quality Of Sleep For The Elderly*)

(Ns. Komang Ayu Henny Achjar, SKM, Mkep, SpKom)

ABSTRACT

Degeneration process in elderly impact on the quantity of sleep in elderly sleep which increasing erduced the quality og elderly sleep. The condition is indirectly can interfere with health and causes someone to fall into deseases condition, so that it will give rise to new complaints of the elderly. The aim of the research is to find out the difference effectiveness beetween music therapy with progressive relaxation techniques for the quality of elderly sleep. This research desain is one of group quasy experiment , the number of samples in each group uses 16 elderly . Experiment group as treatment with therapy music and control group with relaxation progressive. That analyzed with the paired t test before and after given music therapy with the value of $p = 0,000$ which means that there was increased the quality of elderly sleep. Before and after given progressive relaxation techniques with the value of $p = 0,000$ which means that was increased the quality of elderly sleep to. To know the difference effectiveness beetween music therapy and progressive relaxation techniques for the quality of elderly sleep, it was seen from the p value by using independent sample t test analyzed with score 0,000 and the average of increase by using music therapy as much as 5,38 and by using progressive relaxation techniques as much as 2,75.

Keyword : The quality of sleep, therapy music, progressive relaxation

PENDAHULUAN

Penduduk lansia di Indonesia tahun 2010 diperkirakan berjumlah 23,9 juta jiwa dengan usia harapan hidup 67 tahun, sedangkan tahun 2020 diperkirakan sebanyak 28,8 juta jiwadengan usia harapan hidup 71 tahun (Menkokesra, 2006). Peningkatan jumlah lansia tentunya akan menimbulkan beberapa masalah di bidang kesehatan, salah satunya adalah gangguan tidur. Proses degeneratif pada lansia mengakibatkan kuantitas tidur lansia akan semakin berkurang sehingga tidak tercapai kualitas tidur yang adekuat (Nugroho, 2008).

Keluhan yang biasanya dirasakan oleh lansia dengan masalah tidur seperti sering kesulitan memulai tidur, sering terjaga sewaktu tidur dan tidak dapat tidur lagi. Secara fisiologis jika lansia tidak mendapatkan tidur yang cukup, dapat menyebabkan penurunan nafsu makan, kelemahan/kelelahan, peningkatan angka kejadian kecelakaan baik dirumah maupun di jalan, terjatuh, emosi tidak stabil, sulit konsentrasi (Wold,G, 2004). Salah satu faktor yang dapat menyebabkan gangguan tidur adalah stres emosional (Potter & Perry, 2005).

Penyembuhan secara non farmakologis terhadap gangguan tdur pada lansia sangat diperlukan antara lain dengan pemberian terapi musik (Djohan, 2006).Selain itu dapat juga diberikan tehnik relaksasi progresif (Potter& Perry, 2005). Terapi musik merupakan penggunaan musik sebagai peralatan terapi untuk memperbaiki, memelihara,

mengembangkan mental, fisik, kesehatan emosi lansia. Jenis musik yang digunakan dalam terapi dapat disesuaikan dengan latar belakang budaya, kebutuhan klien dan tujuan yang diharapkan. Pemilihan musik yang sederhana, menenangkan dan mempunyai tempo teratur seperti musik relaksasi, musik alam sekitar, musik instrumental, musik klasik atau musik meditatif merupakan salah satu cara untuk mengatasi stress dan menimbulkan kondisi rileks (Mucci,K & Mucci,R 2002). Relaksasi progresif merupakan salah satu tehnik untuk mengurangi ketegangan otot, ketika lansia mengalami ketegangan otak dan otot sehingga pengaktifan saraf parasimpatis dengan tehnik relaksasi secara otomatis menurunkan ketegangan sehingga seseorang akan mudah untuk tidur (Guyton & Hall, 2008)

A. Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian adalah : Adakah perbedaan penggunaan terapi musik dan terapi relaksasi progresif terhadap peningkatan kualitas tidur lansia?

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan penggunaan terapi musik dan terapi relaksasi progresif terhadap peningkatan kualitas tidur lansia.

2. Tujuan khusus :

Penelitian ini bertujuan untuk,

- a. Mengetahui kualitas tidur lansia sebelum dan sesudah diberikan terapi musik.
- b. Mengetahui tidur lansia sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi progresif.
- c. Menganalisis efektifitas perbedaan penggunaan terapi musik dan terapi relaksasi progresif terhadap kualitas tidur lansia

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini termasuk *quasy experiment*, dengan mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol dan kelompok eksperimen, dengan rancangan *pre post* yaitu memberikan perlakuan berupa terapi musik pada kelompok eksperimen dan memberikan perlakuan berupa terapi relaksasi progresif pada kelompok kontrol.

B. Pengumpulan Data

Responden penelitian ini adalah lansia yang mengalami gangguan tidur dengan kriteria inklusi lansia yang tidak mengkonsumsi obat tidur atau minum susu, tidak memiliki kebiasaan minum kopi, mampu berkomunikasi dan mendengar dengan baik. Jumlah sampel yang digunakan dengan menetapkan masing masing 16 orang untuk setiap kelompok

perlakuan. Kelompok eksperimen diberikan terapi musik satu kali sehari secara teratur selama seminggu dengan durasi 30 menit yang diputar melalui audiotape. Sedangkan kelompok kontrol diberikan terapi relaksasi progresif selama 15 menit, diberikan satu kali sehari secara teratur selama seminggu. Kedua kelompok sebelum diberikan perlakuan, akan diberikan *pretest* menggunakan kuesioner kualitas tidur yang telah dirancang dan dimodifikasi dari kuesioner The SMH (*St. Marys Hospital Sleep Questionnaire*). Setelah diberikan perlakuan, kedua kelompok diberikan *post test* menggunakan kuesioner yang sama terkait kualitas tidur lansia.

C. Tehnik Analisis Data

Uji statistik untuk mengetahui perbedaan kualitas tidur antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, menggunakan uji *t paired*. Sedangkan untuk mengetahui perbedaan kedua kelompok menggunakan uji *independent t test*.

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Kualitas tidur lansia sebelum diberikan terapi musik pada kelompok eksperimen terdapat 43,8% memiliki kualitas tidur sedang dan 56,2% lansia yang memiliki kualitas tidur kurang. Setelah diberikan perlakuan, terdapat 15,6% lansia dengan kualitas tidur baik sedangkan sisanya dengan kualitas tidur sedang (68,8%). Darmojo (2004) menyatakan bahwa gangguan tidur lansia dapat diatasi dengan penatalaksanaan gangguan tidur diantaranya dengan merubah gaya hidup yang diperlukan dengan memperbaiki faktor fisik dan psikis yang mendasari terjadinya gangguan tidur pada lansia. Menurut Mucci K & Mucci R (2002), terapi musik relaksasi merupakan musik yang sederhana, menenangkan dan mempunyai tempo teratur yang dapat digunakan sebagai salah satu cara untuk mengatasi stress dan menimbulkan kondisi rileks seseorang. Penelitian ini didukung oleh Erliana (2008) tentang efektifitas terapi musik terhadap peningkatan kualitas tidur penderita insomnia, didapatkan 74% re, didapatkan 74% responden mengalami peningkatan kualitas tidur setelah diberikan terapi musik.

Kualitas tidur lansia sebelum diberikan relaksasi progresif pada kelompok kontrol, terdapat 25% lansia dengan kualitas tidur kurang selebihnya dengan kualitas tidur sedang. Setelah diberikan terapi relaksasi progresif terdapat 12,5% lansia dengan kualitas tidur baik, 81,2% dengan kualitas tidur sedang dan 6,2% kualitas tidur baik. Menurut Benson (2000), relaksasi merupakan prosedur untuk membantu individu berhadapan pada situasi yang penuh stress. Relaksasi merupakan cara untuk mengatasi nyeri, menghilangkan ketegangan otot dan dapat memperbaiki gangguan tidur. Relaksasi progresif dapat menimbulkan respon relaksasi pada lansia sehingga dapat mencapai keadaan tenang dan nyaman, juga memberikan efek peningkatan gelombang alfa sehingga lansia dapat lebih mudah untuk tidur (Guyton & Hall, 2008).

Berdasarkan hasil uji *t peired*, terdapat perbedaan pemberian terapi kepada kedua kelompok sebelum dan sesudah diberikan peprogresifrlakuan dengan nilai p value 0,000. Terlihat bahwa terapi musik lebih efektif untuk meningkatkan kualitas tidur lansia dibandingkan relaksasi progresif. Hal ini terlihat dari hasil peningkatan perbedaan rata-rata peningkatan kualitas tidur sebanyak 5,38, sedangkan menggunakan relaksasi progresif memiliki rata-rata peningkatan kualitas tidur 2,75. Terdapat perbedaan antara

terapi musik dan relaksasi progresif terhadap kualitas tidur lansia dg p value 0,000. Hal ini sesuai dengan Guyton & Hall (2008) menyatakan bahwa terapi musik dapat memberikan pengaruh perlambatan aliran darah yang melewati arteriola dan kapiler sehingga memberikan cukup waktu untuk mendistribusikan oksigen dan nutrisi ke sel terutama jaringan otak dan jantung, sehingga metabolisme sel menjadi lebih baik dan lansia dapat lebih mudah jatuh ke kondisi tidur.

IMPLIKASI DAN KETERBATASAN

Hasil penelitian ini memberikan dampak dan masukan yang sangat besar kepada petugas kesehatan khususnya perawat dalam membantu lansia untuk meningkatkan kualitas tidurnya dengan penggunaan terapi musik dan relaksasi progresif. Bagi perawat komunitas khususnya dengan penggunaan terapi non farmakologis dapat dijadikan acuan dasar pemberian terapi kepada lansia baik di keluarga, masyarakat atau di kelompok khusus seperti panti, posyandu. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan mengenai penggunaan terapi non farmakologis yang tepat yang dapat digunakan sebagai alternatif implementasi untuk meningkatkan kualitas tidur lansia sehingga meminimalkan penggunaan terapi farmakologis.

DAFTAR PUSTAKA :

- Benson, 2000, Dasar-dasar respon relaksasi. Bandung : Mizan
- Darmojo, 2004, Buku Ajar Geriatrik, edisi ketiga, Jakarta : FKUI
- Djohan, 2006, Terapi Musik Teori dan Aplikasi, Jogjakarta : Galangpress
- Erliana dkk, 2008, perbedaan tingkat insomnia lansia sebelum dan sesudah latihan relaksasi otot progresif, Bandung : Univ Pajajaran
- Guyton & Hall, 2008, Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi II, Jakarta : EGC
- Menkokesra, 2006, Peningkatan jumlah penduduk lansia di Indonesia (online), available : <http://www.menkokesra.go.id> (27 januari 2013)
- Mucci, K & Mucci, R, 2002, The Healing sound of Music. Manfaat musik untuk kesembuhan, kesehatan dan kebahagiaan anda. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Nugroho, 2008, Keperawatan gerontik dan geriatrik, Jakarta : EGC
- Potter & Perry, 2005, Buku ajar fundamental keperawatan, edisi keempat, Jakarta : EGC
- Wold, G, 2004, Basic geriatric nursing, third edition, Amerika : Mosby
-

**HUBUNGAN FUNGSI KOGNITIF DENGAN KUALITAS HIDUP LANSIA DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUNGAI ULIN BANJARBARU (*Relationship
Between Cognitive Function With Quality Of Life Of Elderly People In The Work
Area Sungai Ulin Banjarbaru Health Center*)**

Herawati¹, Syamsul Arifin², Noor Kamelia³

¹ **Bagian Keperawatan Kesehatan Komunitas PSIK FK Unlam**

² **Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK Unlam**

³ **Mahasiswa PSIK FK Unlam**

ABSTRACT

Indonesia is a developing country that has increased the number of elderly each year. This can cause a variety of problems and also challenges in maintaining quality of life. One of health problems that often occur in elderly people is an impairment of cognitive function. The aim of this study was to identified the relationship between cognitive function with quality of life in elderly people. This study used observational analytic and cross-sectional approach. There were 39 elderly people as sample that were taken using purposive sampling technique. Data were obtained through MMSE and WHOQOL-OLD questionnaires. This study was undertaken in June-August 2012 in the work area of Sungai Ulin Banjarbaru Health Center. Data analysis used Gamma and Sommers'd test. The result showed that the elderly have normal cognitive function 69%, 18% mild cognitive impairment and 13% severe cognitive impairment. Elderly with high quality of life was 87%, 13% have moderate quality of life and 0% have poor quality of life. The result of statistic analysis was a significance p value=0,041 ($p<0.05$). In conclusion there was relationship between cognitive function with quality of life of elderly people in the work area of Sungai Ulin Banjarbaru Health Center. For future study, suggested comparative study between relationship cognitive function with quality of life in elderly at community and Panti Sosial Tresna Werdha, and more concern to activity level of elderly people.

Keywords: *elderly, cognitive function, quality of life*

PENDAHULUAN

Di negara berkembang, jumlah penduduk usia 60 tahun ke atas diperkirakan meningkat menjadi 20% antara tahun 2015–2050. Indonesia berada di urutan keempat, setelah China, India, Jepang. Penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia tahun 2005 berjumlah 18,2 juta orang atau 8,2%, tahun 2007 penduduk lansia berjumlah 18,7 juta (8,42%), tahun 2010 meningkat menjadi 9,77%, dan pada tahun 2020 diperkirakan menjadi dua kali lipat berjumlah 28,8 juta (11,34%).¹

Sekitar 10% orang tua yang berusia lebih dari 65 tahun dan 50% pada usia yang lebih dari 85 tahun akan mengalami gangguan kognitif, dimana akan dijumpai gangguan yang ringan sampai terjadinya demensia.² Penurunan kognitif dan lansia umumnya dianggap sebagai salah satu hal yang paling ditakuti seiring bertambahnya usia.³

Hal yang sering terlihat pada penurunan fungsi kognitif adalah berupa penurunan daya ingat. Fungsi kognitif yang mengalami penurunan dapat menjadi *mild cognitive impairment* (prodroma demensia), yang kemudian menjadi demensia. Para pakar

menyatakan bahwa demensia dapat didiagnosa sebelumnya, dapat dihambat, dicegah, bahkan dapat diobati jika tahapannya sudah dikenali. Kemampuan kognitif lansia perlu diamati untuk mengenali keadaan yang dapat berkembang menjadi prademensia.⁴ Penurunan memori, perhatian dan komunikasi, termasuk seseorang dengan gangguan kognitif dapat mempengaruhi tingkat kualitas hidup.⁵ Kualitas hidup merupakan konsep dimana seseorang ingin menjadi sehat, mandiri (kemampuan mengorganisir kegiatan sehari-hari tanpa bantuan orang lain), aktif secara fisik, ketenangan pikiran dan kebahagiaan, memiliki kemandirian ekonomi dan hak untuk beristirahat.⁶ Penuaan sering diikuti dengan penurunan kualitas hidup lansia. Risiko penurunan fungsi kognitif mengancam kemandirian kualitas hidup lansia yang merupakan tantangan untuk sistem perawatan kesehatan.⁷

Berdasarkan studi pendahuluan dari Dinkes Banjarbaru didapatkan data kunjungan lansia dari periode Januari-Desember 2011 ada sebanyak 8975, kunjungan lansia dengan kelainan mental emosi sebanyak 933, dan kelainan pada tingkat kemandirian sebanyak 1722. Pemilihan lokasi penelitian di wilayah kerja Puskesmas Sungai Ulin karena berdasarkan data Dinkes Kota Banjarbaru, jumlah kunjungan lansia terbanyak urutan pertama berada di wilayah kerja Puskesmas Sungai Ulin yaitu 1929 kunjungan, kedua di Puskesmas Banjarbaru Utara dan Puskesmas Guntung Payung.⁸ Dari wawancara dengan petugas posyandu lansia dan beberapa responden di wilayah kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru didapatkan gambaran secara umum bahwa lansia mengalami kesulitan dalam mengingat dan hal ini berhubungan dengan kualitas hidup lansia.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian untuk mengetahui tentang hubungan fungsi kognitif dengan kualitas hidup lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin.

BAHAN & CARA PENELITIAN

Jenis penelitian yang dilakukan menggunakan metode observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel bebas dan variabel terikat yang akan dikumpulkan hanya satu kali pada satu saat.⁹ Besar sampel yang diambil yaitu dengan menggunakan sampel minimal, sebanyak 30 orang lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru.¹⁰ Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *purposive sampling*. Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu bersedia menjadi responden, dapat berkomunikasi dengan baik, tidak memiliki gangguan jiwa, dan tidak mengalami sakit yang serius saat penelitian.

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru dan dilaksanakan pada bulan Juni-Agustus 2012. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang fungsi kognitif yaitu *Mini-Mental State Examination* (MMSE) dan kuesioner tentang kualitas hidup pada lansia menggunakan WHOQOL-OLD. Fungsi kognitif diukur menggunakan instrumen MMSE. MMSE mengkaji orientasi, daya ingat, perhatian, kalkulasi, bahasa dan kemampuan untuk menyalin desain. Skor maksimal seluruhnya adalah 30, skor ini harus dikurangi satu angka pada setiap kenaikan satu dekade diatas umur 50 tahun dan setengah angka untuk setiap pendidikan kurang dari tahun ke-13. Klasifikasi nilai MMSE dikategorikan menjadi 3 yaitu normal (24-30), kelainan kognitif ringan (18-23,5), dan kelainan kognitif berat (0-17,5).. Kualitas hidup diukur menggunakan instrumen WHOQOL-OLD. WHOQOL-OLD terdiri atas 6 domain. Setiap pertanyaan memiliki skor 1-3. Klasifikasi nilai WHOQOL-OLD dikategorikan menjadi 3 yaitu kualitas hidup rendah (21-35), kualitas hidup sedang (36-48), dan kualitas hidup

tinggi (49-63).

Data primer diperoleh langsung dengan menggunakan kuesioner. Responden diberikan penjelasan terlebih dahulu tentang tujuan dan manfaat penelitian serta cara pengisian kuesioner. Responden yang menyetujui penelitian ini selanjutnya diminta mengisi lembar persetujuan menjadi responden. Kemudian responden diminta mengisi kuesioner (baik secara mandiri maupun dengan bantuan peneliti). Peneliti juga menggunakan data sekunder yang didapatkan dari kader Posyandu Lansia.

Pengolahan data yang dilakukan dengan terlebih dahulu memeriksa data yang telah dikumpulkan, kemudian data diberi kode untuk mempermudah saat analisis data dan mempercepat saat memasukkan data. Setelah pemberian kode, selanjutnya dilakukan *processing*. Data dimasukkan dari kuesioner ke program komputer. Setelah data dimasukkan, dilakukan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan. Pengecekan data kembali bertujuan untuk mengetahui ada kesalahan atau tidak. Cara analisis data dalam penelitian ini menggunakan program komputer dengan uji *Gamma* dan *Somers'd* untuk mengetahui hubungan antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup lansia dengan tingkat kepercayaan 95%, dengan hasil jika $p < 0,05$ terdapat hubungan yang bermakna dan $p > 0,05$ terdapat hubungan yang tidak bermakna. Uji ini mengkorelasi data ordinal dan data dari kedua variabel tidak harus terdistribusi normal.¹⁰

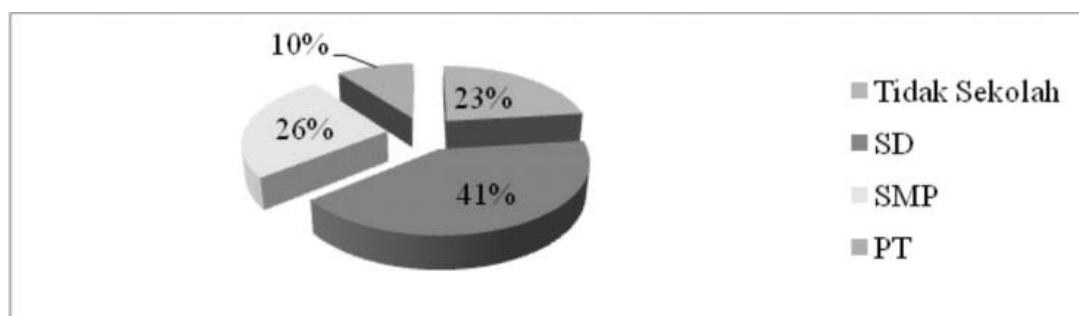
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Lokasi Penelitian

Telah dilakukan penelitian tentang hubungan fungsi kognitif dengan kualitas hidup pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Ulin. pada bulan Juni – Agustus 2012. Puskesmas Sungai Ulin terletak di Kecamatan Banjarbaru Utara. Puskesmas Sungai Ulin mempunyai cakupan wilayah Kelurahan Sungai Ulin dan Kelurahan Komet. Dengan luas wilayah kerja Kelurahan Sungai Ulin seluas 7,128 km dan Kelurahan Komet seluas 7,1 km. Perbatasan wilayah yaitu sebelah Utara berbatasan dengan Sungai Paring Indra Sari (Martapura Kota), sebelah Timur berbatasan dengan Cempaka, sebelah Selatan berbatasan dengan Sungai Besar (Banjarbaru Selatan), dan sebelah Barat berbatasan dengan Desa Padang Panjang (Karang Intan).

B. Data Demografi Responden

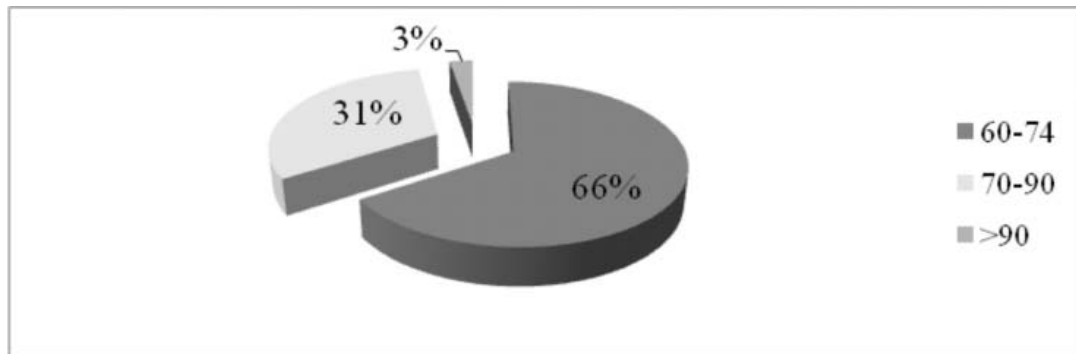
1. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan



Gambar 5.1 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru.

Hasil penelitian seperti terlihat pada Gambar 5.1 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan pendidikan yaitu tidak sekolah berjumlah 9 orang (23%), SD sebesar 16 orang (41%), SMP berjumlah 10 orang (26%) dan PT berjumlah 4 orang (10%).

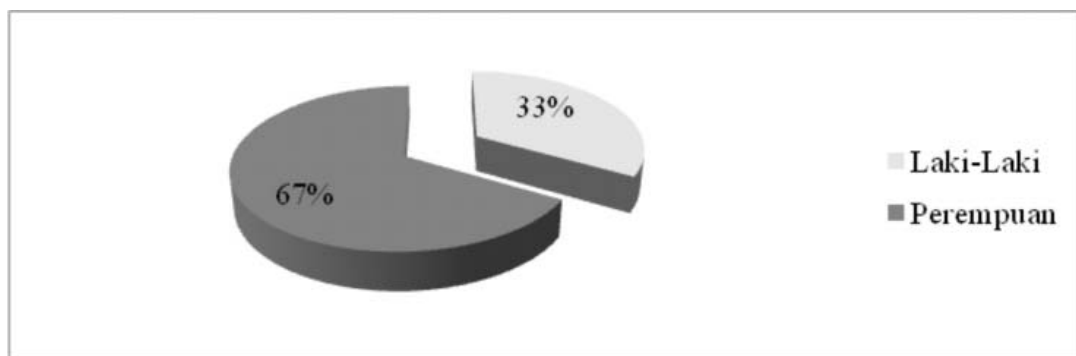
2. Karakteristik responden berdasarkan umur



Gambar 5.2 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru.

Hasil penelitian seperti terlihat pada Gambar 5.2 menunjukkan bahwa umur responden berdasarkan 60-74 tahun berjumlah 25 orang (66%), 75-90 tahun berjumlah 13 orang (31%) dan > 90 tahun berjumlah 1 orang (3%). Jadi sebagian besar responden berumur 60-74 tahun.

3. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

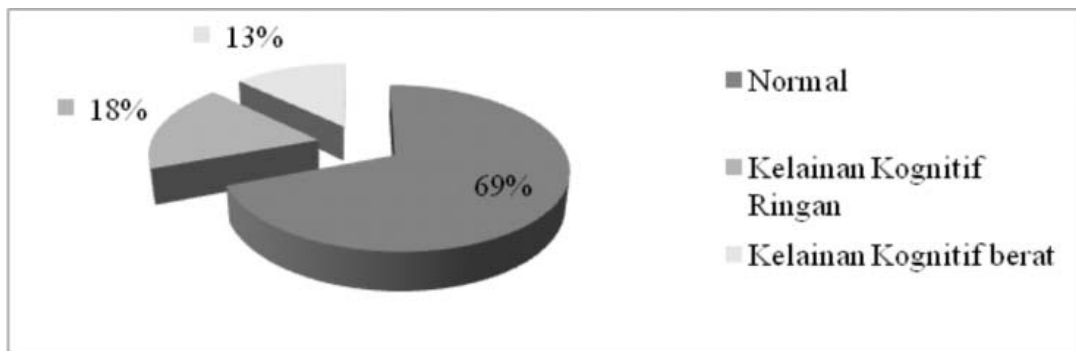


Gambar 5.3 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru.

Hasil penelitian seperti yang terlihat pada Gambar 5.4 menunjukkan responden berdasarkan jenis kelamin yaitu laki – laki berjumlah 13 orang (33%) dan wanita berjumlah 26 orang (67%). Jadi sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan.

C. Fungsi Kognitif dan Kualitas Hidup

1. Fungsi kognitif

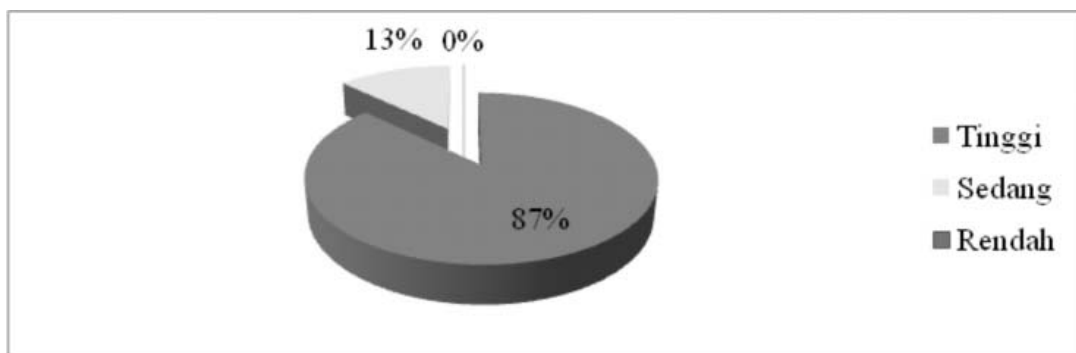


Gambar 5.4 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Fungsi Kognitif di Kerja Wilayah Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru.

Hasil penelitian seperti terlihat pada Gambar 5.5 menunjukkan hasil pengumpulan data, didapatkan fungsi kognitif normal berjumlah 27 orang (69%), sedangkan yang mengalami kelainan fungsi kognitif ringan berjumlah 7 orang (18%) dan yang mengalami kelainan fungsi kognitif berat berjumlah 5 orang (13%). Jadi sebagian besar fungsi kognitif responden adalah normal.

Yaffe *et al* (2001) menyebutkan bahwa 10% dari lansia berusia >65 tahun mengalami gangguan kognitif,² sedangkan dari hasil penelitian ditemukan 13% responden mengalami kelainan kognitif berat. Tingginya angka tersebut mungkin dikarenakan rendahnya tingkat pendidikan responden yaitu SD (41%). Folstein *et al* (1993) menyatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi fungsi kognitif seseorang.¹¹ Lee S *et al* (2006) juga menyatakan hal yang sama dengan gangguan kognitif dapat diturunkan dengan peningkatan pendidikan.¹²

2. Kualitas hidup



Gambar 5.5 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru.

Hasil penelitian seperti terlihat pada Gambar 5.6 menunjukkan bahwa responden yang memiliki tingkat kualitas hidup tinggi berjumlah 34 orang (87%), kualitas hidup sedang berjumlah 5 orang (13%), dan kualitas hidup rendah 0 orang (0%). Jadi hal ini menjelaskan bahwa kualitas hidup responden sebagian besar tinggi.

Dari hasil penelitian ditemukan 87% responden memiliki kualitas hidup tinggi. Tingginya kualitas hidup responden mungkin dikarenakan sebagian besar responden berumur 60-74 tahun (66%). Penelitian Bain GH *et al* (2003) menunjukkan bahwa umur mempengaruhi kualitas hidup. Kualitas hidup bervariasi antar individu dari waktu ke waktu. Beberapa sumber yang menyebabkan variasi kualitas hidup usia tua antara lain kemiskinan, kesehatan yang buruk, tingkat kemandirian, penyakit, pengobatan dan umur.¹³

3. Hubungan fungsi kognitif dengan kualitas hidup pada lansia

Tabel 5.1 Tabulasi Silang Hubungan Fungsi Kognitif terhadap Kualitas Hidup Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru.

Fungsi Kognitif	Kualitas Hidup			Total
	Rendah	Sedang	Tinggi	
Kelainan kognitif berat	0	3	4	7
Kelainan kognitif ringan	0	1	4	5
Normal	0	1	26	27
Total	0	5	34	
Hasil uji <i>Gamma Somers'd</i>	$\rho = 0,041$			

Hasil seperti terlihat pada tabel 5.1, menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai fungsi kognitif normal terhadap kualitas hidup. Hal ini dilatarbelakangi sebagian besar responden yaitu tingkat pendidikan responden adalah SD dan SMP, umur responden 60–74 tahun, bekerja dan berjenis kelamin perempuan.

Hasil analisis hubungan antara variabel fungsi kognitif dan kualitas hidup menggunakan uji *Gamma* dan *Somers'd* dengan bantuan software komputer terlihat pada Tabel 5.1, memperlihatkan bahwa hasil nilai $\rho = 0,041$ lebih kecil dari 0,05 maka H_0 ditolak. Dapat dinyatakan bahwa penelitian yang dilakukan menunjukkan hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan kualitas hidup.

Fungsi kognitif merupakan kemampuan seseorang untuk mengerti dunianya, yang dicapai dari sejumlah fungsi yang kompleks termasuk orientasi terhadap waktu, tempat dan individu; kemampuan aritmatika; pikiran abstrak; dan kemampuan fokus untuk berpikir logis. Seseorang dengan kemampuan berpikir yang baik tentunya akan menyadari perubahan-perubahan yang ia alami dimasa tua, maka secara otomatis ia akan sadar akan penurunan kemampuan yang dialami. Pada umumnya lansia akan beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada aktivitasnya, misalnya berupa penurunan tingkat aktivitas. Hal ini dilakukan sebagai wujud untuk mempertahankan kesehatannya demi tercapainya kualitas hidup yang baik.¹⁴

Kualitas hidup mengacu pada evaluasi subjektif berupa perasaan kesejahteraan, kepuasan dan gangguan yang secara subjektif dirasakan oleh seseorang.⁵Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup antara lain adalah kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritual.¹⁵Kualitas hidup yang baik ditemukan pada seseorang yang dapat menjalankan fungsi dan perannya dalam kehidupan sehari-hari dengan baik sesuai tahap perkembangannya.¹⁶

Seseorang dengan fungsi kognitif yang baik memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibanding dengan yang memiliki kelainan kognitif.^{7,17} Fungsi kognitif yang baik sangat diperlukan agar seseorang dapat meningkatkan kualitas hidup terutama optimalisasi status fungsional, keadaan umum, memulihkan produktifitas, kreatifitas dan perasaan bahagiannya.¹⁸

Fungsi kognitif merupakan salah satu dimensi kualitas hidup. Gangguan fungsi kognitif dapat mempengaruhi kesejahteraan dan aktivitas sehari-hari. Pertambahan umur terkait dengan penurunan kualitas hidup dan fungsi kognitif sering dikaitkan dengan peningkatan insiden dan prevalensi penyakit. Fungsi kognitif berhubungan dengan kualitas hidup, diantaranya adalah penurunan fungsi kognitif yang berdampak pada kesehatan fisik dan hubungan sosial pada lansia. Beberapa faktor yang telah dibuktikan mempengaruhi fungsi kognitif adalah gaya hidup, endokrin, faktor genetik, penyakit sistemik, paparan neurotoksik, perawatan medis, dan aktivitas sosial.¹⁹

Lansia yang disertai dengan penyakit seperti diabetes mellitus, hipertensi, penyakit kardiovaskular menyebabkan penurunan kognitif yang pada umumnya berdampak pada kesehatan fisik, selain itu juga berdampak pada hubungan sosial dan tingkat kemandirian. Dari segi hubungan sosial dapat dilihat dari terbatasnya aktivitas dan interaksi sosial seseorang saat menderita suatu penyakit. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa mereka yang mempunyai hubungan sosial yang luas dapat menurunkan risiko gangguan kognitif, rendahnya depresi, serta meningkatkan ketaatan berobat. Kesehatan fisik, hubungan sosial, dan kemandirian merupakan domain dari kualitas hidup. Dengan demikian secara tidak langsung fungsi kognitif berhubungan dengan kualitas hidup baik dilihat dari segi kesehatan fisik, hubungan sosial maupun tingkat kemandiriannya.^{19,20}

Berdasarkan penelitian terdahulu seperti penelitian Konagaya *et al* (2009) yang melakukan analisis regresi linier pada umur, jenis kelamin dan lama pendidikan terhadap kualitas hidup menunjukkan hasil fungsi kognitif dianggap lebih berpengaruh pada kualitas hidup dibandingkan umur dan jenis kelamin.²¹ Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Longsdon *et al* (2002),diketahui bahwa penurunan kognitif mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup lansia. Fungsi kognitif yang buruk dapat memberikan dampak pada memburuknya kualitas hidup seseorang.⁵

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan fungsi kognitif dengan kualitas hidup lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru dengan hasil ($\rho=0,041$). Fungsi kognitif lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru yaitu yang memiliki kelainan kognitif berat sebesar 13%, kelainan kognitif ringan sebesar 18%, dan normal sebesar 69%. Kualitas hidup lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Ulin Banjarbaru yaitu rendah sebesar 0%, sedang sebesar 13%, dan tinggi sebesar (87%).

Peneliti menyarankan agar perawat komunitas mengembangkan program baru di Puskesmas yang ditujukan untuk peningkatan fungsi kognitif dan kualitas hidup lansia, misalnya program senam otak yang akan dilakukan di tiap Posyandu Lansia, serta perawat komunitas lebih aktif lagi untuk memberikan pendidikan kesehatan terhadap lansia dan keluarga dalam peningkatan fungsi kognitif dan kualitas hidup lansia. Untuk penelitian berikutnya hendaknya melakukan penelitian dengan rancangan penelitian komparatif yaitu antara hubungan fungsi kognitif dengan kualitas hidup pada lansia di komunitas dan di PSTW.

KEPUSTAKAAN

1. Kementerian Pendidikan Nasional. Petunjuk teknis pengajuan dan pengelolaan bantuan penyelenggaraan kecakapan dan pengasuhan lansia. Jakarta: Direktorat Pembinaan Pendidikan Masyarakat, 2011.
2. Yaffe K, D Barnes, M Nevitt, et al. A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1703-1708.
3. Andel R, TF Hughes, M Crowe. Strategies to reduce the risk of cognitive decline and dementia. *Aging Health* 2005; 1(1): 107-116.
4. Anonim. Semi Jurnal Ethical Digest: Mencegah demensia. *Etika Media Utama* 2007; 45: 24-28.
5. Longsdon RG, LE Gibbons, SM McCurry, et al. Assessment quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64: 510-519.
6. Eser E, S Eser, BC Ozyurt, et al. Perception of quality of life by a sample of Turkish older adults: WHOQOL-OLD project Turkish focus group results. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005; 8(4): 169-183.
7. Williams K, S Kemper. Exploring intervention to reduce cognitive decline in aging. *Journal Psychosocial Nurse Mental Health Service* 2010; 48(5): 42-51.
8. Laporan hasil kegiatan kesehatan di kelompok usia dan Puskesmas Kota Banjarbaru bulan Januari - Desember 2011. Banjarbaru: Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru, 2011.
9. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan edisi 2. Jakarta: Salemba Medika, 2009
10. Silalahi GA. Metodologi penelitian & studi kasus. Jakarta: Citramedia, 2000.
11. Setyopranoto I, R Lamsudin. Kesepakatan penilaian Mini Mental State Examination (MMSE) pada penderita stroke iskemik akut di RSUP DR Sardjito Yogyakarta. *Berkala Neuro Sains* 1999; 1(1).
12. Lee S, JE Buring, NR Cook, et al. The relation of education and income to cognitive function among professional women. *Neuroepidemiology* 2006; 26(2): 93-101.

13. Bain GH, H Lemmon, S Teunisse, et al. Quality of life in healthy old age: relationship with childhood IQ, minor psychological symptoms and optimism. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 632-6.
 14. Pincus JH, JG Tucker. Behavioral neurology 4th edition. New York: Oxford University Press, 2003.
 15. World Health Organization. WHOQOL-OLD Manual. European Office (Copenhagen), 2006. (<http://library.cphs.chula.ac.th>). Diakses 20 Desember 2011.
 16. Prinardi A, MNR Hadjan. Optimisme, harapan, dukungan sosial, keluarga, dan kualitas hidup orang dengan epilepsy. *Jurnal Psikologi* 2010; 3(2).
 17. Testa MA, DC Simonson. Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal Medicine* 1996; 334(13): 835-840.
 18. Rohmah ASN. Hubungan antara gangguan gerak dan fungsi kognitif pada wanita lanjut usia di Panti Wredha Surakarta. Skripsi: Diploma IV Fisioterapi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2009.
 19. Wreksoatmodjo BR. Penelitian pendahuluan atas hubungan *social engagement* dengan fungsi kognitif. *CDK* 2012; 39(2): 110-7.
 20. Stem PC, Laura LC. The aging mind: opportunities in cognitive research. National Academies Press. <http://www.nap.edu>. 2000. Diakses 14 November 2012.
 21. Konagaya Y, T Watanabe, T Ohta, et al. Relationship between quality of life (GOL) and cognitive function among community-dwelling elderly. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2009; 46(2): 160-7.
-

**EFEK KOMBINASI *KEGEL'S EXERCISE, BLADDER TRAINING*
DAN PENGATURAN DIET DALAM MENURUNKAN EPISODE
INKONTINENSIA URIN PADA LANSIA DI PANTI WREDHA PROPINSI D.I
YOGYAKARTA** (*Combined Effects Of Kegel's Exercise, Bladder Training, And Diet
Arrangements In Reducing The Elderly Incontinence Episode In Yogyakarta Province*)

Wahyu Ratna¹⁾, Sri Arini Winarti²⁾, Sari Candra Dewi³⁾, Maryana⁴⁾

ABSTRACT

BACKGROUND: Urinary incontinence can seriously affect the physical, psychological, and social well-being of the individual. Management of urinary incontinence includes pelvic floor behavioral interventions, drug therapy, and surgery. Treatment for urinary incontinence in the elderly cope with more emphasis on improving or maintaining quality of life. There are several non-invasive measures, such as behavior-based therapy that is believed to be effective in controlling some types of urinary incontinence. In addition to Kegel's exercises, exercises that can be used to address urinary incontinence are bladder training and diet arrangements done separately or simultaneously.

OBJECTIVE: This study was conducted to determine the effect of the combination of Kegel's exercises, bladder training and regulation of diet in reducing episodes of urinary incontinence in the elderly.

METHODS: a quasi-experimental study in which the treatment given is giving Kegel's exercise, bladder training and regulation of diet in reducing episodes of urinary incontinence in the elderly with the Pre-Post Group without control design. The study was conducted at 12 weeks effective from June till August 2012 (length of intervention for 2 months or 8 weeks) at PSTW (Hanna, Budidharma, Abiyoso and Budi Luhur). There are 25 samples according to the criteria of the sample. Variable combination of Kegel's Exercise, diet and setting Tarining Bladder and urinary incontinence episodes instrument used for the study was notes / bladder diary in 24 hours with the results of measuring the average frequency of urination. Parametric test was used with significance level $p < 0.05$

RESULTS: Respondents in the age group 71-80 years (36%) mostly (84%) of respondents are Muslims, 52% of respondents education level is uneducated. giving a combination of Kegel's exercise and the diet has a tendency to decrease. Before and after the different test groups in PSTW Hanna has no difference between the results before and after the combination of Bladder training and diet regulation. PSTW Abiyoso no difference before and after the combination of Kegel's exercises and bladder training, there is a difference between before and after the combination of Kegel's exercises, bladder training and the diet in PSTW Budi Dharma.

CONCLUSIONS: The most effective treatment to reduce the episode of urine incontinentia in elderly is the combination of bladder training and diet arrangement.

Keywords: Kegel's Exercise, Bladder Tarining, the diet and urine incontinence

1,2,3,4 Department of Nursing Health Polytechnic Ministry of Health Yogyakarta

PENDAHULUAN

Inkontinensia urin merupakan pengeluaran urin dan kandung kemih yang tidak terkendali atau terjadi diluar keinginan. Jika inkontinensia urin terjadi akibat inflamasi, mungkin sifatnya hanya sementara. Namun jika timbul karena kelainan neurologis yang serius, kemungkinan besar sifatnya akan permanen (Smeltzer & Bare, 2000).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah *quasi eksperimen*, dimana perlakuan yang diberikan adalah memberikan *Kegel's exercise, bladder training dan pengaturan diet* dalam menurunkan episode inkontinensia urin pada lansia dengan *Pre-Post Group without control design*. Di Panti Wredha di Propinsi D.I Yogyakarta selama 12 minggu efektif, mulai bulan Juni s.d Agustus 2012 (lama intervensi selama 2 bulan atau 8 minggu).

Subyek penelitian lansia perempuan penghuni Panti Wredha di Wilayah Propinsi D.I Yogyakarta yang mengalami inkontinensia urin. Lansia penghuni panti Wredha berjumlah 187 lansia, sedangkan lansia yang mengalami inkontinensia urin berjumlah 42 orang lansia.

Kriteria sampel Inklusi : Lansia penghuni panti, Lansia yang mengalami inkontinensia urin, Lansia yang mau dijadikan sampel penelitian. Eksklusi : Lansia yang sedang mendapatkan obat jenis diuretik. Variabel independen Kombinasi *Kegel's Exercise, Bladder Training* dan pengaturan diet, variabel dependen frekuensi kejadian inkontinensia urine dalam 24 jam yang dihitung dengan frekuensi berkemih selama seminggu pada sebelum dan sesudah perlakuan kombinasi diberikan dalam jumlah berkemih.

Pelaksanaan pemberian kombinasi *Kegel's Exercise, Bladder Training* dan pengaturan diet selama 8 minggu efektif. Pemberian perlakuan kombinasi yaitu dilaksanakan di Panti Wredha wilayah DIY yaitu : Pemberian latihan *Kegel's exercise* dan *bladder training* di PSTW Abiyoso, Pemberian latihan *Kegel's exercise* dan pengaturan diet di PSTW Budiluhur Yogyakarta, Pemberian latihan *Bladder training* dan pengaturan diet di PSTW Hanna, Pemberian latihan *Kegel's exercise, bladder training* dan pengaturan diet di PSTW Budhi Dharma

Penghitungan dan pencatatan kembali frekuensi berkemih dan episode inkontinensia urine setelah minggu ke 8 yang dicatat melalui cek list yang telah disiapkan selama satu minggu.

HASIL PENELITIAN

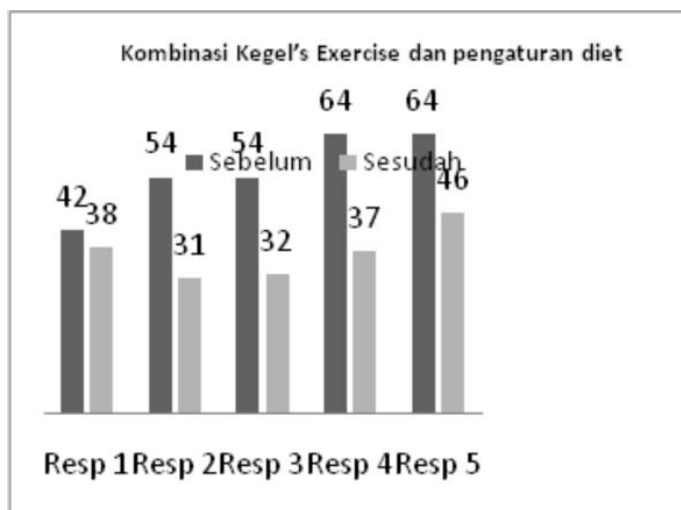
NO	PSTW	FREK	%
1	Budi Luhur	5	20
2	Abiyoso	10	40
3	Budi Dharma	6	24
4	Hanna	4	16
TOTAL		25	100

Berdasarkan diatas, maka responden yang paling banyak di PSTW Abiyoso Yogyakarta dengan jumlah 40%. PSTW Abiyoso merupakan PSTW yang tingkat hunian lansia paling banyak diantara PSTW yang berada di Wilayah Yogyakarta

NO	KARAKTERISTIK	FREK	%
1	Tempat Tinggal Lansia		
	a. Budi Luhur	5	20
	b. Abiyoso	10	40
	c. Budi Dharma	6	24
	d. Hanna	4	16
2	Agama		
	a. Islam	21	84
	b. Kristen	1	4
	c. Katholik	3	12
	d. Hindu	0	0
	e. Budha	0	0
3	Pendidkan		
	a. Tidak Sekolah	13	52
	b. SD	5	20
	c. SMP	4	16
	d. SMA	2	8
	e. PT	1	4

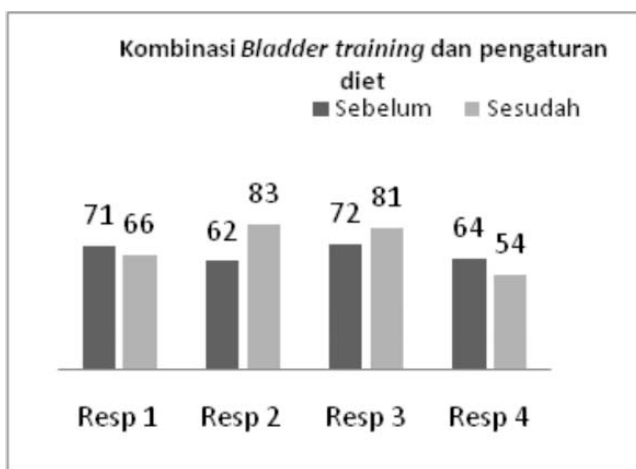
Berdasarkan tabel diatas didapatkan responden yang paling banyak berada pada kelompok umur 71-80 tahun sebesar 36%. Pada kelompok umur ini termasuk pada kelompok umur *old*. sebagian besar (84%) responden beragama Islam, sehingga dalam bimbingan rohani sehari-hari dikelompokkan sesuai dengan agama yang dianut responden di semua PSTW Wilayah Yogyakarta. Bimbingan rohani ini berlaku pada responden (penghuni panti) dan pelaksanaannya pada kehidupan sehari-hari, terjadual setiap harinya dan mendapat pembimbing di setiap wisma. Selanjutnya penghuni panti yang meninggal, penatalaksanaan pemulasaran jenazah sesuai dengan agama yang di anut.

Diketahui bahwa 52% responden tidak sekolah, sehubungan dengan hal tersebut berdampak pada metode pengajaran senam kegel, pengaturan diit dan *bladder training*.

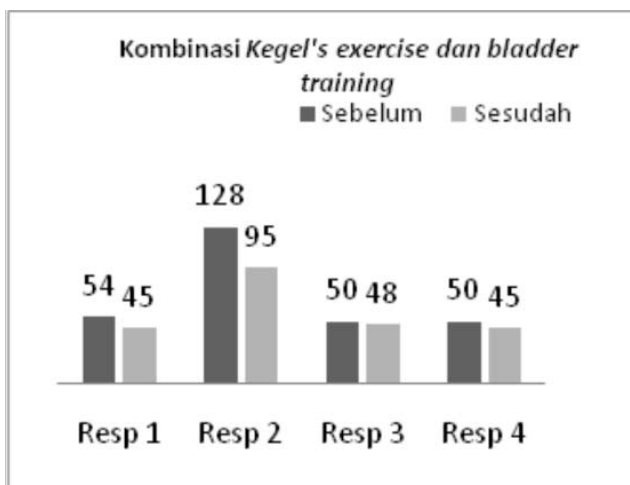


Terdapat kecenderungan penurunan episode inkontinensia urin pada lansia sesudah pemberian kombinasi *kegel's exercise* dan pengaturan diet di PSTW Budi Luhur. Kombinasi ini merupakan kombinasi senam kegel yang dilakukan setiap hari selama 15 menit dan pengaturan asupan makan dan minum yang mempunyai efek diuretik. Makan dan minum yang dibatasi adalah makan buah-buahan seperti semangka, melon, peer dan minum kopi serta teh.

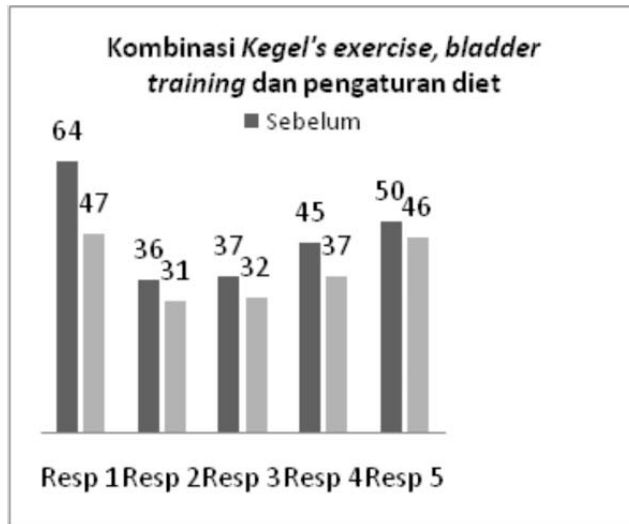
Uji beda sebelum dan sesudah pada kelompok ini dengan menggunakan uji *wilcoxon rank test* mempunyai hasil 0,043 artinya ada perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian kombinasi *Kegel's exercise* dan pengaturan diet. Dilihat dari frekuensi inkontinensia urin pada sebelum dan sesudah mendapatkan kombinasi *Kegel's exercise* dan pengaturan diet mempunyai kecenderungan menurun.



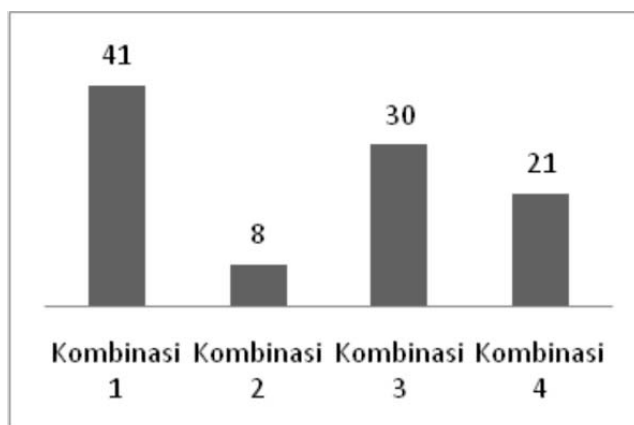
Responden yang mengalami penurunan episode inkontinensia urin sejumlah 2 orang, sementara 2 orang responden lainnya tidak mengalami penurunan episode inkontinensia urin setelah pemberian kombinasi *bladder training* dan pengaturan diet. Uji beda sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok ini menggunakan uji *wilcoxon rank test* mempunyai hasil 0,715 artinya tidak ada perbedaan episode inkontinensia urin antara sebelum dan sesudah pemberian kombinasi *bladder training* dan pengaturan diet.



Hasil responden mengalami penurunan episode inkontinensia urin sesudah pemberian kombinasi *Kegel's exercise* dan *bladder training* di PSTW Abiyoso. Uji beda sebelum dan sesudah pada kelompok ini dengan menggunakan uji *wilcoxon rank test* mendapatkan hasil $p < 0,005$ yang berarti ada perbedaan sebelum dan sesudah pemberian kombinasi *Kegel's exercise* dan *bladder training*.



Diketahui adanya kecenderungan penurunan episode inkontinensia urin pada lansia sesudah pemberian kombinasi *Kegel's exercise*, *bladder training* dan pengaturan diet di PSTW Budi Dharma Yogyakarta. Uji beda sebelum dan sesudah pada kelompok ini dengan menggunakan uji *wilcoxon rank test* mempunyai hasil 0,027 artinya ada perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian kombinasi *Kegel's exercise*, *bladder training* dan pengaturan diet di PSTW Budi Dharma.



Hasil uji Anava menunjukkan hasil $p < 0,029$ yang berarti bahwa pemberian kombinasi ini mempunyai hasil yang berbeda antar kelompok. Kemudian melihat yang paling berbeda mean antar kelompok tersebut dapat dilihat bahwa kombinasi 1 yaitu di PSTW Hanna dengan pemberian latihan *Bladder training* dan pengaturan diet menunjukkan bahwa mempunyai mean yang berbeda diantara kombinasi lain, yaitu mempunyai efek penurunan episode inkontinensia urin sebanyak 41 %.

Perubahan traktus urinarius yang berkaitan dengan usia merupakan predisposisi bagi lansia untuk mengalami inkontinensia urin. Inkontinensia urin merupakan kondisi ketidakmampuan menahan air kencing. Gangguan ini lebih sering terjadi pada wanita yang pernah melahirkan daripada yang belum pernah melahirkan (nulipara). Diduga disebabkan oleh perubahan otot dan fascia di dasar panggul. Kejadian inkontinensia urin meningkat dengan bertambahnya usia. Angka kejadian inkontinensia urin pada wanita usia diatas lima puluh tahun sebesar 23,6% (Wiratmoko, 2010).

Pengaturan diet dilakukan untuk mengatur volume asupan dan tipe cairan apa yang seharusnya dikonsumsi. Pembatasan asupan cairan terutama pada kelompok cairan yang mengandung cafein dan atau menyebabkan efek dieuretik.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan episode inkontinensia urin sebelum dan sesudah diberikan perlakuan kombinasi *Bladder training* dan pengaturan diet. *Bladder training* merupakan sebuah *behavioural therapy* untuk inkontinensia urin yang menggunakan jadwal berkemih untuk membantu pasien belajar mengembalikan fungsi kandung kemih secara normal. Tujuan *bladder training* yaitu : meningkatkan jumlah waktu antara pengosongan kandung kemih, meningkatkan jumlah cairan yang dapat ditahan dalam kandung kemih, dan mengurangi *sense of urgency* dan / atau kebocoran yang berhubungan dengan masalah berkemih (Luft, 1998).

Perempuan yang menggunakan kombinasi *Kegel's exercises* dan *bladder training*, rata-rata 50% mengalami penurunan episode inkontinensia urin dan hampir 40% dan mereka mencapai kontinensia secara utuh. Latihan ini sama efektifnya bila digunakan untuk mengatasi *urge, stress*, atau *mixed incontinence* (Simon, 2007).

Hasil penelitian menunjukkan adanya kecenderungan penurunan episode inkontinensia urin pada lansia sesudah pemberian kombinasi *Kegel's exercise, bladder training* dan pengaturan diet. Uji statistik menunjukkan ada perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian kombinasi *Kegel's exercise, bladder training* dan pengaturan diet.

Hasil akhir adalah ada perbedaan rata-rata antar kelompok yaitu kelompok kombinasi *kegel's exercise* dan *bladder training* dengan kelompok kombinasi *bladder training* dan pengaturan diet. Kedua kelompok tersebut sama-sama diberikan perlakuan *bladder training*. Perbedaan rata-rata juga didapatkan pada kelompok kombinasi *bladder training* dan pengaturan diet dengan kelompok kombinasi *kegel's exercise* dan pengaturan diet. Kelompok tersebut sama-sama diberikan perlakuan pengaturan diet.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kombinasi yang paling efektif untuk menurunkan episode inkontinensia untuk menurunkan episode inkontinensia urin pada lansia melalui uji komparatif dengan hasil ada perbedaan rata-rata antar kelompok. Selanjutnya dilakukan uji untuk melihat kombinasi mana yang paling bisa menurunkan episode inkontinensia urin. Berdasarkan hasil uji anava, maka dapat dilihat kombinasi yang berbeda dan signifikan/paling efektif adalah kombinasi pemberian *bladder training*, dan pengaturan diet.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, (2007). Kegel Exercises For Urinary Incontinence. <http://www.mckinley.uiuc.edu>, diunduh tanggal 14 Maret 2008.
- Hagwath G. (2004). Urinary Incontinence in the Elderly: Pathogenesis and Management. <http://medind.nic.in/jac>, diunduh tanggal 14 Maret 2008.
- Black, J.M. & Hawks, J.H. (2005). *Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes*. (7th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Booth et al (2002). Introduction to Urinary Incontinence. <http://www.pjonline.com/pdf>, diunduh tanggal 14 Maret 2008).
- Bren L. (2005), Controlling Urinary Incontinence. <http://www.fda.gov>, diunduh tanggal 14 Maret 2008.
- Bulechek G.M & McCloskey J.C. (1999). *Nursing Interventions Effective Nursing Treatments*. 3th edition. Philadelphia : WB Saunders.
- Bums N. & Grove S. (1999). *Understanding Nursing Research*. 2nd edition. Philadelphia : WB Saunders.
- Craven, R.F., & Himle, C.J. (2007). *Fundamentals of Nursing, Human Health and Function*. (3th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Culligan & Heit, (2000). Urinary Incontinence: Kegel Exercises for Your Pelvic Muscles. dalam <http://familydoctonorg>, 2000-2008, diunduh tanggal 14 Maret 2008.
- Dempsey A.D & Dempsey P. A., Widyastuti, Palupi (Alih Bahasa), Adingsih, Dian (editor). (2002). *Riset Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Doughty D.B. (2000), *Urinary & Fecal Incontinence Nursing Management*. 2nd edition. St. Louis, Missouri: Mosby, Elsevier.
- DuBeau C.E. (2000). Urinary Incontinence. <http://www.americangeriatrics.org>, diunduh tanggal 14 Maret 2008.
- Hidayat A.A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Japardi, Iskandar. (2002). Manifestasi Neurologis Gangguan Miksi <http://library.usu.ac.id> diunduh tanggal 8 Februari 2008.
- Karon S. (2005). A Team Approach to Bladder Retraining: A Pilot Study. <http://www.medscape.com>, diunduh tanggal 14 Maret 2008.
- Kozier, et al. (2003). *Fundamentals of Nursing, Concepts, Process, and Practice*. (5th ed.). California: Addison-Wesley.
- Lueckenotte A.G. (2000). *Gerontologic Nursing*. 2nd edition. Philadelphia: Elsevier, Mosby.
- Luft. (1998). Bladder Retraining. <http://www.ucsf.edu>, diunduh tanggal 14 Maret 2008.

- Meiner S.E. & Lueckenotte A.G. (2006). *Gerontologic Nursing*. 3th Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, Mosby.
- Murti B. (1997). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Jogjakarta: Gadjah Mada Univercity Press.
- Newman D.K. (2007). The ABCs of Incontinence Care: Assessment, Behavioral Treatment and Containment. http://dhfs.wisconsin.gov/rl_DSL/Training, diunduh tanggal 14 Maret 2008).
- Notoatmodjo, S. (2002) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi revisi. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Polaski A.L. & Tatro S.E. (1996). *Core Principles and Practice of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia, Pennsylvania: W.B. Saunders Co.
- Rachmawati (2007). Bila “Ngompol” di Usia Senja, <http://64.203.71.11/kompascetak> diunduh tanggal 26 April 2008
- Rockville. (1996) Overview: Urinary Incontinence in Adults: Clinical Practice Guideline Update. <http://www.ahrq.gov>, diunduh tanggal 14 Maret 2008.
- Sabri, Luknis., & Hastono, Priyo Sutanto. (1999). *Modul (MA 2600) Biostatistik & Statistik Kesehatan*. Depok: Jurusan Kependudukan & Biostatistik FKM UI.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2002). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, edisi ke-2. Jakarta: Sagung Seto.
- Simon H. (2007). Urinary incontinence. <http://adam.about.com>, diunduh tanggal 14 Maret 2008.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2000). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. (10th ed.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanley, M, & Beare, P.G.(2007). *Buku Ajar keperawatan Gerontik*, edisi ke-2, Jakarta: EGC.
- Stendardo. (2002). Urinary Incontinence: Assessment And Management In Family Practice. <http://www.aafp.org>, diunduh tanggal 14 Maret 2008.
- Sugiyono. (2003). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: CV Alfabeta.
- Swaffield J. (1999). *Continance*, dalam Alexander M.F., Fawcett J.N., & Runciman P.J. (Eds), *Nursing Practice Hospital and Home The Adult (727-728)*. Churchill Livingstone: Harcourt Brace & Co.
- Weiss B.D. (2007). Elder Care A Resource For Providers, Urinary Incontinence—Treatment. <http://www.geriatrics.medicine.arizona.edu>, diunduh tanggal 14 Maret 2008.
-

PENURUNAN INSOMNIA MELALUI STIMULASI CAHAYA PADA LANSIA

Nasrudin

Departemen Keperawatan Jiwa Komunitas FIK Unipdu Jombang

E-Mail : Nasrudinbinsholeh@yahoo.co.id

Abstrak

Gangguan tidur (Insomnia) merupakan gangguan yang sering terjadi pada lansia, biasanya terjadi dikarenakan adanya perubahan pola tidur, hal ini dapat menyebabkan kontribusi timbulnya suatu penyakit. Tujuan penelitian ini menganalisis pengaruh terapi cahaya terhadap Insomnia

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *pre experiment* dengan pendekatan *one grup pra – post test time series design*. Sampel penelitian terdiri dari 11 responden yang bertempat tinggal di Panti Sosial Werdha Mojopahit Mojokerto. Pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Data yang terkumpul dianalisa dengan uji statistic wilcoxon dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$.

Hasil menunjukkan adanya pengaruh stimulasi cahaya terhadap penurunan insomnia dengan nilai signifikan $\rho = 0,005$, $\alpha < 0,05$, sehingga H_0 ditolak

Kesimpulan Ada pengaruh stimulasi cahaya terhadap penurunan insomnia. Dari hasil tersebut maka stimulasi cahaya merupakan metode yang sangat baik untuk menurunkan insomnia primer.

Kata Kunci : Insomnia, Stimulasi Cahaya

PENDAHULUAN

Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/memperbaiki kerusakan yang diderita (Constantinides, 1994). Proses menua adalah proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik dengan terlihat adanya penurunan fungsi organ tubuh. Hal ini juga diikuti dengan perubahan emosi secara psikologis dan kemunduran kognitif seperti suka lupa, dan hal-hal yang mendukung lainnya seperti kecemasan yang berlebihan, kepercayaan diri menurun, insomnia, juga kondisi biologis yang kesemuanya saling berinteraksi satu sama lain. Keadaan itu cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan jiwa secara khusus pada lansia (Kadir, 2007). Selama penuaan, pola tidur mengalami perubahan yang khas yang membedakan dari orang yang lebih muda, perubahan – perubahan tersebut mencakup fase laten tidur, terbangun pada dini hari, peningkatan jumlah tidur siang, dan kesulitan untuk tidur yang membuat penderita merasa belum cukup tidur pada saat terbangun.(Stanley M, 2007)

Menurut data dari WHO (*World Health Organization*) pada tahun 1993, kurang lebih 18% penduduk dunia pernah mengalami gangguan sulit tidur, dengan keluhan yang sedemikian hebatnya sehingga menyebabkan tekanan jiwa bagi penderitanya (Lanywati, 2001). Indonesia adalah termasuk Negara yang memasuki era penduduk berstruktur lanjut usia (*aging structured population*) karena jumlah penduduk yang berusia 60 tahun ke atas

sekitar 7,18%. Jumlah penduduk lansia di Indonesia pada tahun 2006 sebesar kurang lebih 19 juta, dengan usia harapan hidup 66,2 tahun. Pada tahun 2010 diperkirakan jumlah lansia sebesar 23,9 juta (9,77%), dengan usia harapan hidup 67,4 tahun dan pada tahun 2020 diperkirakan sebesar 28,8 juta (11,34%), dengan usia harapan hidup 71,1 tahun (Menkokesra, 2008).

Dari studi pendahuluan diPanti Werdha Mojopahit Mojokerto tanggal 01 – 03 - 2011, didapatkan dari 44 lansia. 29 (65,9%) lansia dengan gejala depresi. dan 15(34,1%) mengalami insomnia , 2 (13,3%) lansia kategori insomnia berat, 6(40%) lansia kategori insomnia sedang, dan 7(46,7%) lansia kategori insomnia ringan, dengan memakai ukuran PIRS (Pittsburgh Insomnia Rating Scale). Yang bila tidak tertangani dapat menyebabkan gangguan bersosialisasi dan kosentrasi dalam melakukan kegiatan sehari – hari (kurang fokus dalam mengerjakan sesuatu; kecelakaan lalu lintas, kebakaran dll)

Penanganan untuk mengatasi insomnia dapat dilakukan dengan dua cara yaitu: secara farmakologis dan non farmakologis. Pada penelitian ini peneliti lebih tertarik menggunakan pendekatan secara non farmakologis. Salah satu penanganan non farmakologis yang dapat dilakukan adalah dengan terapi cahaya. Prinsip dari terapi ini adalah, bahwa cahaya terang dapat menghambat sekresi hormon melatonin, sedangkan pencahayaan yang gelap atau redup dapat mempercepat sekresi dari hormon melatonin. Hormon melatonin di produksi oleh kelenjar pineal, yang mana prosesnya disebabkan oleh norepineprin yang disekresi oleh saraf simpatis pasca ganglion yang mempersyarafi pineal. Berdasarkan latar belakang masalah penelitian adalah: Apakah stimulasi cahaya dapat menurunkan Insomnia pada Lansia ?

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan desain penelitian *pra experiment* dengan pendekatan *one-group pra-post test design*. Sampel penelitian ini adalah 11 Lansia yang mengalami insomnia tinggal di Panti Werdha Mojokerto. instrumen yang digunakan adalah Cahaya 10000 lux untuk durasi waktu 30 menit dan cahaya 2500 lux untuk durasi waktu 2 jam. Untuk (Insomnia) instrumen yang digunakan adalah Pittsburgh Insomnia Rating Scale. Analisis adat dengan uji statistic Wilcoxon. Dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$

HASIL

Tingkat Insomnia Sebelum Dilakukan Stimulasi Cahaya

Tabel 1 : Tingkat insomnia sebelum dilakukan tehnik stimulasi cahaya di panti Werdha “Mojopahit” Mojokerto tanggal 19 – 21 september 2012

Kriteria Insomnia	Hari I	
	Jumlah	%
Minimal	-	-
Ringan	7	64%
Sedang	4	36%
Berat	-	-
X	10,45	
SD	3,417	

Dari tabel 1 dapat dijelaskan bahwa hampir seluruhnya 7 (64%) responden mengalami insomnia ringan dan tidak satupun responden yang mengalami insomnia berat.

Kebanyakan lansia mengalami gangguan tidur karena kebiasaan minum kopi sebelum tidur dan gaya hidup yg tidak sama. Insomnia disebabkan oleh karena ketidakmampuan fisik, kecemasan, dan kebiasaan minum alcohol, kafein dalam jumlah banyak serta kebiasaan gaya hidup (Stanley Mickey,2006)

Tingkat Insomnia Setelah Dilakukan Stimulasi Cahaya

Dari tabel 2 dapat dijelaskan bahwa sebagian besar yaitu 6 responden (56%) mengalami insomnia ringan

Ini menunjukkan bahwa setelah dilakukan tehnik stimulasi cahaya ada perubahan pada lansia. Pemberian tehnik stimulasi cahaya bias menurunkan kecemasan, insomnia (Martha, davis 1995).menurut Teofilo berpendapat bahwa stimulasi cahaya dapat mengobati gangguan tidur tertentu walaupun pada setiap individu berbeda pengaruh yang dihasilkan.

Tehnik stimulasi cahaya yang dilakukan pada lansia yang mengalami insomnia menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan dengan menurunnya insomnia yang dialami.

Tabel 2 : Tingkat insomnia setelah dilakukan tehnik stimulasi cahaya di panti Werdha “Mojopahit” Mojokerto tanggal 19 – 21 september 2010

Kriteria Insomnia	Hari I		Hari II		Hari III	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Minimal	-	-	-	-	2	18
Ringan	7	64%	7	64%	6	55%
Sedang	4	36%	4	36%	3	27
Berat	-	-	-	-	-	-
X	9,64		9,18		8,27	
SD	3,009		2,442		2,328	

Tabel 3 : Hasil analisis wilcoxon pengamatan ulang

Keterangan	Hari I		Hari II		Hari III	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Mean	10,45	9,64	10,45	9,18	10,45	8,27
S.D	3,417	3,009	3,417	2,442	3,417	2,328
ρ	0,024		0,016		0,005	

Pengaruh stimulasi cahaya terhadap penurunan insomnia.

Dari hasil uji SPSS dengan uji statistic “wilcoxon” dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$. Dan didapatkan hasil uji signifikan pada hari I dengan hasil $p = 0,024$, hari ke II dengan hasil $p = 0,016$ dan pada hari terakhir $p = 0,005$ yang berarti ada perbedaan yang sangat signifikan antara insomnia pada lansia sebelum dilakukan tehnik stimulai cahaya dengan sesudah dilakukan tehnik stimulasi cahaya. Dimana H_0 yang diperoleh kurang dari alpa maka H_0 ditolak berarti adanya pengaruh stimulasi cahaya terhadap penurunan insomnia.

Tujuan dilakukan tehnik stimulasi cahaya adalah untuk memanipulasi cahaya dalam keadaan terang hormone melatonin dihambat dan ketika dalam keadaan gelap (redup) hormone melatonin diproduksi dalam jumlah besar

Sekresi melatonin meningkat selama periode gelap hari dan dipertahankan dalam kadar rendah selama hari terang variasi djurnal yang mencolok ini disebabkan oleh norepineprin yang disekresikan oleh saraf simpatis pasca ganglion yang mempersyarafi pineal. Norepinefrin bekerja melalui reseptor adrenergic- β didalam pineal untuk meningkatkan cAMP intrasel; dan cAMP kemudian menyebabkan peningkatan mencolok aktivitas N-asetiltransferase. Hal ini menyebabkan peningkatan sintesis dan sekresi melatonin.(Guyton, 2007)

KESIMPULAN

Stimulasi cahaya berpengaruh terhadap penurunan insomnia yang dialami oleh lansia

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta
- Bandiyah S (2009). *Lanjut Usia Dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika:
- Dadang H (2007). *Sejahtera Di Usia Senja, Dimensi Psikoreligi Pada Lanjut Usia (LANSIA)*. Jakarta : FK – UI
- Dadang H (2008). *Manajemen Stres Cemas & Depresi*. Jakarta : FK – UI
- Maryam, dkk (2008). *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam (2008). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis Dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Richard J.Ham. 2007. *Primary Care Geriatrics: A Case – Based Approach*. Philadelphia : Mosby Elsevier
- Riyanto, Agus (2009). *Pengolahan dan analisis data kesehatan*. Yogyakarta : Nuha medika
- Stanley Mickey (2006). *Keperawatan Gerontik ed 9*. Jakarta : EGC
- Subekti, Imam (2009) *Buku Standar Operasional Prosedur Terapi Modalitas/Tindakan Keperawatan Keluarga, Gerontik & Komunitas*.
- Teofilo Lee – Chiong, Jr. 2008. *Sleep Medicine Essentials and Review*. New York : Oxford University Press

