

ISBN: 978-502-99502-0-5



STIKES
'Aisyiyah'
Y O G Y A K A R T A

*P*rosiding Seminar Nasional Keperawatan dan Kebidanan

**Tema: “Peningkatan Profesionalisme Perawat dan Bidan
untuk Mendukung Pembentukan Tenaga Kesehatan yang Berkarakter”**

Tim Reviewer:

1. Dr. Dra. Sumarni DW., M.Kes.
2. Warsiti, M.Kep., Sp.Mat.
3. Hikmah, S.Pd., M.Kes.
4. Dra. Umu Hani E.N., M.Kes.
5. Sulistyaningsih, SKM., MH.Kes.
6. Anjarwati, S.Si.T., MPH.
7. Ery Khusnal, MNS.
8. Woro Yunita Trimukti, SIP., M.Sc.



**STIKES 'Aisyiyah' Yogyakarta,
16 Juli 2011**

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya kepada kami sehingga penyusunan Prosiding Seminar Nasional Keperawatan dan Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta tahun 2011 ini dapat diselesaikan dengan lancar. Prosiding ini memuat naskah-naskah hasil penelitian yang dipresentasikan pada Seminar Nasional Keperawatan dan Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.

Seminar Nasional Keperawatan dan Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta dengan tema **“Peningkatan Profesionalisme Perawat dan Bidan untuk Mendukung Pembentukan Tenaga Kesehatan yang Berkarakter”** diselenggarakan sebagai media untuk bertukar informasi hasil penelitian dan pengalaman ilmiah. Tujuan yang ingin dicapai dalam seminar nasional ini sebagai berikut:

1. Mendapatkan masukan dan informasi tentang pentingnya dilakukan uji kompetensi tenaga kesehatan untuk menyiapkan tenaga kesehatan yang berkualitas dan berkarakter
2. Mendiskusikan persoalan profesi perawat dan bidan dalam menyiapkan tenaga kerja sesuai kebutuhan regional maupun internasional.
3. Meningkatkan iklim yang sehat dalam komunikasi dan publikasi hasil penelitian keperawatan dan kebidanan di Indonesia.

Proceeding ini diharapkan dapat membantu para pendidik, peneliti maupun perawat pelaksana untuk mencari referensi dan menambah motivasi dalam meningkatkan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Indonesia.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada pimpinan STIKES 'Aisyiyah, panitia pelaksana seminar, dan semua pihak yang telah berpartisipasi dan memberikan dukungan atas terselenggaranya seminar nasional ini. Tak ada gading yang tak retak, begitupun *proceeding* ini, untuk itu kami mengharapkan masukan untuk perbaikan *proceeding* di masa yang akan datang. Semoga dengan terbitnya *proceeding* ini akan memberikan kontribusi positif dalam perkembangan profesi perawat dan bidan. Selamat mengikuti Seminar Nasional.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, 16 Juli 2011

Ketua Panitia



Mamnu'ah, M.Kep., Sp.Kep.J.

**SAMBUTAN
KETUA STIKES 'AISYIYAH YOGYAKARTA**

اَللّٰهُمَّ عَلٰيْكُمْ رَحْمَةً وَبَرَكَاتٍ

Alhamdulillahirobbil'alamin, puji syukur kehadiran Allat SWT atas limpahan karunia-Nya kepada kita semua. Sholawat dan salam semoga tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat dan para pengikutnya sampai akhir zaman.

Salah satu isu penting terkait profesionalisme perawat dan bidan adalah persepsi masyarakat baik masyarakat umum maupun masyarakat profesi kesehatan sendiri yang menganggap bahwa pelayanan keperawatan dan kebidanan belum sesuai dengan harapan. Pelayanan yang belum berkualitas tinggi ini diantaranya karena perawat dan bidan belum memenuhi standar kompetensi. Hal ini dimungkinkan karena mereka berasal dari perguruan tinggi yang standar mutu akademik berbeda-beda. Menyikapi isu ini organisasi profesi perawat dan bidan bekerjasama dengan pemerintah akan melaksanakan ujian kompetensi nasional untuk menetapkan standar kompetensi perawat dan bidan.

Ujian kompetensi nasional ini menimbulkan pro dan kontra baik dari kalangan praktisi maupun akademis. Menyikapi kondisi ini STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta merasa perlu menyelenggarakan seminar nasional untuk mendiskusikan ujian kompetensi nasional ini. Output yang diharapkan dari seminar ini peserta seminar akan mendapatkan paparan dan pencerahan tentang manfaat, peluang, dan tantangan terkait uji kompetensi nasional profesi perawat dan bidan dalam menyiapkan tenaga kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat.

Selanjutnya kami atas nama STIKES 'Aisyiyah menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada para Pembicara, pemakalah dan peserta yang telah mensukseskan acara Seminar Nasional STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.

وَالشُّكْرُ لِلَّهِ وَرَحْمَةُ اللَّهِ وَبَرَكَاتُهُ

Yogyakarta, 16 Juli 2011

Ketua STIKES 'Aisyiyah
Yogyakarta



Warsiti, M.Kep., Sp.Mat.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Kata Pengantar Ketua Panitia	iii
Kata Sambutan Ketua STIKES ‘Aisyiyah Yogyakarta	iv
Daftar Isi	iv
 Agus Sudaryanto dan Martina Dwi Hastuti	
Pengetahuan Dan Sikap Lansia Dalam Upaya Pencegahan Penyakit Asam Urat Di Desa Ganten Kecamatan Kerjo Karanganyar.....	1
 Anjarwati, Evi Nurhidayati, Dewi Rokhanawati	
Peningkatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Melalui Analisis Kebutuhan Informasi Dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja Di SMA Piri I Yogyakarta	13
 Army Najmuna, Mamnu’ah	
Hubungan Antara Tingkat Religiusitas Dengan Konsep Diri Pada Remaja Kelas X Di Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta Tahun 2009.....	25
 Dewi Rokhanawati	
Penyuluhan Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Ibu Untuk Skrining Kanker Leher Rahim Dengan Metode IV A.....	37
 Diyan Yuli Wijayanti, Yosaxina Anggi Santoso	
Masalah Kesehatan Mental Pada Narapidana Di Lembaga Pemasyarakatan Kedung Pane Semarang.....	51
 Evi Nurhidayati, Lutfia Uli Na'mah	
Pengaruh Hypnobirthing Terhadap Lama Kala I Persalinan Di Rs Happy Land Medical Centre Yogyakarta Tahun 2010	63
 Faizah Betty R.A.	
Efektivitas Metode Ceramah Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Mahasiswa Tentang Reproduksi Sehat.....	75
 Farida Kartini	
Senam Hamil Dengan Lama Persalinan Pada Primigravida Di RSIA 'Aisyiyah Klaten	83
 Lidya Nurmalita Sari	
Pelaksanaan Terminasi Kehamilan Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta 2010	89
 Mamnu’ah	
Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Mengalami Halusinasi	101
 Meira Erawati	
Pengasuhan Orang Tua Terhadap Status Gizi Anak Usia Prasekolah.....	111

Minna Fauziyah Palupi, Mufdlilah Hubungan Kepemilikan Buku KIA Dengan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Di Kecamatan Ambal Kabupaten Kebumen Tahun 2011	117
Nur Ulfah, Ngadiman, Siti Harwanti Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketajaman Penglihatan Tenaga Kerja Pt. Hyup Sung Purbalingga.....	133
Nurbita Fajarini, Sulistyaningsih Penanganan Istri Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga Oleh Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan Dan Anak (P2tp2a) Kartika Kebumen.....	149
Okta Fitriyana Sari , Ery Khusnal Pengaruh Senam Otak Terhadap Tingkat Stres Pada Anak Usia Sekolah Kelas 4 dan 5 Di Sd Negeri Wojo Bangunharjo Sewon Bantul Yogyakarta	167
Sari Sudarmiati Makna Menopause Bagi Wanita Di Kota Karawang	179
Sulistyaningsih Aspek Hukum Kelengkapan Dokumen Asuhan Kebidanan Pertolongan Persalinan Di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta.....	187
Suryani, Atmawati Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Rsud Setjonegoro Kabupaten Wonosobo Jawa Tengah	199
Tri Lestari H., M.Kep., Sp.Mat., Aini Alifatin, S.Kp. Novi Kartikasari Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi Usia 1-3 Bulan Di Puskesmas Pandanwangi Malang	207
Wahyu Ekowati Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kemampuan Keluarga Dalam Melakukan Deteksi Tanda dan Gejala Depresi Lansia yang Menderita Diabetes Melitus Kronis	221
Winarsih Nur Ambarwati , Irdawati dan Vivin Dwi Nuryanti Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Wanita Usia Subur Tidak Periksa Pap Smear Di Kecamatan Kartasura Sukoharjo	231
Yuli Isnaeni, Feri Setiawan Arya Kusuma Pengaruh Pemberian Air Rebusan Daun Alpokat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Terhadap Penderita Hipertensi Di Desa Karang Sewu Kulon Progo.....	241
Suryanto, Yuda Bhakti Pengaruh Pemberian Musik Terhadap Semangat Kerja Dan Penurunan Kelelahan Kerja Pada Pekerja Di Bagian Produksi Pt. Royal Korindah Purbalingga.....	255

PENGETAHUAN DAN SIKAP LANSIA DALAM UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT ASAM URAT DI DESA GANTEN KECAMATAN KERJO KARANGANYAR

Agus Sudaryanto dan Martina Dwi Hastuti

Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta, email : agus_sudaryanto@ums.ac.id

Abstrak

Salah satu penyakit yang sering dialami lansia adalah penyakit pada sendi. Nyeri akut pada persendian disebabkan oleh *gout*. Hal ini disebabkan oleh gangguan metabolisme asam urat dalam tubuh. Hasil studi pendahuluan, yang diperoleh dari kader posyandu lansia di Dukuh Ganten bahwa dari 52 lansia yang menjadi anggota posyandu lansia, sebanyak 38 lansia mengeluhkan sering mengalami kesemutan dan linu pada persendian. Tujuan penelitian adalah mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan sikap lansia dalam upaya pencegahan penyakit asam urat di Posyandu Lansia Desa Ganten, Kerjo, Karanganyar. Metode penelitian ini merupakan penelitian *Deskriptif Korelatif* (non-eksperimental) yang menggunakan desain penelitian *Cross Sectional*. Dari jumlah populasi sebanyak 180 orang pengambilan sampel yang menggunakan teknik *Proportional Random Sampling*, diperoleh sampel 124 responden. Analisis data yang digunakan untuk menjawab hipotesis penelitian menggunakan uji korelasi non parametrik *Rank Spearman*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pengetahuan responden tentang penyakit asam urat adalah kurang, sebanyak 65 responden (52,4%), dan responden yang memiliki sikap buruk dalam upaya pencegahan penyakit asam urat sebanyak 86 responden (69,4%). Hasil pengujian korelasi Rank Spearman menunjukkan $\rho = 0,357$, dengan $p = 0,001$ sehingga disimpulkan ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap lansia dalam upaya pencegahan penyakit asam urat di Posyandu Lansia Desa Ganten, Kerjo, Karanganyar. Berdasarkan hasil penelitian tersebut disarankan kepada kader posyandu lansia untuk selalu memberikan pengertian tentang pola makan sehat, dan bahaya penyakit asam urat, sementara bagi anggota keluarga lansia dapat ikut membantu mengontrol jenis makanan yang diasup oleh lansia agar terhindar dari penyakit asam urat).

Kata kunci: asam urat, lansia, pengetahuan, sikap, posyandu lansia

PENDAHULUAN

Lansia mengalami masalah yang berhubungan dengan kesehatan fisik, yaitu rentannya terhadap berbagai penyakit, karena kurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi pengaruh dari luar. Salah satu penyakit yang sering dialami oleh lansia yaitu penyakit pada sendi. Penyakit pada sendi ini merupakan akibat degenerasi atau kerusakan pada permukaan sendi-sendi tulang yang banyak di jumpai pada lanjut usia, terutama yang gemuk. Salah satu nyeri akut pada persendian disebabkan oleh *gout*. Hal ini disebabkan oleh gangguan metabolisme asam urat dalam tubuh

(Nugroho, 2000).

Asam urat merupakan hasil akhir dari metabolisme purin. Purin berasal dari makanan dan dari sel tubuh sendiri. Menurut hasil survey pendahuluan, dari wawancara dengan beberapa lansia didapatkan beberapa lansia yang mengeluhkan mengalami kesemutan dan linu pada persendian. Diketahui banyak lansia yang kurang tahu mengenai asam urat, bagaimana tanda dan gejala maupun pencegahannya serta banyak yang lansia tidak menghiraukan gejala-gejala yang dialaminya karena kurangnya pengetahuan. Tujuan penelitian adalah mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dengan sikap lansia dalam upaya pencegahan penyakit asam urat.

Penyakit asam urat atau gout merupakan penyakit timbul karena terjadi penumpukan asam urat dalam tubuh secara berlebihan, baik akibat produksi yang meningkat, pembuangannya melalui ginjal yang menurun, atau akibat peningkatan asupan makanan kaya purin (Juandy, 2009). Menurut Maryani dan Suharmiati (2005), kadar asam urat yang terlalu tinggi di dalam darah akan menyebabkan asam urat tersebut masuk ke dalam sendi dan jaringan di sekitar sendi sehingga bisa menyebabkan penyakit sendi akibat asam urat. Gout atau pirai merupakan penyakit rematik yang erat hubungannya dengan makanan.

Penyakit asam urat timbul karena proses penuaan, khususnya pada wanita semakin tua atau sudah memasuki masa menopause (usia 45-60 tahun) maka penyakit asam urat lebih banyak terjadi. Pada umumnya penyakit asam urat mulai menyerang laki-laki pada umur 30-40 tahun. Semakin tua umur laki-laki maka kekerapan penyakit asam urat semakin tinggi (Putri, 2009).

Menurut Kertia (2009) penyakit asam urat dapat dicegah dengan: (1) Melakukan pengobatan hingga kadar asam urat kembali normal. Kadar normalnya adalah 2,4 hingga 6 untuk wanita dan 3,0 hingga 7 untuk pria; (2) Kontrol makanan yang dikonsumsi dan (3) Banyak minum air putih, karena membantu membuang purin yang ada dalam tubuh.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *Diskriptif Korelatif* (non-eksperimental) yang menggunakan desain penelitian *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini

adalah lansia yang memenuhi kriteria selama penelitian yang mengikuti posyandu lansia di Desa Ganten, Kerjo, Karanganyar yang berjumlah 180 lansia

Dengan tingkat kesalahan yang digunakan yaitu 5% atau 0,05, maka jumlah sampel sebanyak 124 responden. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Proportional Random Sampling* yaitu ada kalanya banyaknya subjek yang terdapat pada setiap strata atau setiap wilayah tidak sama. Penentuan ukuran sampel dilakukan dengan cara proporsional dari masing-masing posyandu lansia yang ada, peneliti mengambil 5 posyandu lansia untuk diteliti.

Alat ukur penelitian ini dengan kuisioner. Pengetahuan lansia tentang penyakit asam urat dengan kuesioner terdiri dari 20 pernyataan dengan skala *Guttman*, dengan kategori: baik : 76%-100%, cukup : 56%-75%, dan kurang : $\leq 55\%$ (Arikunto, 2006). Sikap lansia dalam upaya pencegahan penyakit asam urat kuesioner terdiri dari 18 pernyataan dengan kategori: Baik : $\geq 70\%$ dari total skor, Buruk : $< 70\%$ dari total skor (Notoadmodjo, 2003). Alat ukur dalam penelitian ini telah dilakukan uji validitas di Posyandu Lansia Jagaraga XII Sondakan Surakarta yang berjumlah 25 lansia. Uji validitas menunjukkan bahwa dari 25 pertanyaan mengenai pengetahuan, terdapat 5 pertanyaan tidak valid. Sehingga sebanyak 20 soal yang dinyatakan valid. Uji validitas soal sikap terdiri dari 20 soal. Hasil pengujian menunjukkan 2 soal dinyatakan tidak valid. Dengan demikian 2 soal sikap dinyatakan gugur. Sebanyak 18 soal sikap dinyatakan valid.

Kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini, lanjut usia yang berumur 55 tahun ke atas, lansia yang mengikuti kegiatan posyandu lansia, lansia yang bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi penelitian ini, yaitu lansia yang mengalami sakit terminal. Teknik analisis data dalam penelitian ini dilakukan untuk menguji hubungan antara variabel pengetahuan dan sikap lansia. Adapun metode yang digunakan adalah menggunakan uji *Rank Spearman test*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 1.
Karakteristik Responden Lanjut Usia

	Jumlah	%
Umur		
<i>Middle Age</i>	20	16,1
<i>Elderly</i>	56	45,2
<i>Old</i>	48	38,7
Jenis kelamin		
Perempuan	71	57,3
Laki-laki	53	42,7
Tingkat Pendidikan		
Tidak sekolah	60	48,4
SD	33	26,6
SMP	21	16,6
SMA	10	8,1
Status pekerjaan		
Tidak bekerja	63	50,8
Petani	20	15,1
Buruh	22	17,7
Wiraswasta	10	8,1
Pensiunan	9	7,3

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari segi umur, mayoritas adalah golongan umur *elderly* yaitu antara umur 59-74 tahun sebanyak 45,2%. Ditinjau dari jenis kelamin, mayoritas responden adalah perempuan. Keadaan ini sejalan dengan penelitian Tarihoran (2002) di RSUP. Haji Adam Malik Medan yang meneliti mengenai faktor yang mempengaruhi terjadinya batu asam kemih, menunjukkan dari 105 pasien jenis kelamin pria lebih banyak daripada wanita dengan proporsi 64,8% atau responden laki-laki sebanyak 68 orang dan perempuan sebanyak 37 orang.

Tingkat pendidikan responden penelitian menunjukkan bahwa mayoritas adalah tidak sekolah sebanyak 48,4%. Ihsan (2003) menyatakan pendidikan merupakan hal yang sangat penting dalam mempengaruhi pikiran seseorang. Seorang yang berpendidikan ketika menemui suatu masalah akan berusaha difikirkan sebaik mungkin dalam menyelesaikan masalah tersebut. Status pekerjaan responden memperlihatkan bahwa mayoritas tidak bekerja yaitu sebanyak 50,8%.

Nugroho (2000), menyatakan orang lanjut usia juga memiliki kebutuhan

hidup yang sama agar dapat hidup sejahtera. Kebutuhan hidup orang lanjut usia antara lain kebutuhan akan makanan bergizi seimbang, pemeriksaan kesehatan secara rutin, dengan demikian kondisi responden dengan status pekerjaan mayoritas tidak bekerja akan sulit untuk mendapatkan kebutuhan hidup yang seimbang. Namun dengan kondisi tidak bekerja, sulit bagi lansia untuk memenuhi kebutuhan hidup secara baik, termasuk pemenuhan pola makan yang baik dalam pencegahan asam urat.

Pengetahuan responden diperoleh dari jawaban kuesioner yang diajukan sebanyak 20 pertanyaan. Dari jawaban tersebut diperoleh data nilai tertinggi adalah 20, nilai terendah adalah 6. Rata-rata nilai jawaban responden sebesar 12,25, median adalah 11 dan modus sebesar 11 dengan standar deviasi 3,21. Mayoritas pengetahuan responden adalah kurang, sebanyak 65 (52,4%), pengetahuan cukup sebanyak 39 responden dan responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 20 responden (16,1%).

Parera (2004) menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan terhadap kesehatan adalah tingkat pendidikan. Notoatmojo (2003) menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah tingkat pendidikan. Lebih lanjut dijelaskan oleh Notoatmojo (2003) pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat. Orang yang memiliki pendidikan yang baik memiliki kemampuan untuk menyerap dan memahami pengetahuan yang diterimanya, sehingga semakin baik pendidikan seseorang, maka semakin mudah ia untuk menyerap dan memahami pengetahuan yang ia terima.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 124 responden penelitian, sebanyak 60 responden yang tidak mengenyam pendidikan atau tidak sekolah. Akibat dari tidak sekolah, maka berpengaruh pada tingkat pengetahuan, termasuk pengetahuan mengenai upaya pencegahan penyakit asam urat, di mana pengetahuan responden mayoritas adalah kurang.

Pengukuran sikap responden diperoleh dari kuesioner yang diajukan sebanyak 18 pertanyaan mengenai sikap responden pada upaya pencegahan penyakit asam urat. Hasil penelitian diperoleh data nilai tertinggi adalah 56, nilai terendah adalah 20. Rata-rata nilai responden sebesar 43,04, median adalah 44 dan modus sebesar 53 dengan standar deviasi 8,38. Responden yang memiliki sikap buruk

sebanyak 86 orang (69,4%) dan sikap yang baik sebanyak 38 orang (30,6%).

Perry dan Potter (2005), menyatakan pendidikan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan dan sikap seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka wawasan yang dimilikinya akan semakin luas sehingga pengetahuan pun juga akan meningkat, sebaliknya rendahnya pendidikan seseorang, akan mempersempit wawasan sehingga akan menurunkan pengetahuan.

Tabel 2. Hubungan antara pengetahuan dan sikap lansia dalam upaya pencegahan asam urat

Pengetahuan	Sikap				Total	
	Buruk		Baik			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Kurang	51	41,1	14	11,3	65	52,4
Cukup	28	22,6	11	8,9	39	31,5
Baik	7	5,6	13	10,5	20	16,1
Total	86	69,4	38	30,6	124	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 65 responden dengan pengetahuan kurang, terdapat 51 responden (41,1%) sikap yang buruk dalam upaya pencegahan asam urat, sementara 14 responden (11,3%) yang memiliki sikap yang baik. responden dengan pengetahuan cukup dan bersikap buruk sebanyak 28 responden (22,6%) sedang yang bersikap baik terdapat 11 responden (8,9%). Pengetahuan responden yang baik tetapi sikapnya buruk terdapat 7 responden (5,6%), sementara sikap yang baik terdapat 13 responden (10,5%).

Uji normalitas data

Hasil uji normalitas data pengetahuan dan data sikap menunjukkan variabel pengetahuan memiliki nilai $p\text{-value} = 0,044$ dan variabel sikap memiliki nilai $p\text{-value}=0,001$. Berarti data kedua variabel tersebut disimpulkan terdistribusi tidak normal. Sehingga pengujian hipotesis penelitian ini menggunakan uji non parametrik, yaitu uji korelasi *Rank Spearman*.

Uji hipotesis

Hasil pengujian hipotesis menggunakan uji korelasi Rank Spearman. memiliki nilai $\rho = 0,357$ dengan signifikansi $p\text{-value} = 0,001$ ($p<0,05$), sehingga

keputusan yang diambil adalah H_0 ditolak, artinya ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap lansia dalam upaya pencegahan penyakit asam urat di Posyandu Lansia Desa Ganten, Kerjo, Karanganyar. Interpretasi nilai hubungan ditandai dengan nilai koefisien korelasi. Sugiyono (2006) menyatakan bahwa tingkat hubungan sebesar 0,200 - 0,399 masuk dalam kategori hubungan rendah, dengan demikian hasil pengujian hipotesis penelitian ini memiliki hubungan yang rendah, di mana nilai koefisien korelasi sebesar 0,357.

Hasil penelitian yang dilakukan di Posyandu Lansia Desa Ganten, Kerjo, Karanganyar menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan sikap lansia dalam upaya pencegahan penyakit asam urat. Hal ini dapat diartikan mutlak dibutuhkan tingkat pengetahuan yang tinggi tentang pentingnya menjaga kesehatan hidup lansia di mana diperlukan suatu sikap yang baik agar dapat melakukan pencegahan terhadap penyakit asam urat secara baik dan benar.

Pengujian hipotesis penelitian menggunakan uji korelasi *Rank Spearman* dengan hasil kategori rendah. Hal ini disebabkan karena adanya faktor-faktor lain yang turut mempengaruhi sikap lansia dalam upaya pencegahan penyakit asam urat. Hasil penelitian yang dilakukan peneliti diperoleh data bahwa tingkat ekonomi rendah, hal ini dapat dilihat dari hasil distribusi responden menurut status pekerjaan terbanyak adalah tidak bekerja, kemudian buruh, tani, pedagang dan terakhir sebagai pensiunan. Responden dengan status tidak bekerja dapat diasumsikan bahwa responden hampir atau tidak memiliki penghasilan, sementara bagi responden sebagai buruh atau tani, pendapatannya tidak menetap setiap bulannya. Pendapatan yang rendah dan biaya hidup semakin tinggi yang diakibatkan harga kebutuhan pokok yang semakin mahal akan menyebabkan terjadinya sikap yang buruk dalam upaya pencegahan penyakit asam urat.

Hal ini dikarenakan penghasilan yang rendah mempengaruhi kemampuan dalam memodifikasi pemeriksaan kesehatan. Oleh sebab itu, meskipun tingkat pengetahuan responden ada yang cukup dan tinggi tetapi sikapnya responden ada yang buruk, sehingga terjadi korelasi yang rendah. Sebagai contoh, meskipun lansia tahu bahwa makanan seperti jeroan, kacang-kacangan, bayam, nanas atau tape dapat menyebabkan sakit pada diri responden, namun dengan kondisi ekonomi yang ada akibat dari responden yang tidak bekerja, maka responden tetap saja makan makanan yang sebetulnya jadi pantangan.

Ditinjau dari tingkat pendidikan menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah tidak sekolah. Kondisi ini mencerminkan pada tingkat pengetahuan responden, yaitu bahwa mayoritas pengetahuan adalah kurang, sehingga sejalan dengan pendapat Perry dan Potter (2005) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang tentang kesehatan.

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa dari 65 responden dengan pengetahuan kurang, 51 responden (41,1%) memiliki sikap buruk. Berbekal pengetahuan rendah sebagai akibat tidak sekolah, responden tidak mengerti apakah jenis makanan yang dimakannya tersebut dapat mengakibatkan terjadinya asam urat pada dirinya atau tidak. Bagi responden makanan yang terpenting adalah untuk memenuhi kebutuhan hidup responden, terlepas apakah sudah memenuhi asupan gizinya atau tidak dan juga apakah makanan tersebut termasuk makanan yang seharusnya dihindari oleh responden. Menurut Elvina (2008) setelah penyakit mulai menyerang, orang baru sadar kalau ada yang salah dengan gaya hidup terutama pola makan. Dengan pengaturan pola makan ditambah dengan olah raga dan istirahat cukup diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup penderita. Sebaliknya, responden yang mempunyai pengetahuan yang baik tentang asam urat, tentunya mengetahui bagaimana cara mencegah terjadinya penyakit asam urat. Oleh karena itu, untuk menghindari atau mencegah terjadinya penyakit asam urat, dibutuhkan suatu sikap yang baik yaitu sikap untuk mencegah terjadinya penyakit asam urat. Sikap ini selaras dengan pendapat Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa sikap adalah efek atau penilaian positif atau negatif terhadap suatu objek.

Responden yang memiliki pengetahuan baik, namun sikapnya yang buruk dapat dipengaruhi oleh kondisi yang ada pada diri responden. Pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi sikap lansia dalam melakukan pencegahan penyakit asam urat. Responden sebenarnya mengetahui bahwa dengan makan makanan yang tidak dianjurkan tidak baik untuk kesehatan, namun makanan tersebut tetap dimakan dan tidak menimbulkan penyakit asam urat pada diri responden menjadikan responden tetap makan makanan tersebut. Pola makan yang diterapkan oleh responden merupakan contoh pola makan yang tidak sehat. Dilihat dari hasil penelitian terdapat 65 responden dengan pengetahuan kurang dan 51 responden (41,1%) mempunyai sikap yang buruk dalam upaya pencegahan asam urat. Pengertian pola makan sehat sendiri adalah segala upaya untuk menerapkan kebiasaan makan yang baik dalam

menciptakan hidup yang sehat dan menghindari kebiasaan makan yang buruk yang dapat mengganggu kesehatan. Penerapan pola hidup sehat adalah segala sesuatu yang bisa diterapkan dalam kehidupan sehari-hari sehingga dapat mengubah dari kebiasaan yang buruk menjadi kebiasaan yang lebih baik (Wafiq, 2007). Menurut Tantan (2001) komponen pola hidup sehat antara lain istirahat yang cukup dan teratur, mengkonsumsi makanan yang sehat secara teratur dan seimbang, mempertahankan berat badan ideal, melakukan latihan fisik secara teratur, benar, terukur dan berkesinambungan, berpandangan positif dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin dan teratur serta dapat mengelola stres.

Akibat pola makan yang tidak baik, maka responden mengalami sakit asam urat. Rasa sakit yang dirasakan pada penderita asam urat ini biasanya terjadi pada sendi di pangkal jempol kaki, tetapi dapat pula menyerang persendian lainnya seperti sendi-sendi pada jari tangan, pergelangan tangan, siku, lutut dan pergelangan kaki, sendi yang terlihat bengkak, kemerahan, terasa panas dan luar biasa nyerinya. Rasa nyeri terutama terasa pada malam hari atau pagi hari ketika baru bangun tidur (Gordon, 2001). Responden dengan pengetahuan rendah mengenai penyakit asam urat mengakibatkan adanya sikap yang buruk dalam melakukan pencegahan penyakit asam urat. Responden tidak mengerti apabila jenis makanan yang diasup apakah mengandung purin atau tidak. Akibat ketidaktahuan responden mengenai penyakit asam urat dan jenis makanan apa yang boleh atau pun yang tidak boleh dimakan, menjadikan responden rentan terkena penyakit asam urat. Sikap yang buruk pada diri responden bisa jadi tidak dirasakan oleh responden, artinya, bahwa apa yang selama ini responden asup dari jenis makanan yang tersaji akan dikonsumsi oleh responden terlepas apakah jenis makanan tersebut baik dikonsumsi atau tidak.

Hasil penelitian ini berhasil membuktikan hipotesis penelitian yaitu ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan sikap lansia dalam upaya pencegahan penyakit asam urat di Posyandu Lansia Desa Ganten, Kerjo, Karanganyar. Penelitian ini senada dengan penelitian Vamiluwati (2009) yang meneliti hubungan antara pengetahuan tentang *gout* dengan penerapan pola hidup sehat pada penderita *gout* di Desa Puluhan, Jatinom, Kabupaten Klaten. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan tingkat pengetahuan tentang *gout* dengan penerapan pola hidup sehat pada penderita *gout* dengan nilai $p = 0,001$.

SIMPULAN DAN SARAN/REKOMENDASI

Simpulan

Mayoritas responden penelitian memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang penyakit asam urat dan mayoritas responden penelitian memiliki sikap buruk dalam upaya pencegahan penyakit asam urat. Ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap lansia dalam upaya pencegahan penyakit asam urat di Posyandu Lansia Desa Ganten, Kerjo, Karanganyar.

Rekomendasi

Bagi kader posyandu maupun petugas kesehatan dari puskesmas diharapkan menambah informasi kesehatan kepada masyarakat luas, terutama pada lansia baik yang berhubungan dengan penyakit asam urat ataupun berbagai bentuk informasi kesehatan lain yang bermanfaat bagi kesehatan masyarakat.

Bagi institusi pendidikan, diharapkan untuk lebih menjalin kerja sama dengan pihak instansi kesehatan, bukan hanya terfokus pada rumah sakit, namun juga dengan puskesmas dan posyandu. Dengan adanya kerjasama di kedua belah pihak dapat memberikan suatu informasi kesehatan dari penelitian yang dilakukan pihak pendidikan yang diberikan kepada pihak instansi pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, S. 2008. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Gordon, N.R. 2001. *Radang Sendi (Arthritis)*, Jakarta: Rajawali
- Ihsan, F. 2003. *Dasar- Dasar Kependidikan Keperawatan*. Jakarta : Rinieka Cipta.
- Juandy. 2009. *Gout dan Diet*. 22 Nopember, 2009.
<http://www.depkes.go.id/index.php?option=articles&task>.
- Kertia, N. 2009. *Asam Urat*. Yogyakarta: PT Bentang Pustaka.
- Kuntjoro, S. 2002. *Lansia dan Pekerjaan*. 15 Agustus 2010. http://www.e-psikologi.com/epsi/lanjutusia_detail.asp?id=186
- Maryani dan Suharmiati. 2005. *Tanaman Obat Untuk Mengatasi Asam Urat*. Surabaya: PT Agrowidya.

- Nasution. 1999. *Sosiologi Pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Pustaka.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nugroho, W. 2009. *Komunikasi Dalam Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Parera, G.S. 2004. *Sehat Suatu Pilihan Bebas*. 18 Agustus 2010. Diakses dari: <http://www.indomedia.com>
- Perry and Potter. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Putri, A. 2009. *Tetap Sehat di Usia lanjut*. Yogyakarta: Genius Printika.
- Sugiyono. 2006. *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Tantan, S. 2001. *Vital Health*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama
- Tarihoran Y. (2002) *Faktor-faktor Mempengaruhi Terjadinya Batu Asam Kemih pada Pasien Gout di RSUP H. Adam Malik Medan*. Simposium kesehatan. 18 Agustus 2010. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/16618/4>
- Vamiluwati. 2009. *Hubungan antara Pengetahuan tentang Gout dengan Penerapan Pola Hidup Sehat pada Penderita Gout di Desa Puluhan, Jatinom, Kabupaten Klaten*. Skripsi Tidak diterbitkan. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
- Wafiq 2007. *Pola Hidup Sehat. Pengertian pola hidup sehat*. Available from : URL : <http://wafiqhisyam.blogspot.com/2007/10/pola-hidup-sehat.html>. diakses 26 September 2010.

PENINGKATAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI MELALUI ANALISIS KEBUTUHAN INFORMASI DAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI SMA PIRI I YOGYAKARTA

Anjarwati¹, Evi Nurhidayati², Dewi Rokhanawati³

ABSTRAK

Kebutuhan hak-hak kesehatan reproduksi remaja demikian tinggi, pandangan-pandangan yang keliru tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi dimasyarakat, namun pelayanan dan konseling yang berkaitan dengan hal tersebut belum sepenuhnya dapat diterima oleh masyarakat. Tujuan penelitian ini diketahuinya upaya peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja melalui analisis kebutuhan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di SMA PIRI I Yogyakarta

Metode penelitian Jenis penelitian ini adalah penelitian survey dengan rancangan *cross sectional* menggunakan pendekatan kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa kelas XI SMA SMU PIRI I Yogyakarta. Sampel penelitian ini siswa laki-laki dan perempuan sejumlah 48 orang. Analisis data secara deskriptif. Instrumen berupa kuesioner tertutup.

Hasil penelitian didapatkan 83,3% Responden belum pernah menggunakan jasa pelayanan dari pusat kesehatan reproduksi remaja, 87,8% responden membutuhkan dan memandang perlu adanya pusat pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Hendaknya pihak sekolah menambah jumlah sumber informasi dan materi perpustakaan .

Kata Kunci: pelayanan, kesehatan reproduksi kebutuhan Informasi

PENDAHULUAN

Masa remaja adalah masa yang kritis sehingga jika pada masa ini remaja tidak mendapatkan bimbingan dan informasi yang tepat maka seringkali terjadi masalah diantaranya perilaku seksual menyimpang, menggunakan narkoba dan sebagainya (Tanjung dkk, 2001). Salah satu masalah pada remaja adalah perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab. Perilaku seksual remaja Indonesia dipengaruhi oleh informasi teknologi. Remaja mengadopsi gaya hidup, sikap dan perilaku yang liberal terutama tentang seksualitas melalui media tersebut sementara pengetahuan tentang kesehatan reproduksi mereka masih kurang.

Terbatasnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi telah meningkatkan resiko terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*) yang dapat mengarah pada dilakukannya tindakan aborsi. Resiko lain yang dihadapi remaja adalah tertular Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS melalui

hubungan seksual secara tidak aman (*unsafe sexual behaviours*) dan melalui penggunaan jarum suntik secara bergantian.

Menurut Hallman (2004) informasi seseorang akan memberikan pengetahuan kesehatan reproduksi menyebabkan seseorang mengambil keputusan untuk berperilaku seksual.

Tingkat kebutuhan akan hak-hak kesehatan reproduksi remaja demikian tinggi, serta adanya pandangan-pandangan yang keliru tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi, namun pelayanan dan konseling yang berkaitan dengan hal tersebut belum sepenuhnya dapat diterima oleh masyarakat. Menyediakan pelayanan seperti ini dianggap justru membangkitkan keingintahuan remaja sehingga bisa mengakibatkan remaja bertindak aktif secara seksual. Mayoritas masyarakat berpendapat bahwa cara efektif untuk mengurangi hubungan seksual sebelum menikah adalah dengan menutup segala akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi, disamping memperkuat peran keluarga, moral dan nilai-nilai agama (Tanjung dkk, 2001). sehingga remaja cenderung mendiskusikan dengan sesama teman (BKKBN, 2006). Permasalahan kesehatan reproduksi di Indonesia menjadi perhatian khusus tertuang dalam kebijakan Pusat Informasi dan Konsultasi Kesehatan reproduksi remaja (PIK KRR). Program ini ditujukan di seluruh wilayah Indonesia termasuk direspon baik di Yogyakarta.

Sekolah adalah tempat yang ideal untuk memberikan informasi kesehatan reproduksi remaja misalnya informasi secara umum penyakit menular seksual, pergaulan dan perilaku seksual, kehamilan serta budaya timur tentang seksualitas menyangkut norma dan agama. Kurikulum sekolah SMU sangat terbatas dalam memberikan informasi kesehatan reproduksi remaja (Soetjiningsih, 2004). Pendidikan seks di sekolah sangat efektif untuk promosi kesehatan seksual remaja sehingga dapat menurunkan perilaku seksual pranikah (Hidayat, 2003).

Hasil penelitian Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) tahun 2008 menyebutkan bahwa tingkat pemahamannya atas soal Seks 61.1% siswa setuju bahwa pemahamannya tentang HIV/AIDS cukup 56.4% setuju bahwa mereka sudah memahami cukup banyak tentang kontrasepsi dan perilaku seksual bertanggung jawab. Meskipun begitu, hasil-hasil ini bertentangan dengan komentar siswa bahwa mereka tidak tahu HIV/AIDS, perilaku seksual beresiko dan masalah seperti pergaulan bebas dan kontrasepsi sehingga menunjukkan kurangnya informasi tertentu kesehatan reproduksi.

Informasi kesehatan reproduksi remaja sangat penting diberikan sejak dini, untuk menyiapkan generasi bangsa yang berkualitas melalui upaya peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Data penelitian dari PKBI tahun 2008 tentang pendidikan kesehatan reproduksi pada siswa SMA di DIY diantaranya di SMA Piri I menyebutkan mayoritas siswa (94%) membutuhkan pelajaran kesehatan reproduksi untuk memahami, menjaga dan berperilaku seks yang sehat. Materi

kesehatan reproduksi belum terakomodasi dalam mata pelajaran belum cukup untuk mengetahui dan menjaga alat reproduksinya (67,8%). Dari hasil pre test dan post test tentang akses informasi, pengetahuan, sikap, perilaku seksual dan non seksual SMA PIRI I terjadi kenaikan paling tinggi (15,9%) untuk pengetahuan, sikap (15,89%), perilaku (27,6%).

Hal ini menunjukkan respon positif siswa yang antusias terhadap pengetahuan yang membawa perubahan dalam kesehatan reproduksi sangat tinggi, tentunya kondisi ini tak lepas dari sistem pembelajaran yang dilaksanakan di sekolah. Dengan demikian dirasa sangat efektif dan efisien dikaji lebih lanjut keinginan siswa terhadap pelayanan kesehatan reproduksi remaja.

Berdasarkan uraian tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai upaya peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja melalui analisis kebutuhan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di SMA PIRI I Yogyakarta.

Tujuan penelitian ini diketahuinya upaya peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja melalui analisis kebutuhan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di SMA PIRI I Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian survey dengan rancangan *cross sectional* menggunakan pendekatan kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa kelas XI SMA SMU PIRI I Yogyakarta. Sampel penelitian ini adalah semua siswa kelas XI SMA PIRI I Yogyakarta tahun ajaran 2010/2011 baik laki-laki maupun perempuan sejumlah 48 orang. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner tertutup mengacu penelitian Tanjung dkk. (2002).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden disajikan dalam Tabel 1 sebagai berikut:

Tabel 1. Karakteristik responden

Karakteristik Subjek Penelitian	f	Total %
1. Jenis Kelamin		
Laki-laki	28	58,0
Perempuan	20	42,0
2. Umur		
15 – 18 tahun	48	98,0
18 – 20 tahun	1	2,0
4. Status Tempat Tinggal		
Dengan orang tua	38	79,0
Dengan famili/keluarga	9	19,0
Tinggal sendiri/kos	1	2,0
5. Uang saku per bulan :		
Rp 100.001,- - Rp 200.000,-	15	31,0
Rp 200.001,- - Rp 300.000,-	15	31,0
Rp 300.001,- - Rp 400.000,-	2	4,0
> Rp 400.001,-	14	29
7. Hobby		
Olah Raga	24	50
Kesenian	25	52
Pecinta alam	1	2,0

Karakteristik responden menunjukkan bahwa lebih banyak laki-laki yaitu 28 orang (58,0%). Umur responden paling banyak antara 15-18 tahun sebanyak 48 orang (98,0%) merupakan usia remaja akhir yang sudah seperti orang dewasa dan memiliki potensi mengembangkan perilaku seksual dengan pacaran. Sebagian besar mereka tinggal dengan orang tua yaitu 38 orang (79%) hal ini memungkinkan pengawasan yang lebih dengan memberikan perhatian kepada remaja. Namun responden hanya sedikit yang menilai orang tua berperan dalam memberikan informasi kesehatan reproduksi. Hal ini akibat budaya masyarakat yang masih memandang remaja tabu diberikan informasi kesehatan reproduksi atau dianggap nanti akan tahu sendiri jika menghadapi masalahnya.

Tabel 2. Latar Belakang Orang Tua

Karakteristik Orang Tua	f	Total %
1. Pendidikan terakhir orang tua		
Ayah :		
SD	3	6,3
SLTP	7	14,6
SLTA	24	50,0
Perguruan Tinggi	13	27,0
Ibu:		
SD	5	10,4
SLTP	12	25,0
SLTA	22	45,8
Perguruan Tinggi	9	18,7
2. Pekerjaan orang tua		
Ayah:		
	1	2,0
(1) Tidak bekerja	10	20,8
(2) Buruh/tani/nelayan	5	10,4
(3) Pedagang	13	27,0
(4) Pegawai Negeri/ABRI/Polri	9	18,8
(5) Pegawai swasta	7	14,6
(6) Wiraswasta	2	4,0
(7) Pensiunan		
Ibu:	17	35,4
(1) Tidak bekerja	8	16,7
(2) Buruh/tani/nelayan	7	14,6
(3) Pedagang	5	10,4
(4) Pegawai Negeri/ABRI/Polri	5	10,4
(5) Pegawai swasta	6	12,5
(6) Wiraswasta		
	3	6,3
3. Penghasilan orang tua per bulan :	5	10,4
Rp 300.001 ,- - Rp 400.000,-	8	16,7
Rp 400.001 ,- - Rp 500.000,-	6	12,5
Rp 500.001 ,- - Rp 600.000,-	2	4,0
Rp 600.001 ,- - Rp 700.000,-	24	50,0
Rp 700.001 ,- - Rp 800.000,-		
> Rp 800.001		

Latar belakang orang tua responden berdasar tabel 2 bahwa pendidikan ayah paling banyak SLTA 24 orang (50,0%), pendidikan ibu paling banyak juga SLTA 22 orang (45,8%). Tingkat pendidikan ayah dan ibu terlihat setara namun dilihat dari pekerjaan ibu lebih banyak yang tidak bekerja. Pekerjaan orang ayah paling banyak PNS/ABRI/Polri 13 orang (27,0%) dan ibu sebagian besar tidak bekerja 17 orang (34,5%). Penghasilan orang tua sebagian besar >Rp. 800.001 sebanyak 24 orang (50%). Kondisi ini menunjukkan peran ibu dalam membantu mencari nafkah dalam membangun ekonomi keluarga masih kurang.

Dilihat dari pendidikan orang tua cukup dipandang mampu memberikan informasi karena didominasi pendidikan menengah dan perguruan tinggi. Dikaitkan dengan pekerjaan orang tua sebenarnya hampir seluruh ayah responden bekerja walaupun ibu banyak juga yang tidak bekerja sehingga masih memiliki kesempatan bertemu tiap hari dengan anaknya. Namun pertemuan dengan anak nampaknya masih seputar pada rutinitas misalnya mengingatkan belajar, membantu orang tua dan sebagainya belum pada diskusi kesehatan reproduksi. Uang saku responden per bulan lebih banyak antara Rp.100.000-Rp.300.000 sebanyak 30 orang (62,0%).

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden sebagian besar telah/sedang berpacaran sebanyak 39 orang (81,2%). Usia berpacaran paling banyak saat mereka berusia 15-17 tahun yaitu 19 orang (39,0%), namun terdapat juga 6 responden yang umur < 12 tahun sudah mulai berpacaran (12,5%). Aktivitas saat berpacaran sebagian besar dengan mengobrol dilakukan 39 responden (81,2%) namun juga terdapat responden yang mengaku telah melakukan hubungan seksual sebanyak 3 orang (6,2%). Tempat berpacaran favorit adalah di tempat rekreasi sebanyak 28 orang (58,3%), berpacaran di rumah 26 responden 54,1%. Responden telah mengakses media pornografi melalui internet sebanyak 20 orang (41,6%). Responden melakukan onani sebanyak 19 orang (39,5%) dengan frekuensi terbanyak 1 atau 2 kali seminggu (16,6%). Sebanyak 3 orang (6,2%) responden yang menyatakan telah melakukan hubungan seksual dengan pacar, 1 orang melakukan sekali dan 2 orang melakukan 1 atau 2 kali sebulan dengan alasan 2 orang karena cinta dan satu orang karena ingin tahu.

Karena ketidaktahuannya, seringkali para remaja yang sudah melakukan hubungan seksual melakukan upaya-upaya untuk menghindari terjadinya kehamilan. Upaya-upaya tersebut lebih pada cara-cara yang tidak terbukti efektifitasnya dan lebih merupakan mitos belaka. Akibat dari aktivitas seksual ini ditemukan kasus wanita yang terpaksa hamil. Ketidaktahuan ini disebabkan akses dan sumber informasi mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi tidak optimal. Banyak orang tua yang sebenarnya merasa ragu-ragu dan bingung menjawab pertanyaan remaja mengenai seksualitas serta masalah fungsi dan proses reproduksi mereka. Akibatnya remaja tidak mendapatkan informasi yang benar yang sangat mereka perlukan.

Tabel 3. Perilaku seksual remaja

	<i>Perilaku Seksual Remaja</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1	Pengakuan tentang pacaran		
	(1) Pernah	39	81,2
	(2) Tidak pernah	9	18,7
2	Usia pertama berpacaran		
	(1) < 12 tahun	6	12,5
	(2) 12 – 14 tahun	14	29,1
	(3) 15 – 17 tahun	19	39,5
3	Perilaku saat pacaran		
	(a) Ngobrol	39	81,2
	(b) Saling pegang tangan	30	62,2
	(c) Merangkul/memeluk	21	43,7
	(d) Mencium pipi/kening	23	47,9
	(e) Berciuman bibir	20	41,6
	(f) Mencium leher (Necking)	12	25,0
	(g) Meraba anggota badan yang sensitif (payudara, alatkelamin, dll.)	6	12,5
	(h) Saling menggesekkan alat kelamin (petting)	3	6,2
	(i) Berhubungan seksual	3	6,2
4	Tempat untuk berpacaran		
	(a) Rumah	26	54,1
	(b) Sekolah	5	10,4
	(d) Bioskop	9	18,7
	(e) Hotel/motel/losmen	4	8,3
	(f) Rumah teman	9	18,7
	(h) Tempat rekreasi	28	58,3
5	Penggunaan media pornografi		
	(1) Pernah	31	64,5
	(2) Tidak pernah	17	35,4
6	Akses media pornografi yang dilakukan		
	(a) Stensilan	1	2,0
	(b) Foto	13	27,0
	(c) Majalah	6	12,5
	(d) Film	11	22,9
	(e) Gambar	12	25,0
	(f) Internet	20	41,6
7	Melakukan onani/masturbasi		
	(1) Pernah	19	39,5
	(2) Tidak pernah	25	52,0
	(3) Tidak mengisi	4	8,3
8	Frekuensi melakukan onani/masturbasi		
	(1) Pernah satu kali saja	6	12,5
	(2) Sebulan 1 atau 2 kali	6	12,5
	(3) Seminggu 1 atau 2 kali	8	16,6
	(4) Hampir setiap hari	1	2,0
	(5) Tidak mengisi	27	56,2
9	Pengakuan melakukan senggama/hubungan seksual		
	(1) Pernah	3	6,2
	(2) Tidak pernah	45	93,7
10	Frekuensi melakukan hubungan seksual		
	(1) Pernah satu kali saja	1	2,0
	(2) Sebulan 1 atau 2 kali	2	4,1
11	Pasangan berhubungan sek: Pacar	3	6,2
12	Alasan melakukan hubungan seksual pertama kali		
	(1) Cinta/suka sama suka	2	4,1
	(4) Ingin tahu rasanya	1	2,0

Terbatasnya pengetahuan mereka tentang sistem reproduksi, seringkali menyebabkan perbuatan coba-coba karena ingin tahu mereka membuahkan kehamilan yang tidak direncanakan. Kehamilan seperti ini sering mengarah kepada tindakan lebih jauh, yaitu tindakan aborsi. Resiko lain yang dihadapi remaja adalah tertular Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS. Cara para remaja berpacaran dewasa ini berkisar dari melakukan ciuman bibir, raba-raba daerah sensitif, saling menggesekan alat kelamin (petting) sampai ada pula yang melakukan sanggama. Dari berbagai penelitian menunjukkan perilaku seksual pada remaja mempunyai korelasi dengan sikap remaja terhadap seksualitas (Tanjung dkk., 2001).

Tempat berpacaran seperti losmen/hotel, rumah dan tempat rekreasi relatif rawan karena di tempat-tempat seperti ini biasanya tidak ada pengawasan dari orang-orang yang lebih dewasa sehingga sangat memberi kesempatan remaja melakukan hubungan seksual.

Tabel 4. Pelayanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkan remaja

	<i>Kebutuhan Pelayanan</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1	<i>Penggunaan pusat pelayanan remaja</i>		
	(1) Pernah	8	16,7
	(2) Tidak pernah	40	83,3
2	<i>Penyediaan tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja</i>		
	(1) Perlu	42	87,8
	(2) Tidak perlu	6	12,2
3	<i>Cara mengatasi masalah</i>		
	(a) Memecahkan sendiri	30	62,6
	(b) Dengan bantuan teman	30	62,6
	(c) Konsultasi dengan guru	2	4,1
	(d) Konsultasi dengan saudara	10	20,8
	(e) Konsultasi lembaga khusus remaja	2	4,1
4	<i>Harapan terhadap pusat pelayanan kesehatan reproduksi remaja</i>		
	(a) Konsultasi psikologis	36	75,0
	(b) Pelayanan informasi	27	56,2
	(c) Pelayanan medis	9	18,7
	(d) Penyuluhan, pelatihan/training	12	25,0
	(e) Pengembangan hobby / karier	20	41,6
	(f) Konsultasi agama	14	29,1
5	<i>Petugas yang diharapkan mengelola pusat pelayanan remaja</i>		
	(a) Remaja	16	33,3
	(b) Orang yang lebih dewasa	16	33,3
	(c) Orang tua	2	4,1
	(d) Guru	3	6,2
	(e) Profesional	30	62,5

Tabel 4 menunjukkan bahwa responden belum pernah menggunakan jasa pelayanan dari pusat kesehatan reproduksi remaja sebanyak 40 orang (83,3%), mereka membutuhkan dan memandang perlunya pusat pelayanan kesehatan reproduksi remaja sebanyak 42 orang (87,8%). Selama ini mereka mengatasi masalah atau mencari solusi sendiri 30 orang (62,0%) ataupun dengan teman (62,0%), konsultasi dengan guru hanya 2 orang saja, pergi ke lembaga khusus kesehatan reproduksi remaja 2 orang.

Responden memiliki harapan terhadap suatu pusat pelayanan kesehatan reproduksi meliputi: konsultasi psikologis 36 orang (75,0%), pemberian informasi kesehatan reproduksi remaja 27 orang (56,2%), pengembangan hobi 20 orang (41,6%), konsultasi agama 14 orang (29,1%), penyuluhan/pelatihan/training 12 orang (25,0%), dan pelayanan medis diinginkan 9 orang (18,7%).

Pemberi pelayanan yang diharapkan responden adalah sebagian besar menyebutkan profesional (dokter, psikolog, bidan/tenaga kesehatan) sebanyak 30 orang (62,5%), remaja 16 orang (33,3%), orang lebih dewasa (33,3%).

Sebagian besar responden belum memanfaatkan jasa pusat pelayanan kesehatan reproduksi remaja dimungkinkan karena kurangnya sosialisasi program ataupun belum cukup jumlah unit tersebut. Jika remaja dalam menyelesaikan masalahnya hanya difikirkan sendiri atau minta bantuan teman hal ini sangat berisiko karena temannya pun sama-sama belum memahami konsep yang tepat. Ini karena masih banyak masyarakat memandang hal tabu ketika membicarakan kesehatan reproduksi misalnya pubertas dan seksualitas. Sementara informasi dari media internet sangat luas untuk memberikan gambaran yang beragam dengan kategori informasi tepat dan ada pula yang menjerumuskan.

Walaupun uang saku responden tidak cukup banyak namun tetap bisa mengakses internet dengan memanfaatkan pornografi dan pornoaksi dengan harga yang murah. Apalagi rata-rata remaja memiliki fasilitas telepon seluler yang dengan mudah dan leluasa mengaksesnya. Dilihat dari umur responden mereka dalam tahap remaja akhir yang dalam periode perubahan fisik sudah seperti orang dewasa dan perilaku seksualnya mulai dikembangkan dalam pacaran.

SIMPULAN DAN SARAN

1). Simpulan

Sebagian besar responden telah/sedang berpacaran sebanyak 39 orang (81,2%). Usia berpacaran pertama 15-17 tahun yaitu 19 orang (39,0%), 6 responden yang umur < 12 tahun (12,5%). Perilaku saat berpacaran sebagian besar dengan mengobrol dilakukan 39 responden (81,2%) melakukan hubungan seksual sebanyak 3 orang (6,2%). Tempat berpacaran faforit di tempat rekreasi sebanyak 28 orang (58,3%), dirumah 26 responden 54,1%. Responden mengakses media pornografi melalui internet sebanyak 20 orang (41,6%), melakukan onani sebanyak 19 orang (39,5%) dengan frekuensi terbanyak 1 atau 2 kali seminggu (16,6%). Responden melakukan hubungan seksual dengan pacar 1 orang melakukan sekali dan 2 orang melakukan 1 atau 2 kali sebulan dengan alasan cinta dan ingin tahu.

Responden belum pernah menggunakan jasa pelayanan dari pusat kesehatan reproduksi remaja sebanyak 40 orang (83,3%), mereka membutuhkan dan memandang perlu adanya pusat pelayanan kesehatan reproduksi remaja sebanyak 42 orang (87,8%). Selama ini mereka mengatasi masalah atau mencari solusi sendiri 30 orang (62,0%) ataupun dengan teman (62,0%), konsultasi dengan guru hanya 2 orang saja, pergi ke lembaga khusus kesehatan reproduksi remaja 2 orang. Harapan terhadap pusat pelayanan kesehatan reproduksi meliputi: konsultasi psikologis 36 orang (75,0%), pemberian informasi 27 orang (56,2%), pengembangan hobby 20 orang (41,6%), konsultasi agama 14 orang (29,1%), penyuluhan/pelatihan/training 12 orang (25,0%), dan pelayanan medis diinginkan 9 orang (18,7%). Pemberi pelayanan yang diharapkan responden adalah sebagian besar menyebutkan profesional (dokter, psikolog, bidan/tenaga kesehatan) sebanyak 30 orang (62,5%), remaja 16 orang (33,3%), orang lebih dewasa (33,3%).

2). Saran

Agar pihak sekolah menambah jumlah sumber informasi dan materi perpustakaan mengenai : (a). masa subur, (b) kehamilan (c) kontrasepsi, (d) PMS, (e) HIV/AIDS, (f) resiko hubungan seksual sebelum menikah (g) aborsi untuk meningkatkan pengetahuan yang rendah tentang kesehatan reproduksi dasar dan resiko kesehatan reproduksi dan (h) gender melalui perpustakaan, majalah dinding, penugasan siswa dan sebagainya dalam mengoptimalkan kurikulum.

Mengupayakan peningkatan peran guru dan orangtua sebagai pemberi informasi tentang kesehatan reproduksi bagi remaja dengan cara menyediakan materi KIE dan pertemuan rutin bagi orang tua misal tiap semester bekerjasama dengan Puskesmas, dinas kesehatan. LSM, BKKBN dan sebagainya.

Mengembangkan kerjasama lintas sektoral dengan Puskesmas, Kecamatan, perguruan tinggi ataupun pemberi layanan kesehatan reproduksi remaja untuk keberlanjutan program pemberian informasi dan pelayanan tentang kesehatan reproduksi remaja.

Bekerjasama ataupun mengusulkan pendirian pelayanan Pusat Informasi dan Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja melalui kerjasama dengan institusi terkait misalnya BKKBN, perguruan tinggi atau pemerintah daerah

Melibatkan para profesional: psikolog, bidan, dokter, dan lain-lain dalam pengelolaan Pusat Informasi dan Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja dengan layanan terutama konsultasi psikologis, pemberian penyuluhan, Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), pengembangan hobby, konsultasi agama, penyuluhan/pelatihan/training, dan pelayanan medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Abanihe & Oyediran, (1999) Household socioeconomic status and sexual Behavior among Nigerian Female Youth. *African Population Studies*,19(1)
- Abikusno. N. (2002) Reproductive health services for internally displaced families in Indonesia. *Jima*, 3.
- Anjarwati (2009) Hubungan status sosial ekonomi dengan perilaku seksual siswa SMA Negeri di kabupaten Gunungkidul. *Thesis*. Yogyakarta:Universitas Gadjah Mada.
- Bakken,R.J.,Winter,M. (2002) Family characteristic and sexual risk behaviors among black man in United States. *Perspectif on Sexual and Reproductive Health*, 34(5):252-258.
- Barone, C.,Ickovis, J.R., Ayers, T.S.,Katz, S.M.,Voys, C.K., Weisberg, R.P.(1996) High-risk sexual behavior among young urban students. *Fam Plan Perspec*, 28:69-74.BKKBN. (2006) *Keluarga berencana dan kesehatan reproduksi*. Jakarta
- BKKBN, (2002) Panduan pembinaan dan pengembangan pusat informasi dan konsultasi kesehatan reproduksi remaja. Jakarta.

- Case, A., Paxson, C., Vogl, T. 2006. *Socioeconomic status and health and childhood*. National Bureau of Economic Research.
- Choe, M.K., Hatmadji, S.H., Podhisita, C., Raymundo, C.M., Thapa, S. (2004) Substance use and premarital sex among adolescents in Indonesia, Nepal the Philippines and Thailand. *Asia pacific population Journal*, 19(1).
- Fuad, C., Radiono, S. Paramestri, I. (2003) Pengaruh pendidikan seksual terhadap pengetahuan sikap remaja dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS di koda Yogyakarta. *Berita kedokteran masyarakat*, XIX(1):15-20.
- Hallman, K. (2004) *Socioeconomic disadvantage and unsafe sexual behaviors among young women and men in South Africa*, Policy research division. South Africa: Population council.
- Haslegrave, M., Olatunbosun, O. (2003) Incorporating sexual and reproductive health care in curriculum in developing countries. *Reproductive health matters*, 11(21):49-58.
- Hidayat. M. Thamrin, F., Andreas, S., Untoro, E. (2003) Premarital sexual behaviour among adolescence in Jakarta. *Majalah Kedokteran Atma Jaya*, Jakarta.
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D.W., Klarr, J., Lwanga. S.K. (1990) *Adequacy of sampel size in health studies*. New York: John Wiley & Sons.
- Marcouk, B. C. and Shope, J.T. (1997) Application of theory of planned behavior to adolescent use and misuse of alcohol. *Health Education Research*, 12 (3):323-331
- Novita. (2006) Hubungan antara paparan pornografi dan komunikasi remaja-orang tua dengan perilaku seksual di SMA Negeri 11 Palembang. *Sain Kesehatan*, 2:127-135.
- Pike, L.B., Berger, T., Holloway, M.R. (2000) Conducting adolescencet sexuality research in schools. *Fam Plan Perspec*, 5:246-252.
- Santelli, J.S., Robin, L., Brener, N.D., Lowry, R. (2001) Timing of alcohol and other drug use and sexual risk behaviour among unmarried adolescents and young adults. *Perspec Fam Plan*, 33(5):200-205.
- Santelli, J.S., Lowry, R., Branner, N.D., Robin, L. (2000) The association of sexual behavior with socioeconomic status, family tructure, and race/ethnicity amon US adolescents. *Am J*. 90(10).
- Sarwanto., Ajik, S. (2004) Pengetahuan, sikap dan perilaku remaja terhadap penyakit menular seksual serta faktor yang mempengaruhi terjadinya hubungan seksual pranikah, *CDK*, 145.
- Situmorang, A., (2003) Adolescent reproductive health in Indonesia. *A report prepared for STARH program*. Jakarta.

- Slap, G.B.,Lot,L.,Huang,B.,Daniyam,C.A.,Zink, T.M.,Succop.P.A. (2003) Sexual behaviour of adolescents in Nigeria. *BMJ*,326;15
- Soetjiningsih. (2004) *Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Speizer, I.S.,Mullen, A.S.,Amegee, K. (2001) Gender differences in adult perspectives on adolescent reproductive behaviour. *International Fami Plan Perspec*.
- Surilena. (2006) Fenomena seks bebas pada remaja di Indonesia, *Majalah Kedokteran Damianus*, 5 (2):83-107.
- Sutherland. C. 2005. *Young people and sex*. In: Studdi.J: Women's sexual health: 141- 166.,London: Court Publisher
- Syichareun. V. (2001) *Parent youth communication and youth 's sexual attitudes and behaviour in Laos*. Faculty of medical Science National university Laos.
- Tanjung, A., Utamadi, G.,Sahanaja, J., Tafal, Z. (2001) Kebutuhan akan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja, Laporan need assessment di Kupang, Palembang, Singkawang, Cirebon dan Tasik Malaya. Kerjasama PKBI, UNPFA, BKKBN.
- Thomson. (1999) *Change in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15-16 year olds*. Edinburgh: University of Edinburgh.
- Timmerman. G. (2004) Adolescents psychologcal health and experiences with unwanted sexual behaviour at school. *Adolescence*,39 (56).
- Vanlandingham. (2002) Recent changes in heterosexual attitudes, norm, and behaviour among unmarried Thai man. *Int Fam Plan Perspec*, 28(1).
- Wahyuningsih, E. (2004) Hubungan antara persepsi remaja terhadap seksualitas dalam media masa dan perilaku seksual pada siswa SMUN I Purwokerto. *Thesis*. Yogyakarta:Universitas Gadjah Mada.
- Whitaker,D.J., Milles, K.S.,Clark,L.F. 2000. Reconceptualizing adolescent sexual behaviour. *Fam Plan Perspec*, 232(3):111-117.

HUBUNGAN ANTARA TINGKAT RELIGIUSITAS DENGAN KONSEP DIRI PADA REMAJA KELAS X DI MADRASAH ALIYAH ALI MAKSUM PONDOK PESANTREN KRAPYAK YOGYAKARTA TAHUN 2009¹

Army Najmuna², Mamnu'ah³
STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta
ziyadatailmi@yahoo.com

Abstrak

Masa remaja adalah keadaan dimana individu mengalami perkembangan psikologik dan pola identifikasi dari masa kanak-kanak menjadi dewasa. Serta terjadi peralihan dari ketergantungan sosial yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri, serta terjadi perubahan-perubahan besar dan esensial mengenai fungsi-fungsi rohani dan jasmani. Perubahan-perubahan pada remaja dipengaruhi oleh pengetahuan religiusitas. Tingkat religiusitas pada remaja mempengaruhi pembentukan konsep diri. Penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat religiusitas dengan konsep diri pada remaja kelas X di Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Desember 2009, dengan desain deskriptif korelasi menggunakan pendekatan waktu *cross sectional*. Pengambilan sampling menggunakan *simple stratified random sampling* sejumlah 33 responden. Uji validitas menggunakan *Produce Moment* dengan nilai r tabel 0,361 dan uji reliabilitas menggunakan *Alpha Crobach* dengan nilai tingkat religiusitas 0,925 dan nilai konsep diri pada remaja 0,937. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner tertutup dan analisis data menggunakan *Kendall Tau* dengan taraf kesalahan 5%, menunjukkan ada hubungan antara tingkat religiusitas dengan konsep diri pada remaja kelas X di Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta dengan nilai $\tau = 0,601$ dengan taraf signifikan 0,001. Disarankan kepada bimbingan konseling Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta untuk melaksanakan bimbingan kepada semua siswa dilakukan secara rutin dan terjadwal dan dilakukan kepada semua siswa.

Kata kunci: konsep diri, tingkat religiusitas, remaja

PENDAHULUAN

Konsep diri sangat erat hubungannya dengan individu. Konsep diri adalah hal-hal yang berkaitan dengan ide, pikiran, kepercayaan serta keyakinan yang diketahui dan dipahami oleh individu tentang dirinya. Hal ini akan mempengaruhi kemampuan individu dalam membina hubungan interpersonal serta berinteraksi dengan orang lain (Kartono, 1990).

Hasil penelitian yang dilakukan kepada siswa kelas XI di SMA N 1

Margahayu Bandung tahun 2007 menunjukkan 80 orang siswa (52,29%) memiliki konsep diri positif dan 73 orang siswa (47,71%) memiliki konsep diri yang negatif. Aspek yang mempengaruhi dari konsep diri siswa diatas, karena aspek fisik menunjukkan 51,63% dengan konsep diri positif dan 48,37% siswa dengan konsep diri negatif. Sedangkan dari segi aspek psikologis terdapat 56,21 % dengan konsep diri positif dan 43,79% dengan konsep diri negatif. Pada aspek sosialnya, siswa terdapat 62,75% yang memiliki konsep diri positif dan 37,29 % siswa yang memiliki konsep diri negatif. Hal ini menunjukkan dari aspek-aspek yang mempengaruhi konsep diri yaitu aspek fisik, aspek psikologis dan aspek sosial membentuk konsep diri positif maupun negatif dengan persentase yang hampir sama (Syarif, 2007. ¶ 5 <http://digilib.upi.edu/pasca/available/etd-0615107-100813> diakses pada tanggal 24 Juli 2009).

Aktifitas beragama yang berkaitan erat dengan religiusitas bukan hanya menjadi ritual (ibadah) tetapi juga kebutuhan bagi setiap individu. Aktifitas-aktivitas agama yang menjadi kebutuhan setiap individu tersebut akan membentuk kesehatan jiwa dan jika di tanamkan dari remaja ataupun sejak kecil maka akan membentuk konsep diri yang positif (Imron, 2008. ¶ 14 <http://ali-imron.brogspot.com/2008/09/religiusitas-dan-kecerdasan-emosi.html> diakses pada 13 Juni 2009).

Perilaku yang menunjukkan konsep diri negatif pada remaja misalnya perkelahian, penyalahgunaan obat-obatan dan lain sebagainya akhir-akhir ini kambuh. Kekambuhan ini dilihat dari segi kualitas maupun kuantitas menunjukkan peningkatan dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Perilaku tersebut jika dibiarkan dan tidak didasari dengan agama maka dapat menyebabkan remaja melakukan perbuatan-perbuatan penyimpangan agama maupun peraturan-peraturan yang berlaku di masyarakat, sosial maupun negara (Hawari, 1998). Dalam Al-qur'an Surat Ali Imran ayat 139 yang artinya : *"Janganlah kamu bersikap lemah, dan janganlah (pula) kamu bersedih hati, padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi (derajatnya), jika kamu orang-orang yang beriman."* dari ayat tersebut dijelaskan seorang mukmin derajatnya paling tinggi maka dilarang untuk bersikap lemah serta bersedih hati yang akan menyebabkan seorang mukmin menjadi lemah jiwanya dan menjadi jiwa seorang mukmin yang kuat (Zuhaili, 2002).

Hurlock (1999) menyatakan remaja dengan konsep diri negatif akan muncul jika seseorang mengembangkan perasaan rendah diri, serta ragu, kurang percaya diri, serta memandang dirinya lemah tidak berdaya, tidak kompeten, gagal, malang, tidak menarik dan tidak memiliki daya tarik terhadap hidup.

Kelompok teman sebaya adalah faktor kritis yang berpengaruh pada remaja, yang memiliki peningkatan kebutuhan pengenalan dan penerimaan diri. Persahabatan dalam kelompok sebaya memberikan lingkungan yang aman bagi individu untuk mencoba ide-ide baru dan membagi perasaan dan perilaku serupa. Remaja sering kali

membentuk kelompok kecil dengan teman sebaya dengan minat yang sama. Kelompok sebaya remaja ini meliputi kelompok formal dan informal, yang merupakan kekuatan primer dalam membentuk konsep diri anggota kelompok. Populasitas dan pengenalan dengan kelompok sebaya meningkatkan harga diri dan memperkuat konsep diri (Potter dan Perry, 2005).

Untuk mencegah masalah remaja yang akan mengakibatkan konsep diri menjadi negatif, para orang tua memasukkan anak usia remaja di pesantren. Dengan harapan anak remaja mendapatkan pelajaran agama Islam yang akan membentuk konsep diri yang positif. Selain itu ada juga orang tua yang lebih memilih memberi pendidikan agama melalui madrasah yang ada di kampung atau menyibukkan anak mereka dengan mengikuti kegiatan-kegiatan yang positif seperti mengikuti ekstrakurikuler sekolah atau les di luar jam sekolah (Fanani. M, 2009, ¶ 5, <http://pustaka.uns.ac.id> di akses pada tanggal 2 april 2009)

Pembinaan remaja dalam Islam bertujuan agar remaja tersebut menjadi remaja dengan konsep diri positif, yaitu remaja dengan amal yang shalih, beriman, berilmu, berketrampilan. Dengan remaja mengikuti organisasi remaja masjid maka mereka memperoleh lingkungan yang Islami serta mengembangkan kreativitas. Remaja masjid yang telah mapan, ia mampu bekerja secara terstruktur dan terencana. Mereka menyusun program kerja periodik dan melakukan berbagai aktivitas yang berorientasi pada keislaman, kemasjidan, keremajaan, ketrampilan dan keilmuan (IRMA, 2009, ¶ 4, <<http://irmaas.multiply.Com> > diperoleh 29 Mei 2009).

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini adalah *non-eksperimen* Desain yang digunakan deskriptif korelasi. Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah siswa yang berusia 15-18 tahun yang duduk di kelas X di Madrasah Aliyah Pondok Pesantren Ali Maksum Krapyak Yogyakarta tahun 2009. Populasi pada penelitian ini sebanyak 132 siswa dan siswi yang terdiri dari 58 siswa dan 74 siswi.

Teknik sampling yang digunakan adalah *Simple stratified random sampling* (rancangan stratifikasi sederhana), Menurut Arikunto (2006), jika jumlah subjeknya besar dapat diambil 25% dari populasi Maka besar sampel yang diambil dalam penelitian ini 33 sampel.

Pengumpulan data yang digunakan dalam pengumpulan data variabel penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner merupakan daftar pertanyaan yang disusun dengan baik dan responden tinggal memberikan jawaban atau memberikan tanda-tanda tertentu pada kolom jawaban (Notoatmojo, 2002). Kuesioner berisi tentang konsep diri pada remaja dengan kategori pilihan jawaban tinggi, sedang, rendah dengan jumlah pernyataan 20 butir. Sedangkan kuesioner tingkat religiusitas dengan kategori pilihan jawaban tinggi, sedang, rendah dengan jumlah pernyataan 25 butir.

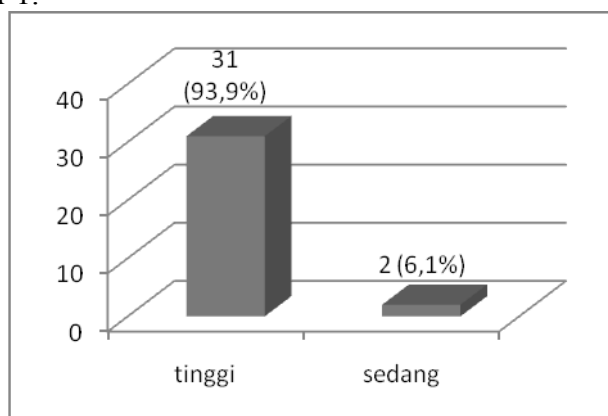
Metode pengumpulan data dilaksanakan di Madrasah Aliyah Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta. Sebelumnya peneliti memberikan informasi kepada responden gambaran dari isi kuesioner, tujuan, dan kerahasiaan data responden kemudian kuesioner diisi oleh responden. Peneliti meminta pada responden untuk menandatangani lembar persetujuan untuk bersedia menjadi responden tanpa paksaan kemudian kuesioner diberikan kepada responden. Kemudian, responden mengisi kuesioner yang telah tersedia dengan diberi waktu 60 menit. Kemudian peneliti mengecek jawaban dari responden bahwa kuesioner telah diisi semua. Jika jawaban belum lengkap, peneliti meminta responden untuk mengisi kuesioner kembali.

Hasil uji validitas tingkat religiusita dengan 25 item pernyataan mempunyai nilai $r_{hitung} > r_{tabel}$ *Product Moment* dengan r tabel 0,361 dinyatakan valid 25 item. Untuk hasil kuesioner variabel konsep diri pada remaja dengan 20 item pernyataan valid 20 item.

PEMBAHASAN

Tingkat Religiusitas

Religiusitas merupakan penghayatan ajaran agama yang diyakini seseorang ke dalam dirinya, ajaran agama tersebut diwujudkan dalam bentuk ibadah yang dilakukan serta sikap kesehariannya dalam seluruh aspek kehidupan, sehingga tingkat religiusitas adalah kadar keterlibatan seseorang terhadap ajaran agama yang diyakininya. Pendidikan sejak dini menempati kedudukan yang tinggi dan memperlihatkan aktivitas di rumah dan keluarga, serta sekolah. Disini peran dalam pembentuk religiusitas sangat membentuk konsep diri pada masa remaja. Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa responden yang paling banyak memiliki tingkat religiusitas yang tinggi yaitu sebanyak 31 orang (93,9%) sedangkan yang memiliki tingkat religiusitas sedang sebanyak 2 orang (6,1%) sebagaimana diperlihatkan gambar 1.

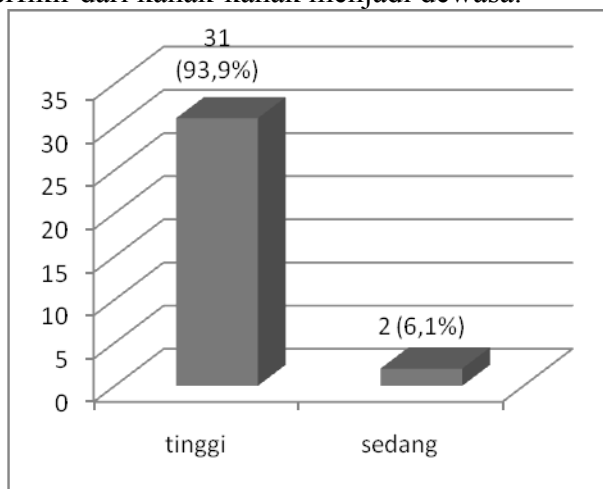


Gambar 1. Tingkat Religiusitas Remaja kelas X

Tingkat religiusitas responden yang tinggi merupakan reflek dari penghayatan agama yang diterimanya selama dalam masa pendidikan. Dalam hal ini Hawari

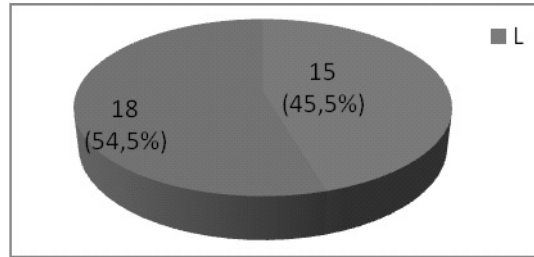
(1998) menjelaskan bahwa agama merupakan fitrah manusia, yang merupakan kebutuhan dasar manusia (*basic spiritual needs*), mengandung nilai-nilai moral, etika dan hukum atau dengan kata lain seseorang yang taat dengan hukum berarti ia bermoral dan beretika. Seseorang yang bermoral dan beretika berarti ia beragama (*no religion mithout moral, no moral without law*).

Konsep religiusitas memiliki 5 dimensi, yaitu dimensi ideologis, dimensi ritualistik, dimensi ekperiensial, dimensi intelektual dan dimensi konsekuensial. Pada penelitian ini, remaja kelas X di Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta adalah dimensi yang paling tinggi adalah dimensi ideologis yang ditunjukkan dalam gambar 2 yaitu 31 (93,9%). Hal ini disebabkan karena di Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta ditanamkan nilai-nilai ideologi kepada remaja yang ada di pondok pesantren. Aspek yang sangat diperkuat dalam dimensi ini adalah aspek *Iman, Tauhid*, atau *Aqidah*. Sedangkan dimensi yang paling sedikit pada penelitian ini adalah dimensi konsekuensial, didalam agama Islam dimensi ini dikenal dengan istilah *Amal, Ibadah* seperti menolong orang lain, menepati janji, taat pada peraturan dan lain sebagainya. Dalam hal ini remaja pada kondisi transisi dimana individu mengalami perkembangan psikologik dan pola berfikir dari kanak-kanak menjadi dewasa.



Gambar 2. Lima Dimensi Religiusitas Remaja kelas X

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat responden yang memiliki tingkat religiusitas sedang yaitu sebanyak 2 orang (6,1%). Responden yang memiliki tingkat religiusitas sedang dapat disebabkan karena adanya perbedaan budaya pada responden sebagaimana diperlihatkan gambar 3. yang menunjukkan bahwa responden yang paling banyak memiliki budaya Jawa yaitu 22 orang (66,7%) sedangkan responden dengan budaya non Jawa sebanyak 11 orang (33,3%).

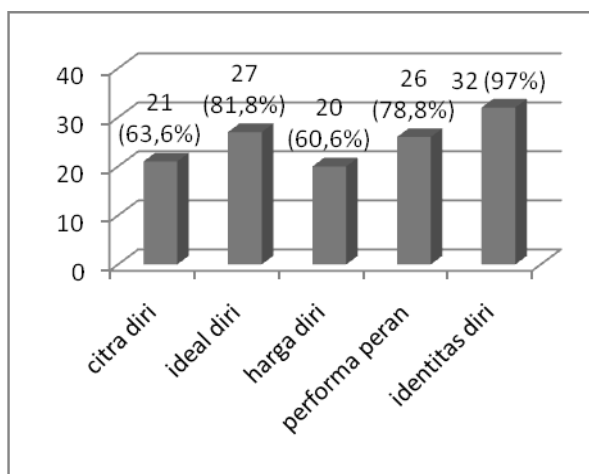


Gambar 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Budaya berpengaruh secara tidak langsung terhadap tingkat religiusitas seseorang terkait erat dengan penggunaan bahasa dan kebiasaan sehari-hari. Bagi responden yang memiliki budaya Jawa memiliki akar budaya dan bahasa yang sama sehingga lebih mudah dalam menyerap informasi yang diterima, sedangkan responden yang berasal dari luar Jawa mungkin memiliki hambatan dalam mencerna informasi yang diterima sehingga dapat mempengaruhi tingkat pemahaman dalam beragama. Dalam proses belajar mengajar di Madrasah Aliyah Ali Maksim Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta didominasi dari Jawa, dalam proses belajar mengajarnya sering menggunakan bahasa Jawa seperti ketika mengartikan kitab-kitab, sering menggunakan bahasa Jawa.

Konsep Diri Pada Remaja

Konsep diri merupakan cara individu dalam melihat pribadinya secara utuh, menyangkut fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual sebagaimana diungkapkan oleh Potter dan Perry (2005). Pada penelitian ini, peneliti memilih responden yang berusia antara 15-18 tahun adalah masa remaja pertengahan, pada tahap ini mengalami puncak perkembangan emosi yang dapat mempengaruhi konsep diri seorang remaja (Hurlock, 1999) dengan frekuensi responden umur 15 tahun paling banyak yaitu 22 orang (66,7%), 16 tahun 10 orang (30,3%) dan 17 tahun paling sedikit yaitu 1 orang (3%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki konsep diri yang tinggi sebanyak 28 orang (84,8%) dan yang memiliki konsep diri sedang sebanyak 5 orang (15,2%) sebagaimana diperlihatkan gambar 4 sedangkan responden dengan konsep diri yang rendah tidak ada (0%). Responden yang memiliki konsep diri yang tinggi, memungkinkan responden untuk memiliki konsep diri positif, yaitu penerimaan bukan sebagai suatu perkembangan yang besar tentang diri. Seseorang akan bersifat stabil dan bervariasi, ia tau betul tentang dirinya, memahami dan menerima sejumlah fakta serta menerima kebenaran orang lain.



Gambar 4. Komponen Konsep Diri Pada Remaja kelas X

Konsep diri memiliki 5 komponen diantaranya adalah citra diri, ideal diri, harga diri, performa peran dan identitas diri. Pada penelitian ini komponen yang paling banyak frekuensinya adalah identitas diri sebanyak 32 orang (97,0%) sedangkan komponen yang paling sedikit adalah harga diri sebanyak 20 orang (60%) ditunjukkan pada gambar 4. Identitas diri dibentuk mulai dari masa bayi dan terus berlangsung sepanjang kehidupan dan menjadi tugas utama pada remaja. Seseorang yang memiliki identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda, kemandirian akan timbul dari rasa berharga, kemampuan dan penguasaan diri serta penerimaan diri. Hal yang menunjukkan identitas diri dan merupakan sesuatu yang sangat penting adalah jenis kelamin seseorang, jenis kelamin berkembang secara bertahap sesuai konsep yang dimiliki ketika lahir yaitu laki-laki atau perempuan.

Responden yang memiliki konsep diri yang tinggi akan merancang tujuan-tujuan yang sesuai dengan realitas akan dia capai, mampu menghadapi kehidupan di depannya serta menganggap bahwa hidup adalah proses penemuan. Dapat menerima kelebihan serta kekurangan, mampu mengevaluasi diri sendiri, kritik dari orang lain dapat ia terima. Pada masa remaja, fokus individu terhadap fisik lebih menonjol, bentuk tubuh, tinggi badan, nama dan julukan, berat badan dan tanda-tanda pertumbuhan sekunder, perkembangan mammae, menstruasi, perubahan suara, pertumbuhan bulu, semua akan menjadi bagian dari perkembangan tubuh. Citra diri berhubungan erat dengan kepribadian. Cara individu memandang diri mempunyai dampak yang penting yang pada aspek psikologisnya. Pandangan yang realistis terhadap diri, menerima dan menyukai bagian tubuh akan memberikan rasa aman sehingga terhindar dari rasa cemas dan meningkatkan harga diri sebagaimana dinyatakan Keliat (1994).

Dalam agama Islam menegaskan bahwa Islam datang untuk mempertegas konsep diri yang positif bagi umat manusia karena manusia adalah makhluk yang paling mulia dari semua makhluk yang diciptakan oleh Allah SWT. Dalam firman Allah QS. Al-Israa' :70

﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ

مِّنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾ (٧٠)

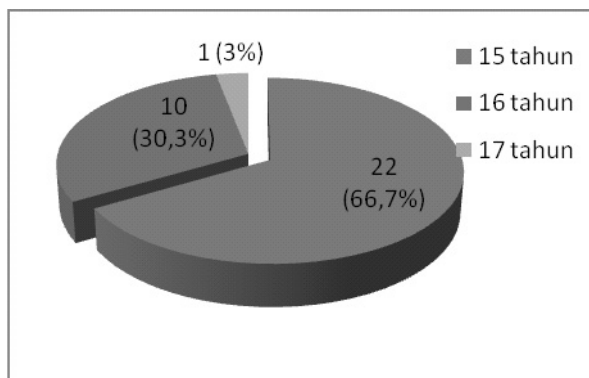
Artinya: “ Dan Sesungguhnya Telah kami muliakan anak-anak Adam, kami angkut mereka di daratan dan di lautan, kami beri mereka rezki dari yang baik-baik dan kami lebihkan mereka dengan kelebihan yang Sempurna atas kebanyakan makhluk yang Telah kami ciptakan”.

Keliat (1994) menjelaskan bahwa individu yang stabil, realistis dan konsisten terhadap gambaran diri akan memperlihatkan kemampuan menatap terhadap realisasi yang akan memacu sukses didalam kehidupan. Persepsi dan pengalaman individu dapat mancitrakan diri secara dinamis. Gangguan citra tubuh terjadi karena adanya perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan makna dan objek yang sering kontak dengan tubuh.

Penelitian ini tidak ditemukan responden dengan konsep diri negatif. Hal ini disebabkan karena responden tinggal di lingkungan pondok pesantren yang setiap hari mendapatkan pendidikan religiusitas dengan nilai-nilai agama sehingga dapat mempengaruhi konsep diri menjadi positif. Seseorang yang memiliki konsep diri yang negatif memiliki pandangan terhadap dirinya tidak teratur, tidak memiliki perasaan yang stabil, individu tersebut betul-betul tidak tau siapa dirinya, kelemahan ataupun kekuatan atau hal yang dapat dihargai dalam dirinya tidak mengetahui.

Hubungan Tingkat Religiusitas dengan Konsep Diri Pada Remaja

Tabel 5. menunjukkan bahwa responden dengan tingkat religiusitas tinggi dan konsep diri tinggi terdapat 28 orang (84,8%), tingkat religiusitas tinggi dengan konsep diri kategori sedang terdapat 3 orang (9,1%), dan pada responden dengan tingkat religiusitas dan konsep diri kategori sedang terdapat 2 orang (6,1%). Sedangkan hasil uji statistik Kendall Tau memperlihatkan ada hubungan antara tingkat religiusitas dengan konsep diri pada remaja kelas X di Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta dengan nilai τ sebesar 0,601 dengan taraf signifikan 0,001. Untuk menentukan hipotesis diterima atau ditolak dengan membandingkan taraf signifikan (p) dengan taraf kesalahan 5% (0,05) jika p lebih besar dari 0,05 maka hipotesis ditolak dan jika p lebih kecil dari 0,05 maka hipotesis diterima. Hasil perhitungan didapatkan nilai p sebesar $0,001 < 0,05$ sehingga hipotesis diterima. Sehingga memberikan kesimpulan ada hubungan yang kuat dan signifikan antara tingkat religiusitas dengan konsep diri pada remaja siswa kelas X di Madrasah Aliyah Ali Maksum Krapyak Yogyakarta.



Gambar 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki tingkat religiusitas tinggi akan memiliki konsep diri yang tinggi. Semakin tinggi tingkat religiusitas maka konsep diri yang dimilikinya akan semakin tinggi pula. Responden yang semua beragama Islam dituntut untuk dapat mengenali siapa dirinya. Dimana konsep religiusitas yang paling mendasar adalah kesadaran individu terhadap dirinya sendiri. Konsep religiusitas ini tercermin dalam dimensi ideologi. Menurut Glock dan Strack (1985 *cit* Rahmat, 2005), dalam agama islam aspek yang harus dipegang dalam dimensi ideologi dikenal dengan istilah *Iman*, *Tauhid* atau *Aqidah* yaitu keyakinan yang tercantum dalam rukun iman, antara lain tentang adanya Allah, para Malaikat, Kitab-kitab Allah, para Nabi dan Rosul, adanya Surga dan Neraka (hari akhir) dan keyakinan akan takdir.

Seorang muslim harus memiliki konsep diri yang mencakup : citra tubuh, ideal diri, harga diri, performa diri dan identitas diri. Makna dari islam itu sendiri adalah *Istislam* (berserah diri) yang membawa kedamaian dan kesejahteraan (*As-Salam*) yang dilandasi jiwa yang ikhlas (*sincerity*). Maka posisi muslim dihadapan Allah SWT dan alam adalah selalu bersikap dan berpihak pada kedamaian, harmoni dan menjauhkan dari berbagai perbuatan yang merusak (fasad).

Hasil penelitian ini diperkuat oleh penelitian Sowwam (2004) dengan judul Hubungan Antara Aspek Religiusitas Islam Dengan Konsep Diri Pada Pasien Paraplegia di Rumah Sakit Ortopedi Prof. DR. Suharso Surakarta. Pada penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan, semakin tingginya aspek religiusitas semakin tinggi pula konsep dirinya.

SIMPULAN

1. Tingkat religiusitas tinggi pada remaja kelas X di Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta yaitu sebanyak 31 orang (93,9%) sedangkan yang memiliki tingkat religiusitas sedang sebanyak 2 orang (6,1%), sementara tidak ada responden yang memiliki tingkat religiusita yang rendah.
2. Responden yang memiliki konsep diri yang tinggi pada remaja kelas X di Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta sebanyak

28 orang (84,8%) dan yang memiliki konsep diri sedang sebanyak 5 orang (15,2%) sedangkan yang memiliki konsep diri rendah tidak ada.

3. Hasil uji statistik Kendall Tau memperlihatkan nilai τ sebesar 0,601 dengan taraf signifikan 0,001 sehingga memberikan kesimpulan bahwa ada hubungan yang kuat dan signifikan antara tingkat religiusitas dengan konsep diri pada remaja siswa kelas X di Madrasah Aliyah Ali Maksum Krapyak Yogyakarta.

SARAN

1. Bagi Bimbingan Konseling Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta
Pelaksanaan bimbingan konseling dilakukan kepada semua siswa dan siswi secara rutin dan terjadwal tidak hanya kepada siswa yang bermasalah.
2. Bagi Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Krapyak Yogyakarta
Kepada pihak Madrasah Aliyah Ali Maksum Pondok Pesantren Yogyakarta untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas tingkat religiusitas dan konsep diri pada siswa dan siswinya.
3. Bagi peneliti selanjutnya
Pada saat pelaksanaan penelitian, responden ditunggu satu persatu untuk mendapatkan hasil yang akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Maraghi, Ahmad Musthafa. 2004. *Terjemah Tafsir Al-Maraghi Jilid 24*. CV. Toha Putra. Semarang
- _____, 2005 *Terjemah Tafsir Al-Maraghi Julid 30*. CV Toha Putra. Semarang
- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Hawari, D. 1998. *Al-Qur'an : Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*. Dana Bhakti Prima Yasa. Jakarta
- _____, 2005. *Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan psikologi*. FK UI. Jakarta
- Hurlock, Elizabeth. B. 1999. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan (edisi kelima)*. Erlangga. Jakarta
- Kartono, Kartini. 1990. *Psikologi Anak Psikologi Perkembangan*. Mandar Maju. Bandung
- Keliat, A. 1994 *Gangguan Konsep Diri EGC*. Jakarta
- Dieb, Musthafa. 2008. *Al-Wafi Menyelami Makna 40 Hadits Rosulullah Syarah*

Kitab Arba'in An-Nawawiyah. Al-I'tishom Anggota IKAPI. Jakarta

- Notoatmodjo, S., 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta: Jakarta
- _____. 2005, *Metodologi penelitian kesehatan*, ed. Rev. , Rineka Cipta: Jakarta
- Potter, Patricia. A dan Perry, Anne. G, 2005. *Fundamental Keperawatan : Konsep dan Praktek edisi 4*. EGC. Jakarta
- Rahmat, J. 2003. *Psikologi Agama*. Mizan. Jakarta
- Sowwan. 2004. *Hubungan antara aspek religiusitas islam dengan konsep diri pada pasien paraplegia di Rumah Sakit Ortopedi Prof. DR. Suharso Surakarta*. Skripsi PSIK FK UGM. Yogyakarta. Tidak dipublikasikan
- Zuhaili, Muhammad. 2002. *Pentingnya Pendidikan Islam Sejak Dini*. A.H Ba'adillah Press. Jakarta
- Fanani, M, 2009, *Agama sebagai salah satu modalitas terapi dalam psikiatri*, <http://puataka.uns.ac.id> di akses pada tanggal 2 april 2009
- Imran, Ali. 2009, *Mengenal konsep diri*, <http://www.imron.co.cc/2009/02/konsep-diri> Diakses pada tanggal 02 Juni 2009
- IRMA, 2009, *Organisasi remaja masjid*, <http://irmaas.multiply.com/reviews/item/2>. diakses pada tanggal 29 Mei 2009
- Syarif, Mohamad. 2007. *Faktor determinan yang mempengaruhi pembentukan konsep diri pada remaja (studi deskriptif terhadap siswa kelas xi sma negeri 1 margahayu bandung tahun ajaran 2006/2007*, <http://digilib.upi.edu/pasca/available/> diakses pada tanggal 24 Juli 2009

PENYULUHAN TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU UNTUK SKRINING KANKER LEHER RAHIM DENGAN METODE IVA

Dewi Rokhanawati

*Prodi DIV Bidan Pendidik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.
dewirokhanawati@yahoo.com*

Abstrak

Kanker leher rahim di Indonesia menduduki urutan pertama dan diperkirakan setiap hari 20 orang perempuan Indonesia meninggal dunia karena kanker leher rahim. Tingginya kematian tersebut dikarenakan kejadian kanker leher rahim terlambat ditemukan. Berdasarkan klasifikasi *International of Federation of Gynecologists and Obstetricians* (FIGO) kanker serviks didiagnosis setelah stadium lanjut, yaitu: 13,2% kasus stadium I, 29,4% stadium II, 51,5% stadium III dan 5,9% stadium IV. Skrining juga dapat menurunkan kematian setidaknya 50% dari kematian karena kanker serviks pada wanita usia 30-79 tahun di Jepang. dalam penelitian yang mengeksplorasi faktor-faktor yang berhubungan dengan keputusan wanita yaitu pemberian promosi kesehatan, usia, pendidikan dan status ekonomi. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh penyuluhan terhadap pengetahuan dan sikap ibu untuk skrining kanker leher rahim dengan metode IVA di Siwates Kaligintung Temon kulon Progo Yogyakarta tahun 2010.

Jenis penelitian ini adalah kuasi eksperimen (quasi experimental) dengan rancangan *non-randomized pre-test-post-test group design*. Sampel dikelompokkan menjadi dua yaitu kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan. Analisis data menggunakan uji *paired t test* dan uji *independent t-test*.

Hasil analisis dengan Paired t test didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,000 ($p < 0,05$). Analisis ini menunjukkan ada perbedaan bermakna secara statistik antara pengetahuan sebelum perlakuan dan setelah perlakuan pada kelompok perlakuan. Peningkatan skor pengetahuan tertinggi terjadi pada kelompok yang diberi penyuluhan. Hasil analisis dengan independent t test didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,004 ($p < 0,05$). Analisis statistik dengan menggunakan uji *independent t-test* menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna pada selisih rerata pengetahuan ibu tentang kanker leher rahim antara kelompok perlakuan berupa penyuluhan dan tidak penyuluhan.

Kesimpulan ada pengaruh penyuluhan terhadap pengetahuan dan sikap ibu untuk skrining kanker leher rahim. Saran bagi ibu-ibu PKK dan kader kesehatan untuk aktif menyebarkan informasi tentang metode skrining kanker leher rahim dengan metode IVA

Kata kunci: kanker serviks. Metode IVA

PENDAHULUAN

Di Indonesia, kanker leher rahim menduduki urutan pertama dan diperkirakan setiap hari 20 orang perempuan Indonesia meninggal dunia karena kanker leher rahim. Di Negara maju, kejadian kanker serviks mulai menurun disebabkan meningkatnya kesadaran untuk deteksi dini dan penatalaksanaan yang adekuat apabila dijumpai kelainan pada leher rahim (Rasjidi, 2008: 1-6). Menurut data Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008), gambaran akhir untuk kanker leher rahim sebanyak 100 kasus per 100 ribu penduduk atau 200 ribu kasus setiap tahunnya. Selain itu, lebih dari 70% kasus yang datang ke rumah sakit ditemukan dalam keadaan stadium lanjut (Hilmansyah, 2007). Tingginya kematian tersebut dikarenakan kejadian kanker leher rahim terlambat ditemukan. Berdasarkan klasifikasi *International of Federation of Gynecologists and Obstetricians* (FIGO) kanker serviks didiagnosis setelah stadium lanjut, yaitu: 13,2% kasus stadium I, 29,4% stadium II, 51,5% stadium III dan 5,9% stadium IV (Sarjadi & Trihartini, 2001).

Upaya menurunkan kematian karena kanker leher rahim terus dilakukan terutama difokuskan dengan melakukan skrining. Menurut *American College of Obstretician and Gynecologist* (ACOG), *American Cancer Society* (ACS) dan *US Preventive Task Force* (USPSTF) mengeluarkan panduan bahwa tes skrining kanker leher rahim dilakukan setiap tahun bagi semua perempuan yang aktif secara seksual atau yang telah berusia 18 tahun (Rasjidi, 2007: 11). Metode sederhana untuk mendeteksi kanker serviks adalah dengan pemeriksaan IVA (inspeksi visual dengan asam asetat 2 %). Metode ini sangat menguntungkan karena biaya untuk pemeriksaan cukup terjangkau (Prawirohardjo, 2006: 113).

Skrining juga dapat menurunkan kematian setidaknya 50% dari kematian karena kanker serviks pada wanita usia 30-79 tahun di Jepang (Aklimunnessa *et al.*, 2006).

Skrining kanker serviks tidak hanya menyelamatkan jiwa tetapi juga biaya yang dikeluarkan menjadi murah. (Bambang dalam Hilmansyah, 2007).

Kwok *et al.* (2005) dalam penelitian yang mengeksplorasi faktor-faktor yang berhubungan dengan keputusan wanita yaitu pemberian promosi kesehatan, usia, pendidikan dan status ekonomi. Oleh sebab itu, promosi kesehatan yaitu dengan penyuluhan tentang kanker leher rahim sangat penting sekali dilakukan, mengingat sebagian penderita kanker diketahui sudah pada stadium lanjut. Berdasarkan studi pendahuluan kepada 8 ibu di Siwates Kaligintung Temon Kulon Progo Yogyakarta pada tanggal 18 Februari 2010,

sebanyak 5 ibu (62,5%) pernah mendengar tentang penyakit kanker leher rahim dan 3 ibu (37,5%) mengatakan tidak mengetahui tentang kanker leher rahim. Sebanyak 7 ibu (87,5%) mengatakan belum pernah melakukan pemeriksaan IVA dan didapatkan 1 kasus ibu mengatakan menderita tumor jinak pada leher rahim. Sampai saat ini belum pernah diadakan penyuluhan tentang kanker leher rahim dari pihak manapun. Maka diharapkan dengan diadakannya penyuluhan, perempuan akan semakin tahu tentang bahaya kanker dan kesadaran untuk melakukan deteksi dini semakin tinggi di Siwates Kaligintung Temon Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2010. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh penyuluhan terhadap pengetahuan dan sikap ibu untuk skrining kanker leher rahim dengan metode IVA.

Isi makalah Times New Roman 12 pt, spasi **at least 17 pt**, rata kanan-kiri (*justified*), Indent paragraph **special First line 1.27**.

Ukuran margin halaman; Top: 3 cm, Left: 3.5 cm, Right: 3 cm, Bottom: 2.5 cm.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuasi eksperimen (*quasi experimental*) dengan rancangan *non-randomized pre-test-post-test group design* (Murti, 1997). Sampel dikelompokkan menjadi dua yaitu kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan. Pada kelompok perlakuan diberikan penyuluhan kesehatan dengan menggunakan materi dan leaflet. Pada kelompok pembandingan diberikan leaflet. Model rancangan penelitian ini adalah:

Kelompok Penyuluhan 01 -----X-----02-----03

Kelompok tidak diberi penyuluhan 04 -----05-----06

Populasi dalam penelitian adalah semua ibu usia 20-45 tahun yang berada di wilayah Siwates Kaligintung Temon Kulon Progo sejumlah 80 orang.

Sampel dalam penelitian ini adalah semua ibu yang tinggal di Siwates Kaligintung yang berusia 20-45 tahun. Teknik pengambilan sampel dengan teknik sampel jenuh. Sampel sebanyak 80 orang yang terbagi untuk kelompok eksperimen sejumlah 40 orang dan kelompok kontrol sejumlah 40 orang. Pemilihan sampel untuk dijadikan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dilakukan berdasarkan tempat yang berbeda. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Bentuk kuesioner menggunakan pertanyaan tertutup yaitu jawaban sudah ditentukan dan tidak diberi kesempatan untuk memberikan jawaban lain.

Hasil uji validitas ada 2 soal kuesioner yang tidak memenuhi syarat. Untuk Reliabilitas menunjukkan hasil semua pertanyaan dinyatakan reliabel dengan ditunjukkan nilai alpha 0,918. Metode pengumpulan data dilakukan

dengan cara *pretest* dan *posttest* untuk mengetahui pengetahuan ibu tentang kanker leher rahim. dengan menggunakan data primer. Pengambilan data menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan yang berkaitan dengan variabel-variabel penelitian. Kuesioner pengetahuan tentang kanker leher rahim disajikan 2 kali yaitu sebelum dan setelah intervensi. Sedangkan sikap pemeriksaan IVA dilakukan pada saat *post –test*.

Penelitian ini menggunakan 3 tahapan analisis yaitu analisis univariabel dan bivariabel.

a. Analisa Univariabel

b. Analisa Bivariabel

Analisis ini untuk melihat hubungan antara variabel bebas yaitu penyuluhan dengan variabel terikat yaitu perilaku skrining kanker leher rahim serta variabel luar umur, pendidikan ibu dan Status ekonomi. Uji analisis yang digunakan untuk mengetahui peningkatan skor pengetahuan ibu pada kelompok penyuluhan dan tidak penyuluhan menggunakan uji *paired t test*. Sedangkan untuk melihat perbedaan skor pengetahuan ibu pada kelompok penyuluhan dan tidak penyuluhan menggunakan uji *independent t-test*. Tingkat kemaknaan $p < 0,05$ sebagai acuan dalam melihat adanya perbedaan

Analisis bivariabel selanjutnya untuk melihat hubungan antara variabel penyuluhan (variabel bebas) dengan perilaku skrining kanker leher rahim (variabel terikat). Uji statistik yang digunakan adalah *chi-square* dan Odds Ratio dengan tingkat kemaknaan ($\alpha = 0,05$) dengan Confidende Interval (CI) = 95%.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Analisis Univariabel

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Kelompok perlakuan			
	Penyuluhan		Tidak diberi penyuluhan	
	N	%	N	%
Usia				
20-35	25	62,5	25	62,5
>35	15	37,5	15	37,5
Pendidikan Ibu				
Tinggi	25	62,5	25	62,5
Rendah	15	37,5	15	37,5
Status Status ekonomi				
Tinggi	8	20	8	20
Rendah	32	80	32	80

Berdasarkan tabel 1 terlihat usia ibu pada kelompok penyuluhan dan tidak penyuluhan lebih banyak berumur 20-35 th bila dibandingkan dengan umur > 35 tahun. Antara kelompok perlakuan dan tidak ada perlakuan jumlah

antara usia 20-35 dan >35 tahun seimbang. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden pada kedua kelompok berusia 20-35 tahun.

Pendidikan ibu pada kelompok penyuluhan menunjukkan hasil bahwa sebagian besar responden mempunyai tingkat pendidikan tinggi (62,5%). Sedangkan pada kelompok tidak penyuluhan juga sebagian besar mempunyai tingkat pendidikan tinggi (62,5%). Untuk status ekonomi pada kelompok penyuluhan, sebagian besar termasuk dalam status ekonomi rendah (32%), begitu juga pada kelompok tidak penyuluhan. Sebelum melakukan analisis bivariabel terlebih dahulu melihat apakah data numerik yaitu pengetahuan berdistribusi normal atau tidak. Salah satunya adalah dengan melakukan uji statistik dengan melihat data dengan menggunakan Sktest dilakukan untuk melihat nilai *skewness* dan nilai *kurtosis*. Uji normalitas menggunakan Sktest menunjukkan hasil nilai kurtosis pretest dan posttest yaitu 0,74 dan 0,77. Hal ini menunjukkan bahwa data numeric berdistribusi normal dimana nilai kurtosis < 3 (Hamilton, 2006). Hasil uji normalitas data numerik ini terdapat dalam lampiran.

2. Analisis Bivariabel

Uji analisis yang digunakan untuk mengetahui peningkatan skor pengetahuan ibu pada kelompok penyuluhan dan tidak diberi penyuluhan menggunakan uji *paired t test*. Sedangkan untuk melihat perbedaan skor pengetahuan ibu pada kelompok penyuluhan dan kelompok tidak diberi penyuluhan menggunakan uji *independent t-test*. Tingkat kemaknaan $p < 0,05$ sebagai acuan dalam melihat adanya perbedaan.

Tabel 2. Analisis Paired T Test Pengetahuan Ibu pre test dan post test pada kelompok Penyuluhan dan tidak penyuluhan

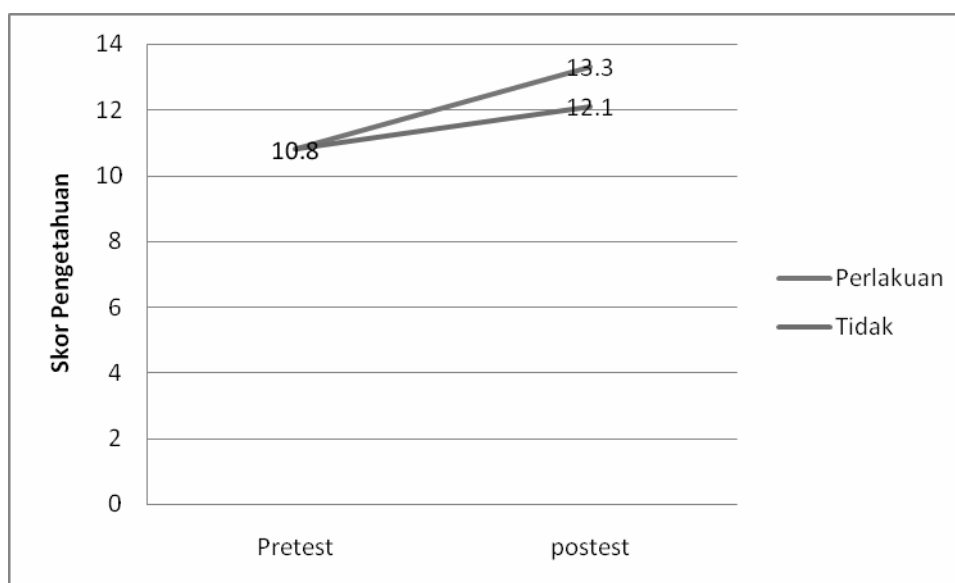
Kelompok	Pre Test	Post Test	Mean	95% CI	<i>t hit</i> ²	<i>P</i>
	Pengetahuan Mean (SD)	Pengetahuan Mean (SD)				
Penyuluhan	10.8 (0,88)	13,3 (1,68)	2,5	12.76- 13.83	10.07	0.001
Tidak diberi penyuluhan	10,8 (0,88)	12,1 (1,49)	1,3	11.62- 12.57	5.58	0.001

Tabel 2 menunjukkan bahwa terdapat peningkatan skor pengetahuan antara *pretest* dan *posttest*, pada kedua kelompok. Peningkatan skor pengetahuan pada kelompok penyuluhan terlihat ada perbedaan rerata pretest sebesar 10., dan posttest sebesar 13,3. Nilai *p_value* 0,000 menunjukkan bahwa skor pengetahuan antara *pretest* dan *posttest* terdapat peningkatan yang bermakna atau signifikan, dapat dilihat dari nilai $p < 0,05$ atau $p = 0,000$.

Pada kelompok yang tidak diberi penyuluhan hasil analisis menunjukkan bahwa rerata skor pengetahuan pretest sebesar 10,8 dan posttest rerata skor

pengetahuan sebesar 12,1. Nilai *p-value* 0,000 menunjukkan bahwa skor pengetahuan antara skor *pretest* dan *posttest* terdapat peningkatan yang bermakna atau signifikan, dapat dilihat nilai $p < 0,05$ atau $p = 0,000$. Analisis ini menunjukkan ada perbedaan bermakna secara statistik antara pengetahuan sebelum perlakuan dan setelah perlakuan pada kelompok perlakuan. Peningkatan skor pengetahuan tertinggi terjadi pada kelompok yang diberi penyuluhan. Seperti yang diperlihatkan pada Gambar 1.

Perbedaan Peningkatan Pengetahuan tentang Ca Cerviks pada kelompok penyuluhan dan tidak diberi penyuluhan



Gambar 2. Perbedaan Peningkatan Pengetahuan tentang Ca Cerviks pada Kelompok Penyuluhan dan tidak diberi penyuluhan

Untuk melihat hubungan antara variabel penyuluhan terhadap pengetahuan dilakukan uji analisis *Independent t-test* dan hasilnya dapat terlihat di Tabel 3.

Tabel 3. Analisis *Independent T Test* antara *pretest* dan *posttest* pengetahuan Ibu tentang kanker leher rahim pada kelompok penyuluhan dan tidak penyuluhan

Kelompok Perlakuan	Selisih pengetahuan (SD)	rerata Perbedaan selisih pengetahuan (CI)	<i>T hit2</i>	<i>p</i>
Penyuluhan	2,5 (1,56)			
Tidak diberi penyuluhan	1,3 (1,47)	1,2 (0,52–1,87)	3,52	0,004

Berdasarkan Tabel 3. hasil uji independent *t test* menunjukkan bahwa nilai rerata kenaikan *pretest* dan *posttest* pada kelompok penyuluhan sebesar 2,5 dengan

standar deviasi 1,56. Sedangkan pada kelompok tidak diberi penyuluhan nilai rerata kenaikan antara *pretest* dan *posttest* sebesar 1,3 dengan standar deviasi 1,47. Perbedaan selisih rerata antara kelompok penyuluhan dan kelompok tidak penyuluhan adalah 1,2 dengan *t-hitung* 3,52, *p-value* sebesar 0,004 ($p < 0,05$). Analisis statistik dengan menggunakan uji *independent t-test* menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna pada selisish rerata pengetahuan ibu tentang Ca Cerviks antara kelompok perlakuan berupa penyuluhan dan tidak penyuluhan dengan alpha 0,05.

Analisis bivariabel selanjutnya untuk melihat hubungan antara variabel pengetahuan (variabel antara) dengan variabel sikap ibu untuk skrining kanker leher rahim (variable terikat). Uji statistik yang digunakan adalah Regresi Logistik dan OR dengan tingkat kemaknaan ($\alpha = 0,05$), *Confidence Interval* (CI) = 95%. Sedangkan untuk melihat hubungan antara variable penyuluhan (variabel bebas) dengan sikap ibu untuk skrining kanker leher rahim (variable terikat), uji statistik yang digunakan adalah *Chi-Square* dan *Oods Ratio* dengan tingkat kemaknaan ($\alpha = 0,05$), *Confidence Interval* (CI) = 95%. Hasil analisis terlihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Hubungan Antara Pengetahuan dan Penyuluhan Terhadap Sikap Ibu untuk Skrining Kanker Leher Rahim.

Varibel	Sikap Ibu		χ^2	OR	CI 95%	<i>p</i>
	bersedia	Tidak bersedia				
	N (%)	N (%)				
Pengetahuan	40	40	-	4,18	2,07- 8,45	0,001
Kelompok Perlakuan						0,03
Penyuluhan	34	6	4,27	3,05	0,92- 10,92	
Tidak Penyuluhan	26	14				

Berdasarkan Tabel 4. Terlihat bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan terhadap sikap ibu untuk skrining kanker leher rahim. Hal ini terlihat dengan nilai OR= 4,18 dan 95% CI= 2,07-8,45, artinya ibu yang memiliki pengetahuan tentang kanker serviks diatas rerata proporsinya 4,18 kali lebih besar untuk melakukan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA bila dibandingkan dengan ibu yang mempunyai pengetahuan tentang kanker leher rahim dibawah rerata.

Berdasarkan Tabel 4. Terlihat juga bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kelompok perlakuan terhadap sikap ibu untuk melakukan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA. Hal ini terlihat dengan nilai OR= 3,05 dan 95%

CI= 0,92-10,92, artinya ibu pada kelompok penyuluhan mempunyai peluang 3,05 kali lebih besar untuk melakukan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA bila dibandingkan dengan ibu yang tidak diberi penyuluhan.

Analisis bivariabel selanjutnya untuk melihat hubungan antara variabel sikap ibu (variable terikat) dengan variable luar yang terdiri dari umur, pendidikan, dan status ekonomi. Uji statistic yang digunakan adalah Chi-Square dan OddsRatio dengan tingkat kemaknaan ($\alpha = 0,05$) dengan Confidence Interval (CI) = 95%.

Tabel 5. Hubungan antara Umur, Pendidikan dan Status Ekonomi terhadap Sikap Ibu untuk skrining kanker leher rahim

Varibel	Sikap Ibu		χ^2	OR	CI 95%	p
	bersedia	Tidak bersedia				
	N (%)	N (%)				
Umur						
20-35	37	13	0,07	0,86	0,25-2,76	0,78
<20, >35	23	7				
Pendidikan						
Tinggi	37	13	0,07	0,86	0,25-2,76	0,78
Rendah	23	7				
Status Ekonomi						
Cukup	14	2	1,67	2,73	0,53-26,95	0,19
Rendah	46	18				

Keterangan:

N = Jumlah responden, χ^2 =Chi Square, p = p value

OR = Odds Ratio CI= Confidence Interval

Berdasarkan Tabel 5. terlihat bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur, pendidikan dan status ekonomi dengan sikap ibu untuk skrining kanker leher rahim dengan OR = 0,86 dan 95%CI = 0,25-2,76, OR = 0,86 dan 95%CI= 0,25-2,76, OR=2,73 dan 95%CI = 0,53-26,95.

A. Pembahasan

Penelitian ini mencoba untuk melihat pengaruh penyuluhan dan tidak penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu untuk melakukan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA.

1. Pengaruh Penyuluhan terhadap Sikap ibu untuk melakukan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA

Berdasarkan hasil analisis bivariabel menunjukkan bahwa pemberian penyuluhan kepada ibu bermakna secara signifikan terhadap sikap ibu untuk melakukan skrining kanker leher rahim. Hasil analisis menunjukkan nilai OR= 3,05 dan 95%CI = 0,92-10,92. Artinya bahwa ibu yang mendapat penyuluhan memiliki peluang 3,05 kali lebih besar

untuk bersikap melakukan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA bila dibandingkan dengan ibu yang tidak diberi penyuluhan.

Hasil penelitian sesuai dengan Erman, 2004 yang menyatakan bahwa pemberian penyuluhan membantu seseorang/klien dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi oleh klien. Dengan diberikan penyuluhan diharapkan ibu mempunyai sikap untuk mau melakukan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA, sehingga dapat dilakukan deteksi secara dini. Seperti yang disampaikan oleh Aklimunnessa *et al.*, 2006 bahwa skrining bisa menurunkan kematian setidaknya 50% dari kematian ibu.

2. Pengaruh penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan

Berdasarkan analisis data yang telah dilakukan bahwa pengetahuan bermakna secara signifikan terhadap sikap ibu untuk melakukan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA. Ibu yang memiliki pengetahuan diatas nilai rerata lebih tinggi 4,18 kali untuk melakukan skrining kanker leher rahim bila dibandingkan dengan ibu yang memiliki pengetahuan dibawah nilai rerata.

Pengukuran yang dilakukan untuk melihat pengaruh penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan adalah dengan melihat hasil sebelum perlakuan (pretest) dan setelah perlakuan (posttest). Hasil penelitian sebelum perlakuan menunjukkan bahwa rerata nilai pengetahuan ibu tentang kanker leher rahim sama antara kelompok penyuluhan dan kelompok yang tidak diberi penyuluhan (nilai rerata 10,8). Hasil penghitungan paired t test dalam penelitian menunjukkan kelompok responden yang diberi perlakuan berupa penyuluhan dan tidak penyuluhan mengalami peningkatan pengetahuan secara signifikan. Peningkatan pengetahuan pada kelompok penyuluhan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok tidak penyuluhan. Peningkatan pengetahuan pada responden diakibatkan intervensi yang dilakukan. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Green & Kreuter (1991) bahwa promosi kesehatan dengan pendidikan kesehatan yang telah diberikan dapat meningkatkan pengetahuan. Hal ini sejalan dengan pendapat yang dikatakan oleh Topsever *et al.* (2006) dan Nobili *et al* (2007) bahwa konseling dapat meningkatkan pengetahuan.

3. Pengaruh pengetahuan terhadap sikap ibu untuk melakukan skrining kanker leher rahim

Penyuluhan merupakan salah satu cara pendekatan dalam menyampaikan pendidikan kesehatan untuk menolong individu. Pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan yang terencana dengan

tujuan mengubah pengetahuan, sikap dan persepsi atau perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat dalam mengambil tindakan yang berhubungan dengan kesehatan (WHO, 1992). Pendidikan kesehatan adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku, agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Perubahan perilaku menurut Green & Kreuter (1991) terdiri dari faktor predisposisi, faktor penguat dan faktor pemungkin. Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi dari teori perubahan perilaku.

Dengan memberikan intervensi pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan. Pengetahuan bukan satu-satunya yang dapat mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang, akan tetapi pengetahuan merupakan langkah awal memahami arti atau manfaat untuk bersikap dan berperilaku sehat bagi dirinya. Sikap dan perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng daripada sikap dan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003)

4. Hubungan umur, pendidikan dan status ekonomi dengan sikap ibu untuk melakukan skrining kanker leher rahim

Hasil analisis data menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur, pendidikan dan status ekonomi dengan sikap ibu untuk melakukan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA. Hal ditunjukkan dengan nilai p lebih besar dari 0,05.

Penelitian tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Coughlin & Uhler (2000) yang mengemukakan hasil penelitian pada wanita Asia dan Pasifik antara tahun 1994-1997 partisipasi dalam skrining kanker leher rahim tidak dipengaruhi oleh pekerjaan dan pendidikan tinggi. Penelitian tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Coughlin & Uhler (2000) yang mengemukakan hasil penelitian pada wanita Asia dan Pasifik antara tahun 1994-1997 partisipasi dalam skrining kanker leher rahim tidak dipengaruhi oleh pekerjaan dan pendidikan tinggi. Tetapi dalam penelitian menyebutkan bahwa penghasilan keluarga memiliki hubungan yang bermakna untuk melakukan skrining kanker leher rahim dengan nilai OR sebesar 3,2.

Hasil penelitian tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Claeys *et al.* (2002) yang menyatakan rendahnya wanita melakukan skrining kanker leher rahim yang disebabkan oleh beberapa variabel seperti: tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya pengetahuan mengenai pencegahan kanker leher rahim, dan tingkat ekonomi yang rendah. Menurut Bower *et al.* (2000) mengatakan rintangan terbesar pada wanita yang tidak melakukan pap smear karena kurangnya pengetahuan,

pendapatan dan etnis. Penelitian lain yang dilakukan Kwok *et al.* (2005) dalam penelitian yang mengeksplorasi faktor-faktor yang berhubungan dengan keputusan wanita yaitu pemberian promosi kesehatan, usia, pendidikan dan status ekonomi.

SIMPULAN DAN SARAN/REKOMENDASI

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa:

1. Proporsi ibu yang bersedia melakukan skrining kanker leher rahim lebih tinggi pada kelompok penyuluhan dibandingkan dengan kelompok tidak penyuluhan
2. Rerata nilai skor pengetahuan *pretest* ibu pada kelompok penyuluhan dan tidak penyuluhan menunjukkan sama, akan tetapi pada *posttest* rerata nilai pada kelompok menunjukkan perbedaan dan kelompok penyuluhan memiliki rerata nilai skor pengetahuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok tidak penyuluhan serta terjadi peningkatan pengetahuan pada kedua kelompok dan kelompok penyuluhan mendapatkan skor pengetahuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok tidak penyuluhan.
3. Ibu yang memiliki rerata nilai skor pengetahuan lebih tinggi, lebih besar proporsinya bersedia untuk melakukan skrining kanker leher rahim dengan metode IVA bila dibandingkan dengan ibu yang rerata nilai skor pengetahuannya lebih rendah.

B. Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan diatas beberapa saran yang dapat disampaikan agar masyarakat dapat bersikap untuk melakukan skrining kanker leher rahim adalah:

1. Ibu-ibu PKK Dusun Siwates Kaligintung engan adanya hasil penelitian ini diharapkan ibu-ibu PKK Siwates Kaligintung, aktif menyebarkan informasi ke ibu-ibu yang lain diwilayahnya tentang skrining kanker leher rahim dengan metode IVA, agar deteksi dini dapat dilakukan.
2. Ibu Kader, Ibu-ibu kader aktif menggerakkan kegiatan PKK dengan pemberian penyuluhan-penyuluhan yang berkaitan dengan kesehatan khususnya tentang skrining kanker leher rahim dengan metode IVA.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahdani, N., 2004, Kajian Faktor Threat dan Coping Terhadap Partisipasi Wanita dalam Program Skrining Kanker Leher Rahim di Biro Konsultasi Kanker Yayasan Kucala Yogyakarta, 25-2-2008, www.litbang.depkes.go.id
- Aklimunnessa, K., Mori, M., Khan, M.M.H., Sakauchi, F., Kubo, T., Fujino, Y., Suzuki, S., Tokudome, S. & Tamakoshi, A. (2006)
- Aklimunnessa, K., Mori, M., Khan, M.M.H., Sakauchi, F., Kubo, T., Fujino, Y., Suzuki, S., Tokudome, S. & Tamakoshi, A. (2006) Effectiveness of Cervical cancer screening over Cervical cancer mortality among Japanese women. *Jpn J Clin Oncol*,36(8):511–518.
- American Cancer Society (2006) Detailed guide: Cervical cancer. [internet] Available from http://www.cancer.org/docroot/CRI/CRI_2_3x.asp?dt=8 accessed 2 April 2008
- Aziz, M.F., Andrijono., Saifudin, 2006, Onkologi Ginekologi Edisi Pertama, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta
- Bellinson, J.L., Pretorius, R.G., Zhang, W.H., Wu Y.L., Qiao, Y.L. & Elson, P (2001) Cervical cancers screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstet Gynecol*, 98(3): 441-444
- Bosch, F.X., Munoz, N. (2000) Cervical cancer In: Goldman, M.B., Hatch, M.C. ed. *Women and health*. New York: Academic Press.
- Burd, E.M. (2003) Human papillomavirus and cervical cancer. *Clin Microbiol Rev*; 16.1.: 1-17.
- Bower, F., Duffy. M., Forster, M. 2000. Uptake Screening Cervix, Elfrida Society Islington.
- Calle, E.E., Flanders, W.D., Thun, M.J. & Martin, L.M. (1993) Demographic predictors of mammography and pap smear screening in US women. *Am J Public Health*, 83(1): 53-60.
- Centers for Disease Control and Prevention (2003) Male latex condoms and sexually transmitted diseases. [Internet] Available from: <http://www.cdc.gov/nchstp/od/condoms.pdf> Accessed 7 Mei 2008.
- Claeys, P., Gonzalez, C., Gonzalez, M., Page, H., Bello, ER., Temmerman, M. 2002. Determinants of Cervical Cancer Screening in Poor Area: Result of a Population-based Survey in Rivas, Nicaragua, *Tropical Medicine and International Health*, Volume 7 no 11 PP 935-941
- Coughlin, SS., Uhler, RJ. 2000. Breast and Servical Cancer Screening Practices

Among Asian and Pacific Islander Women in The United State, 1994-1997. *Cancer Epidemiology*, vol 9, 597-603

Harlan, L.C., Bernstein, A.B. & Kessler, L.G. (1991) Cervical cancer screening: Who is not screened and why? *Am J Public Health*, 81(7): 885-890.

Hilmansyah, H. (2007) Bahaya kanker serviks pada wanita. [Internet], Available from: <http://situs.kespro.info/aging> Accessed 20 Februari 2010.

Jong, W. D., 2005, Kanker, apakah itu?, Arcan, Jakarta

Kampono, N. (2006) “Skrining dan penanda tumor” dalam Aziz, M.F., Andrijono, Saifuddin, A.B. *Onkologi ginekologi: buku acuan nasional*. ed.1 cet.1. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Kwok, C., Cant, R. & Sullivan, G. (2005) Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Health Educ Res*, 20(6): 739-47.

Murti, B. (1997) *Prinsip dan Metodologi Riset Epidemiologi*. Yogyakarta. Gadjah Mada University Press.

National Cancer Institute (2005) Cervical cancer (PDQ®): Prevention. health professional version. [Internet], Available from <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/cervical/healthprofessional/allpages/print> Accessed 2 April 2008.

Notoatmojo, S. (2005) *Promosi kesehatan, teori dan aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nuranna, L. (2006) “Inspeksi visual dengan asam asetat” dalam Aziz, M.F., Andrijono, Saifuddin, A.B. *Onkologi ginekologi: buku acuan nasional*. ed.1, cet.1. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Parkin, D.M., Bray, B., Ferlay, J. & Pisani, P. (2005) *Global Cancer Statistics 2002*. *CA Cancer J Clin*, 55, 74-108.

Ramli, M., 2000, *Deteksi Dini Kanker*, FKUI, Jakarta.

Rasjidi, 2008, *Vaksin Human Papilloma Virus dan Eradikasi Kanker Mulut*

Sarjadi & Trihartini, P. (2001) Cancer registration in Indonesia. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 2, IACR Supplement: 21-24.

Saslow, D., Runowicz, C.D., Solomon, D., Moscicki, A.B., Smith, R.A., Eyre, H.J. & Cohen, C. (2002) American cancer society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin*, 52: 342-362.

MASALAH KESEHATAN MENTAL PADA NARAPIDANA DI LEMBAGA PEMASYARAKATAN KEDUNG PANE SEMARANG

Diyan Yuli Wijayanti, Yosaxina Anggi Santoso

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

ABSTRAK

Latar Belakang: Narapidana yang berada di Lembaga Pemasyarakatan (LP) merupakan kelompok yang sangat berisiko mengalami masalah kesehatan mental bahkan sampai pada gangguan jiwa. Masalah kesehatan mental muncul sebagai respon dari berbagai tekanan fisik maupun psikologis yang mereka dapatkan selama berada di Lembaga Pemasyarakatan. Berbagai studi menunjukkan banyak narapidana mengalami masalah kesehatan mental bahkan gangguan jiwa seperti gangguan depresi mayor, gangguan bipolar, skizofrenia, dan gangguan psikotik nonschizophrenic. Masalah kesehatan mental ini tentunya akan memunculkan berbagai masalah keperawatan kesehatan mental.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui masalah keperawatan kesehatan mental pada narapidana di Lembaga Pemasyarakatan Kedung Pane Semarang.

Metode: Metode penelitian ini adalah deskriptif survai. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Variabel dari penelitian ini adalah kecemasan, harga diri rendah (HDR), menarik diri (MD) dan risiko perilaku kekerasan (RPK). Subjek penelitian ini adalah narapidana di LP Kedung Pane Semarang dengan sampel sebanyak 87 responden yang diambil dengan menggunakan teknik *simple random sampling*.

Hasil: Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden (65,5%) atau 57 orang mengalami kecemasan ringan, HDR ringan 70 responden (80,5%), MD 47 responden (54,1%), dan RPK ringan 81 responden (93,1%). Hasil penelitian menunjukkan munculnya masalah keperawatan kesehatan mental pada narapidana yang berdampak pada perlunya pelayanan keperawatan kesehatan mental bagi para narapidana.

Kata kunci : narapidana, kecemasan, harga diri rendah, menarik diri, risiko perilaku kekerasan

PENDAHULUAN

Angka kriminalitas semakin meningkat di masyarakat. Hal itu menunjukkan ketidakmampuan masyarakat mengatasi perubahan sosial yang terjadi.¹ Peningkatan angka kriminalitas berdampak pada peningkatan jumlah penghuni di Lembaga

Pemasyarakatan. Peningkatan penghuni yang tajam dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan baik kesehatan fisik, maupun kesehatan mental.

Penelitian oleh institut Psikiatri tentang gangguan mental pada Lapas di Inggris mengungkapkan 1000 narapidana laki-laki dari 72.500 narapidana di Inggris terkena gangguan psikotik. Narapidana laki-laki sejumlah 2000 narapidana membutuhkan perawatan di rumah sakit Jiwa.¹¹ Studi tentang prevalensi penyakit mental di penjara yang dilakukan oleh Pamela M. Diamond, Eugene W. Wang, menunjukkan bahwa prevalensi penyakit mental lebih tinggi di penjara daripada di masyarakat.¹²

Penelitian kohort di penjara Inggris tentang insidensi gangguan mental mengungkapkan 26% narapidana laki-laki ditemukan memiliki gangguan psikotik.¹³ 59% narapidana wanita ditemukan memiliki gangguan mental termasuk ketergantungan substansi, dan 11% dari sampel penelitian mengalami psikosis.¹⁴

Studi yang dilakukan oleh Jacques Baillargeon tentang gangguan psikiatri di penjara didapatkan hasil yaitu dari 79.211 narapidana ditemukan 7878 narapidana dengan gangguan psikiatri utama yaitu gangguan depresi mayor, gangguan bipolar, skizofrenia, dan gangguan psikotik nonschizophrenic yang telah meningkat selama masa studi 6 tahun.¹⁵

Studi tentang prevalensi penyakit mental di penjara yang dilakukan oleh Pamela M. Diamond, Eugene W. Wang, Charles E. Holzer III, Christopher Thomas, and des Anges Cruser didapatkan hasil gangguan mental pada narapidana di Lembaga Pemasyarakatan dari berbagai daerah di Amerika yaitu Ohio, Michigan, California, Canada didapatkan hasil gangguan jiwa yang terjadi adalah gangguan bipolar, mayor depresi, manic depresi, skizofrenia, isolasi sosial, dan gangguan Axis II.¹²

Berbagai fakta di atas menunjukkan bahwa gangguan jiwa dan kesehatan mental sering sekali terjadi di Lapas. Dari berbagai macam gangguan mental tersebut, sebagian besar merupakan masalah-masalah yang terdiagnosa secara medis. Berbagai diagnosa medis tersebut tentunya juga berdampak pada timbulnya masalah-masalah keperawatan jiwa, termasuk masalah psikososial. Masalah kesehatan mental pada narapidana di Indonesia juga diungkapkan oleh Wijayanti pada penelitiannya bahwa 48% narapidana wanita di Lembaga pemasyarakatan wanita di Semarang mengalami kecemasan berat sedangkan 52% lainnya mengalami cemas sedang.¹⁶

Lembaga pemasyarakatan Kedung Pane Semarang merupakan lembaga pemasyarakatan yang menampung narapidana laki-laki terbesar di Semarang. Survey awal menunjukkan daya tampung kamar tahanan yang tersedia saat ini sudah tak mencukupi. Kapasitas kamar LP Kedungpane hanya mampu menampung 530 orang saja. Namun saat ini kamar dihuni 756 napi maupun tahanan, jadi kelebihan kapasitas 226 orang. Satu kamar ada yang sampai dihuni sembilan napi.¹⁷ Selain itu pada tahun 2010 terdapat 15 narapidana yang tewas dikarenakan penyakit maupun

bunuh diri. Hal ini menyebabkan narapidana di lembaga pemasyarakatan Kedung Pane berisiko tinggi terkena gangguan jiwa. Berdasarkan data-data di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang masalah kesehatan mental yang terjadi di Lapas Kedung Pane Semarang.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini mempunyai tujuan antara lain :

1. Tujuan umum
Mengetahui masalah kesehatan mental yang terdapat di Lapas Kedung Pane Semarang.
2. Tujuan khusus
Menggambarkan dan mengidentifikasi masalah kesehatan mental khususnya gangguan kecemasan, harga diri rendah, menarik diri, dan risiko perilaku kekerasan yang terjadi di Lapas Kedung Pane Semarang.

Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan memiliki manfaat sebagai berikut :

1. Bagi Lembaga Pemasyarakatan.
Hasil penelitian ini diharapkan dapat diperoleh gambaran tentang masalah-masalah kesehatan mental yang terjadi di Lapas Kedung Pane Semarang dan Lembaga dapat digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan mental tersebut.
2. Bagi Ilmu Keperawatan.
Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan masukan untuk penelitian berikutnya di bidang ilmu keperawatan, khususnya riset tentang keperawatan jiwa pada tahanan di lembaga pemasyarakatan.
3. Peneliti lain
Sebagai landasan bagi penelitian selanjutnya mengenai penanganan masalah psikosial pada tahanan di Lapas Semarang
4. Bagi peneliti
Belajar dalam proses mencari informasi secara ilmiah mengenai masalah-masalah psikososial yang terjadi pada narapidana di Lapas Semarang
5. Bagi Narapidana
Penelitian diharapkan dapat bermanfaat bagi narapidana untuk dapat mengatasi dan menjaga kesehatan mental.

TINJAUAN PUSTAKA

Masalah Kesehatan Mental

Kesehatan mental menurut WHO bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan

keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya.¹ UU kesehatan jiwa No.3 tahun 1996 mengungkapkan kesehatan jiwa adalah kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional secara optimal dari seseorang dan perkembangan ini berjalan secara selaras dengan orang lain.¹ Prof. Dr. Zakiah Daradjat mengungkapkan, kesehatan mental adalah terhindarnya orang dari gejala-gejala gangguan jiwa (*neurose*) dan dari gejala-gejala penyakit jiwa (*psychose*).¹⁸

Masalah kesehatan mental yang sering terjadi di Lembaga Pemasyarakatan yaitu gangguan psikotik yang terdiri dari: gangguan depresi mayor, gangguan bipolar, skizofrenia, gangguan psikotik *nonschizophrenic* gangguan bipolar, *manic* depresi, isolasi sosial, dan gangguan Axis II.^{12,13,14} Masalah kesehatan mental medis tentunya dapat menimbulkan masalah keperawatan kesehatan mental. Masalah keperawatan kesehatan mental yang sering terjadi pada narapidana antara lain:³

Gangguan Kecemasan (ansietas)

Depkes RI menyatakan kecemasan adalah ketegangan rasa tidak aman dan khawatir yang timbul karena dirasakan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan tetapi sumber sebagian besar tidak diketahui dan berasal dari dalam.¹⁸ Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi.¹⁹

Klasifikasi Tingkat Kecemasan:

1. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah kelelahan, *iritabel*, lapang persepsi meningkat, kesadaran tinggi, mampu untuk belajar, motivasi meningkat dan tingkah laku sesuai situasi.

2. Kecemasan sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada masalah yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Manifestasi yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernapasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, lahan persepsi menyempit, mampu untuk belajar namun tidak optimal, kemampuan konsentrasi menurun, perhatian selektif dan terfokus pada rangsangan yang tidak menambah kecemasan, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah dan menangis.

3. Kecemasan berat

Seseorang dengan kecemasan berat cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Orang

tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area yang lain. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah mengeluh pusing, sakit kepala, mual, tidak dapat tidur (*insomnia*), sering kencing, diare, palpitasi, lahan persepsi menyempit, tidak mau belajar secara efektif, berfokus pada dirinya sendiri dan keinginan untuk menghilangkan kecemasan tinggi, perasaan tidak berdaya, bingung, disorientasi.

4. Panik

Panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang sedang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Tanda dan gejala yang terjadi pada keadaan ini adalah susah bernapas, dilatasi pupil, palpitasi, pucat, *diaphoresis*, pembicaraan inkoheren, tidak dapat merespon terhadap perintah yang sederhana, berteriak, menjerit, mengalami halusinasi dan delusi.

Gangguan harga diri rendah (HDR)

Gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan.¹ Harga diri rendah merupakan evaluasi diri dari perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif baik langsung maupun tidak langsung Townsend.¹ Pendapat senada dikemukakan oleh Carpenito, L.J bahwa harga diri rendah merupakan keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri atau kemampuan diri.¹⁹

Carpenito, L.J; Keliat, B.A menyatakan bahwa tanda dan gejala harga diri rendah yaitu :¹⁹

1. Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit. Misalnya : malu dan sedih karena rambut jadi botak setelah mendapat terapi sinar pada kanker
2. Rasa bersalah terhadap diri sendiri. Misalnya: ini tidak akan terjadi jika saya segera ke rumah sakit, menyalahkan/ mengejek dan mengkritik diri sendiri.
3. Merendahkan martabat. Misalnya: saya tidak bisa, saya tidak mampu, saya orang bodoh dan tidak tahu apa-apa
4. Gangguan hubungan sosial, seperti menarik diri. Klien tidak ingin bertemu dengan orang lain, lebih suka sendiri.
5. Percaya diri kurang. Klien sukar mengambil keputusan, misalnya tentang memilih alternatif tindakan.
6. Mencederai diri. Akibat harga diri yang rendah disertai harapan yang suram, mungkin klien ingin mengakhiri kehidupan.

Data subjektif yang bisa dikaji antara lain mengkritik diri sendiri atau orang lain, perasaan dirinya sangat penting yang berlebih-lebihan, perasaan tidak mampu,

rasa bersalah, sikap negatif pada diri sendiri, sikap pesimis pada kehidupan, keluhan sakit fisik. Selain itu pandangan hidup yang terpolarisasi, menolak kemampuan diri sendiri, pengurangan diri/mengejek diri sendiri, perasaan cemas dan takut, merasionalisasi penolakan/menjauh dari umpan balik positif, mengungkapkan kegagalan pribadi, ketidakmampuan menentukan tujuan,

Data objektif yang dapat dilihat antara lain produktivitas menurun, perilaku destruktif pada diri sendiri, perilaku destruktif pada orang lain, penyalahgunaan zat, menarik diri dari hubungan sosial, ekspresi wajah malu dan rasa bersalah, menunjukkan tanda depresi (sukar tidur dan sukar makan), tampak mudah tersinggung/mudah marah.

Gangguan Interaksi Sosial: menarik diri (MD)

Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain (Rawlins).¹⁹

Tanda dan gejala menarik diri adalah apatis, ekspresi sedih, *afek* tumpul, menghindari orang lain (menyendiri), komunikasi kurang/tidak ada. Klien tidak tampak bercakap-cakap dengan klien lain/perawat, tidak ada kontak mata, klien sering menunduk, berdiam diri di kamar/klien kurang mobilitas, menolak berhubungan dengan orang lain, klien memutuskan percakapan atau pergi jika diajak bercakap-cakap, tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

Iyus Yosep menyebutkan tanda dan gejala menarik diri dapat dibedakan menjadi gejala subjektif dan gejala objektif. Gejala subjektif yaitu klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain, respon verbal dan sangat singkat, klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain, klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu, klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan, klien merasa tidak berguna, klien tidak yakin dapat melangsungkan hidup, klien merasa ditolak. Sedangkan gejala obyektif yaitu klien banyak diam dan tidak mau bicara, tidak mengikuti kegiatan, banyak berdiam diri di kamar, klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang terdekat, klien tampak sedih, ekspresi datar, dan dangkal, kontak mata kurang, kurang spontan, apatis (acuh terhadap lingkungan), ekspresi wajah kurang berseri, tidak merawat diri sendiri dan tidak memperhatikan kebersihan diri, mengisolasi diri, tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitar, masukan makanan dan minuman terganggu, retensi urin dan feses, aktivitas menurun, kurang motivasi, rendah diri.

Risiko Perilaku kekerasan (RPK)

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang mempunyai risiko melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik

terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak *konstruktif*.²¹

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, secara verbal maupun nonverbal, bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis (Berkowitz).¹

Gejala klinis yang ditemukan pada klien dengan perilaku kekerasan didapatkan melalui pengkajian meliputi: ¹

Wawancara: diarahkan penyebab marah, perasaan marah, tanda-tanda marah yang dirasakan oleh klien.

Observasi: muka merah, pandangan tajam, otot tegang, nada suara tinggi, berdebat dan sering pula tampak klien memaksakan kehendak: merampas makanan, memukul jika tidak senang.

Fisik: muka merah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir.

Verbal: bicara kasar, suara tinggi, membentak, berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata kata kotor, suara keras, ketus.

Perilaku: melempar atau memukul benda/ orang lain, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/ orang lain, amuk/agresif.

Emosi: tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

Intelektual: mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme

Spiritual: merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar

Sosial: menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran

Perhatian: bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *survei* dengan metode deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah narapidana yang terdapat di Lembaga Pemasyarakatan Kedung Pane di Semarang yang berjumlah 756 orang. Penelitian ini menggunakan "*Probability Sampling*" dengan teknik "*Simple Random Sampling*". Metode ini dilakukan dengan cara mengambil secara acak atau random anggota populasi yang akan dijadikan subjek penelitian.²⁷ Perhitungan besarnya sampel menghasilkan jumlah sampel yaitu 87 orang. Penelitian ini dilakukan di Lembaga Pemasyarakatan di Semarang yaitu Di LP Kedung Pane, Mijen Semarang.

Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian adalah kuesioner. Kuesioner A untuk mengetahui karakteristik responden berupa umur, status, jenis kejahatan, masa hukuman, sudah berapa lama hukuman. Kuesioner B adalah kuesioner untuk mengukur kecemasan menggunakan skala Likert, dengan kategori kecemasan berat bila skor 121-160, kecemasan sedang 81-120, kecemasan ringan 41-80, tidak cemas 1-40. Kuesioner C adalah kuesioner untuk mengukur harga diri rendah menggunakan skala Likert, dengan kategori harga diri positif memiliki score 1-26, HDR ringan 27-52, HDR sedang 53-78, HDR berat 79-104. Kuesioner D adalah kuesioner untuk mengukur gangguan interaksi sosial: menarik diri menggunakan skala Gutmann, dengan kategori Interaksi sosial positif bila skor 25-50, menarik diri bila skor 1-24. Kuesioner E adalah kuesioner untuk mengukur risiko perilaku kekerasan menggunakan skala Likert dengan kategori asertif bila skor 1-25, risiko perilaku kekerasan (RPK) ringan 26-50, RPK sedang 51-75 dan RPK berat, 76-100.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kecemasan

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kecemasan Narapidana di LP Kedung Pane Semarang Bulan April Tahun 2011, n=87

No	Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Presentase
1.	Tidak cemas	1	1,1%
2.	Cemas ringan	57	65,5%
3.	Cemas sedang	27	31%
4.	Cemas berat	2	2,3%
Total		87	100 %

Cemas ringan yang dialami oleh sebagian besar narapidana di LP Kedung Pane dapat dihubungkan dengan *coping* yang dilakukan oleh narapidana itu sendiri. Mereka mempunyai strategi tersendiri untuk menurunkan stressor yang mereka hadapi. *Coping* yang baik tersebut menyebabkan mereka mengalami cemas ringan yang membuat mereka menjadi waspada dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Kecemasan sedang yang dialami oleh 27 responden menunjukkan *coping* yang mereka lakukan tidak sesuai sehingga menyebabkan reaksi kecemasan sedang yang ditunjukkan dengan kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernapasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, lahan persepsi menyempit, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah dan menangis.

Harga Diri Rendah (HDR)

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Harga Diri Narapidana di LP Kedung Pane Semarang Bulan April Tahun 2011, n=87

No	Tingkat Harga Diri	Frekuensi	Presentase
1.	Harga Diri Positif	0	0%
2.	HDR rendah	70	80,5%
3.	HDR sedang	13	14,4%
4.	HDR berat	4	4,6%
Total		87	100 %

Hasil penelitian sebanyak 70 responden mengalami HDR ringan. Hal ini dapat dikaitkan dengan penelitian Elsa yaitu bagaimana makna hidup individu tersebut, mereka masih mempunyai konsep diri yang baik dalam mengevaluasi diri sendiri, menghargai diri sendiri, merasa diri berguna. Koping individu yang tidak efektif akibat adanya kurang umpan balik positif, kurangnya *system* pendukung, kemunduran perkembangan ego, pengulangan umpan balik yang negatif, disfungsi sistem keluarga serta terfiksasi pada tahap perkembangan awal sehingga ditemukan 13 responden mengalami HDR sedang dan 4 responden mengalami HDR berat.

Menarik Diri (MD)

Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Menarik diri Narapidana di LP Kedung Pane Semarang Bulan April Tahun 2011, n=87

No	Tingkat Menarik Diri	Frekuensi	Presentase
1.	Interaksi Sosial Positif	40	45,9%
2.	Menarik Diri	47	54,1%
Total		87	100 %

Hasil penelitian yang didapatkan bahwa sebanyak 47 responden mengalami menarik diri menunjukkan kegagalan perkembangan yang mengakibatkan individu tidak percaya diri, tidak percaya orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap hubungan dengan orang lain, menghindari dari orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan dan merasa tertekan. Keadaan ini menimbulkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain.

Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Risiko Perilaku Kekerasan Narapidana di LP Kedung Pane Semarang Bulan April Tahun 2011, n=87

No	Tingkat Perilaku Kekerasan	Frekuensi	Presentase
1.	Asertif	0	0%
2.	RPK ringan	81	93,1%
3.	RPK sedang	5	5,7%
4.	RPK berat	1	1,1%
Total		87	100 %

Hasil penelitian menunjukkan RPK ringan sebanyak 93,1%. Dalam rentang respon perilaku kekerasan kondisi RPK ringan dapat disetarakan dengan kondisi frustrasi. Frustrasi merupakan respon terhadap perasaan kesal atau akibat gagal mencapai tujuan. Keadaan seperti ini lama kelamaan akan mengakibatkan seseorang melakukan perilaku kekerasan yaitu melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Hal ini dapat disebabkan oleh terbatasnya ruang personal para narapidana yang juga membatasi perilaku mereka. Menurut beberapa penelitian, kondisi ini berdampak pada tingkat stress, agresifitas, dan bahkan bunuh diri.

SIMPULAN DAN SARAN

Survey menunjukan munculnya beberapa masalah keperawatan kesehatan mental pada narapidana di lembaga pemasyarakatan Kedung Pane Semarang, diantaranya adalah kecemasan ringan yang dialami oleh 56,6% narapidana, harga diri rendah (HDR) ringan sebanyak 80,5%, menarik diri (MD) sebanyak 47 54,1%, dan risiko perilaku kekerasan (RPK) ringan 93,1%. Survey juga memperlihatkan bahwa individu-individu yang berada pada seting khusus seperti lembaga pemasyarakatan sangat memerlukan pelayanan keperawatan kesehatan mental bagi para penghuninya. Oleh karena itu perlu dikembangkan system pelayanan keperawatan kesehatan mental di dalam penjara.

DAFTAR PUSTAKA

- Hadi, Aida, Ardiningsih. *Krisis dan Pemulihan Ekonomi*. Yogyakarta: Kanisius; 2005.
- Meltzer, Tom, Brugha, *et al* (2002) Prisoners with psychosis in England and Wales: a one-year follow-up study. *Howard Journal*, **41**, 1-13 <http://pb.rcpsych.org> diakses tanggal 10 desember 2010
- Pamela M, Wang, Holzer III, Thomas, and des Anges Cruser The Prevalence Of Mental Illness In Prison. *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 29, No. 1, September 2001 diakses tgl 10 desember 2010
- Birmingham L, Mason D. & Grubin, D. (1996) Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *BMJ*, **313**, 1521 -1524 diakses dari <http://pb.rcpsych.org> 10 desember 2010
- Parson, S., Walker, L. & Grubin, D. (2001) Prevalence of mental disorder in female remand prisons. *Journal of Forensic Psychiatry*, **12**, 194 -202 diakses dari <http://pb.rcpsych.org> 10 desember 2010
- Keliat B.A. *Seri Keperawatan Gangguan Konsep Diri*. Cetakan II. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC. 1994
- Beck, William. *Mental health psyciatric nursing*. Aaholistic life sycle approach, The CV Mosby Company ST. Louis. 1993
- Townsand, M.C. *Diagnosa keperawatan pada keperawatanpsikiatri: Pedoman untuk pembuatan rencana keperawatan*. Jakarta: EGC (Terjemahan). 1998
- Yosep, Iyus. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Edisi Revisi. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Budi, Ana, Keliat, dkk. *Proses Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC; 1998
- Setiadi.. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu. 2007.

**PENGARUH *HYPNOBIRTHING* TERHADAP LAMA KALA I
PERSALINAN DI RS HAPPY LAND MEDICAL CENTRE
YOGYAKARTA TAHUN 2010¹**

Lutfia Uli Na'mah², Evi Nurhidayati³

Abstract : This research aimed to determine the influence of hypnobirthing on the prolonged first phase labor at Happy Land Medical Centre Hospital, Yogyakarta year 2010. The method used was survey with retrospective time approach. The sample in this study was 81 respondents consisting of 27 respondents who followed the hypnobirthing and 54 respondents who did not follow it. The sampling technique used total sampling and purposive sampling. Research data was taken secondarily from medical records. The data analysis was used to determine the risk of labor's duration on mothers who did not use hypnobirthing using Odds Ratio (OR). Result showed that there was influence of hypnobirthing on prolonged first phase labor at the Happy Land Hospital Yogyakarta in 2010 known from the value of OR = 2.463, and with the lower limit 0.894 and upper limit 6.786. This indicates that mothers who do not follow the hypnobirthing have 2.5 times greater risk of long labor than the followed ones.

Kata Kunci : *Hypnobirthing, prolonged first phase labor*

PENDAHULUAN

Persalinan atau melahirkan bayi adalah proses normal pada wanita. Peristiwa penting ini tentunya sangat ditunggu-tunggu oleh setiap pasangan suami istri, Akan tetapi, rasa senang menyambut sang bayi dapat berubah menjadi sesuatu yang menakutkan, ketika ibu membayangkan betapa hebat rasa sakit ketika melahirkan, dan merasakan rasa tidak nyaman selama berjam-jam (Dewi, 2009). Menurut data WHO, sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran yang terjadi di negara-negara berkembang. Rasio kematian ibu di Negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di sembilan negara maju dan 51 negara persemakmuran. Di Indonesia, Angka Kematian Ibu tahun 2007 masih 228 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini masih jauh dari target pemerintah yaitu 212 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015. (Meneg PP, 2009). Dr. Ieke menegaskan bahwa 90% kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh pendarahan (30%), infeksi (12%), eklampsia (25%), partus lama (11%), komplikasi abortus (12%) dan penyebab lainnya (Depkes RI, 2001*cit* Naufal, 2009).

Rumah Sakit (RS) Happy Land Medical Centre adalah salah satu rumah sakit yang menyediakan kelas *hypnobirthing* sejak September 2008. Berdasarkan studi

pendahuluan terhadap 10 orang ibu yang mengikuti kelas *hypnobirthing* dan 10 ibu yang tidak mengikuti kelas *hypnobirthing*, hanya satu orang ibu (10%) yang mengikuti kelas *hypnobirthing* mengalami lama persalinan pada kala I dan ibu yang tidak mengikuti kelas *hypnobirthing* 3 diantaranya (30%) mengalami lama persalinan pada kala I. Lama Kala I Persalinan adalah waktu yang dibutuhkan untuk menghadapi persalinan dimulai sejak kontraksi uterus yang teratur hingga serviks membuka lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung 13 jam, sedangkan pada multipara 7 jam (Wiknjosastro, 2007). Penyebab lama kala I persalinan adalah *power, passage, passanger*, psikologi dan penolong (Oxorn, 2003). Sedangkan faktor tidak langsung yang dapat menyebabkan lama kala I persalinan adalah senam hamil (Supriadmadji, 2005), pendampingan suami (Kusuwati, 2009) dan *hypnobirthing* (Andriana, 2007) Metode *hypnobirthing* merupakan salah satu teknik outohipnosis (*selfhypnosis*) atau swasugesti, dalam menghadapi dan menjalani kehamilan serta persiapan melahirkan sehingga para wanita hamil mampu melalui masa kehamilan dan persalinannya dengan cara yang alami, lancar, dan nyaman (tanpa rasa sakit). Dan yang lebih penting lagi adalah untuk kesehatan

jiwa dari bayi yang dikandungnya (Kuswandi, 2009). *Hypnobirthing* mengajarkan teknik pernafasan, relaksasi, afirmasi dan visualisasi, serta pendalaman. Dalam teknik pernafasan, ibu dapat menghemat energy selama fase penipisan selama pembukaan serviks. Di samping itu, pernafasan lambat yang diajarkan dapat menipiskan dan membuka leher rahim yang dapat memperpendek durasi persalinan. Relaksasi, visualisasi, dan afirmasi membantu ibu mengatasi ketegangan, stress, dan rasa tidak nyaman pada waktu menghadapi persalinan. Sedangkan teknik pendalaman sangat berguna selama fase lanjut dari pembukaan persalinan. Dengan metode *hypnobirthing*, maka dapat mempercepat kala I persalinan (± 3 jam pada primipara dan 2 jam pada multipara), mengurangi resiko terjadi komplikasi, dan mempercepat proses penyembuhan pada post partum (Gallagher, 2001; Martin, 2001). Komplikasi yang dapat ditekan dari *hypnobirthing* adalah penurunan semangat, kelelahan, dehidrasi, asidosis, infeksi, dan resiko ruptur uterus, perdarahan. Sedangkan untuk janinnya trauma, asidosis, kerusakan hipoksik, infeksi dan peningkatan mortalitas serta morbiditas perinatal. Menurut Oxorn (2003), penatalaksanaan Persalinan pada kala I lama dapat dibedakan dengan 2 cara yaitu: pencegahan (Persiapan kelahiran bayi dan perawatan yang baik akan mengurangi insidensi partus lama (Cyna AM, 2004), Persalinan tidak boleh diinduksi atau dipaksakan kalau cerviks belum matang, Persalinan palsu (*false labour*) diatasi dengan istirahat dan sedasi). Tindakan Suportif (Selama persalinan, semangat pasien harus didukung, membesarkan hati dan menghindari kata-kata yang dapat menimbulkan kekhawatiran dalam diri pasien (JNPK-KR, 2008), Intake cairan setidaknya 2.500 ml per hari. Pada semua partus lama, intake cairan sebanyak ini dipertahankan melalui pemberian infuse larutan glukosa. Dehidrasi dengan tanda

adanya aceton dalam urine harus dicegah, Pemasangan infuse untuk pemberian kalori, Pengosongan kandung kemih dan usus harus memadai. Kandung kemih dan rectum yang penuh tidak saja menimbulkan perasaan tidak enak dan merintangi kemajuan persalinan tetapi juga menyebabkan organ tersebut lebih mudah cedera disbanding dalam keadaan kosong, Pemeriksaan rectal dan vaginal dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin karena dapat meningkatkan resiko infeksi, Pemberian sedative untuk menghilangkan rasa nyeri kurang bermanfaat karena justru membahayakan bayi. Untuk mengurangi rasa nyeri adalah dengan metode *hypnobirthing* (Mongan, 2007) Tujuan penelitian ini adalah Diketuinya pengaruh *hypnobirthing* terhadap Lama Kala I Persalinan di RS Happy Land Medical Centre Tahun 2010.

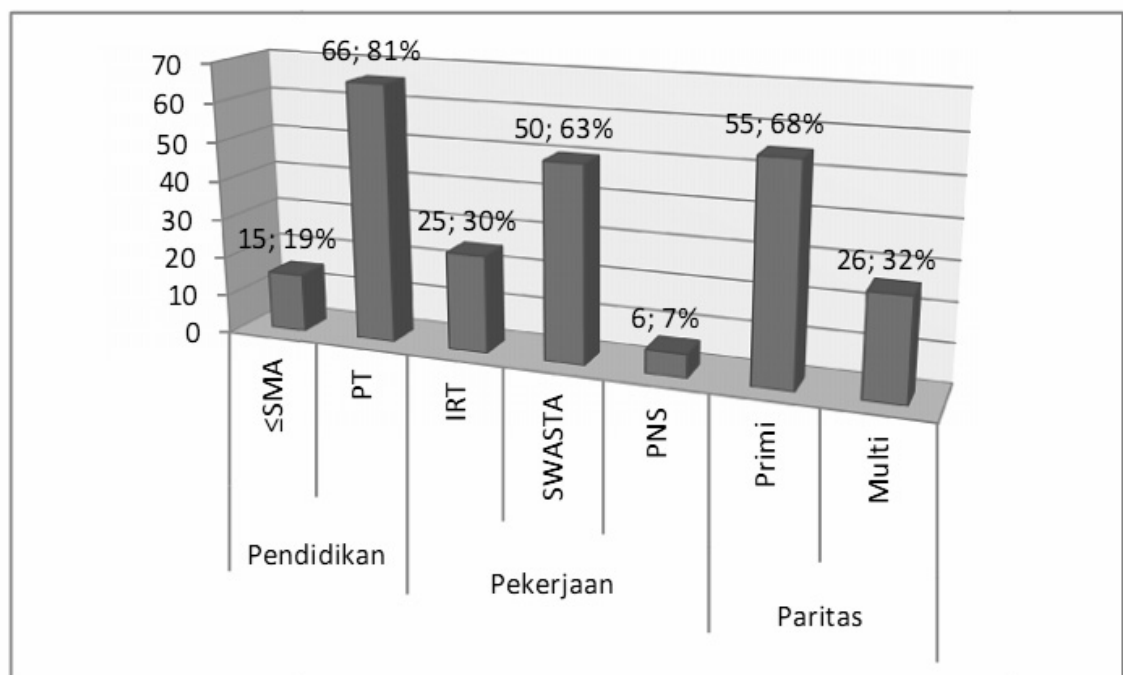
METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *survey analitik* yaitu penelitian yang menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan terjadi. Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara faktor risiko dengan efek. Faktor risiko adalah suatu fenomena yang mengakibatkan terjadinya efek, sedangkan efek adalah suatu akibat dari adanya faktor risiko (Notoatmojo, 2002: 145). Pendekatan waktu yang digunakan pada penelitian ini adalah pendekatan jenis *retrospective*. Penelitian *case control* adalah suatu penelitian yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Variabel pada penelitian ini terdiri dari variabel bebas yaitu *hypnobirthing* sebagai faktor risiko atau kasus dan variabel terikat yaitu Lama Kala I PersalinanI sebagai efek atau kontrol. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin yang datanya terdapat pada buku register kebidanan RS Happy Land Medical Centre dari tahun 2009-2010 dengan kriteria sebagai berikut: . ibu bersalin baik yang mengikuti kelas *hypnobirthing* maupun yang tidak mengikuti, tidak ada komplikasi kelainan panggul seperti DKP, tumor, kehamilan tunggal, tidak ada kelainan posisi ataupun presentasi Besar sampel dalam penelitian ini ditunjukkan pada kelompok kasus yaitu ibu hamil yang mengikuti kelas *hypnobirthing* secara teratur dan melahirkan di RS Happy Land Medical Centre dengan teknik *hypnobirthing*. Perbandingan besar sampel kelompok kasus dan kelompok kontrol adalah 1:2, yaitu 27 responden yang mengikuti *hypnobirthing* dan 54 responden yang tidak mengikuti *hypnobirthing*. Pengambilan subyek penelitian kelompok kasus adalah secara *total sampling* (seluruh populasi dijadikan sampel) karena responden kurang dari 30 dan kelompok kontrol dilakukan secara *purposive sample* yaitu pengambilan subyek penelitian didasarkan atas adanya tujuan tertentu yaitu pengambilan sampel didasarkan atas cirri-ciri, sifat/karakteristik tertentu yang merupakan cirri-ciri pokok populasi (Arikunto, 2006). Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah lembar observasi, berupa kolom-kolom yang memuat kategorikategori yang dicari datanya (Arikunto, 2006). Data yang

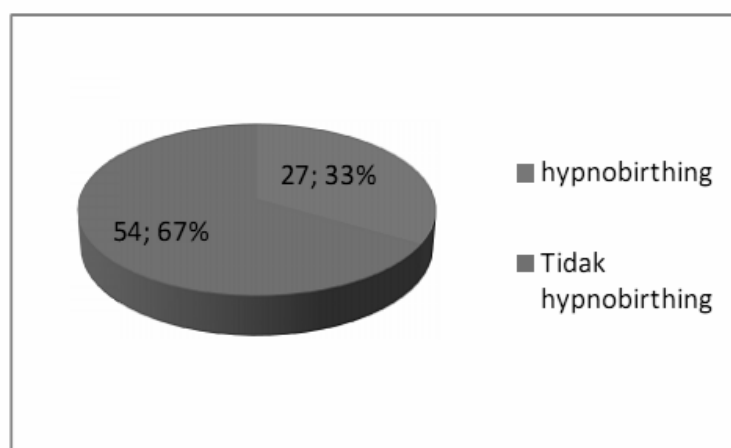
digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang dikumpulkan dengan pedoman dokumentasi berupa format yang di buat kolom-kolom berisi beberapa karakteristik (No, paritas, pendidikan, pekerjaan, lama kala I, partograf melewati garis waspada, mengikuti kelas *hypnobirthing*) sehingga mudah mengklasifikasikan variabel yang akan diteliti. Data tersebut berasal dari buku register kebidanan rumah sakit. Analisis hasil studi kasus kontrol dapat bersifat sederhana yaitu dengan penentuan Rasio *odds* (RO). Hal ini dilakukan untuk menunjukkan apakah faktor risiko mempengaruhi efek dengan melihat nilai Rasio *odds* (RO) tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kelas *hypnobirthing* dibuka mulai September 2008. *Hypnobirthing* di Happy Land diampu oleh fisioterapis dan bidan dengan 4 x pertemuan dengan materi *hypnobirthing* secara umum, *hypnobirthing* dan persalinan, *massage endorphin*. Kelas *Hypnobirthing* di RS Happy Land Medical Center dilakukan setelah usia kehamilan di atas 34 minggu. Pelaksanaannya di ruangan khusus antenatal dilengkapi dengan pendingin ruangan, aroma terapi dan musik, sehingga membantu ibu mencapai keadaan rileks. Namun demikian ada juga ibu yang justru tidak dapat berkonsentrasi dan mencapai keadaan rileks karena tidak terbiasa menggunakan pendingin ruangan.



Gambar 1. Karakteristik Responden Menurut Pendidikan, Pekerjaan dan Paritas Responden



Gambar 2. Responden yang mengikuti *hypnobirthing* dan yang tidak

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Kejadian Lama Kala I Persalinan

Kejadian Lama Kala I	Frekuensi	%
Ya	32	40
Tidak	49	60
Total	81	100

Tabel 2. Distribusi frekuensi Kejadian Lama Kala I Persalinan terhadap pendidikan ibu, Pekerjaan ibu dan paritas ibu.

Kala I Lama	Pendidikan		Pekerjaan			Paritas		Total
	≤SMA	PT	IRT	PNS	Swasta	Primi	Multi	
Ya	7	25	12	0	20	20	12	32
Tidak	8	41	13	6	30	35	14	49
Total	15	66	25	6	50	55	26	81

Tabel 3. Distribusi silang pengaruh *hypnobirthing* terhadap Lama Kala I Persalinan di RS Happy Land Medical Centre Yogyakarta tahun 2010

<i>Hypnobirthing</i>	Kejadian Lama Kala I Persalinan						Total		
	Tidak		Ya						
	F	%	F	%	F	%	OR	Lower	Upper
Ya	20	24,69	7	8,64	27	33,3			
Tidak	29	35,8	25	30,86	54	66,7			
Total	49	60	32	40	81	100	2,463	0,894	6,786

Sumber: data primer 2010

Karakteristik Responden

Gambar 1. Menunjukkan bahwa responden paling banyak adalah ibu yang menempuh perguruan tinggi yaitu sebanyak 66 responden atau 81 persen dari 81 responden. Berdasarkan pekerjaan responden, pekerjaan mayoritas responden adalah swasta yaitu sebesar 63% atau 50 responden dan yang paling sedikit adalah sebagai PNS yaitu 6 orang atau 7 %. Berdasarkan paritas, responden lebih banyak responden yang primipara dibandingkan yang multipara.

Hypnobirthing Berdasarkan gambar 1 dapat diketahui bahwa responden yang tidak mengikuti *hypnobirthing* mempunyai jumlah 2x lipat dibandingkan ibu yang mengikuti *hypnobirthing*.

Lama Kala I Persalinan Berdasarkan Tabel 1. Di atas, diketahui bahwa kejadian Lama Kala I Persalinan di RS Happy Land Medical Centre sebanyak 40 % atau 32 orang ibu dari 81 responden.

Berdasarkan Tabel 2. di atas, responden yang berpendidikan SMA yang mengalami kala I lama sebanyak 7 orang dari 15 orang. Berdasarkan Pekerjaan ibu, yang bekerja swasta mengalami kala I lama sebanyak 30 dari 50 orang. Dan ibu dengan primipara 20 dari 55 orang mengalami kala I lama.

Tabel 3 menunjukkan bahwa mayoritas responden yang tidak mengikuti *hypnobirthing* mengalami kejadian Lama Kala I Persalinan sebanyak 25 (30, 86 %) responden sedangkan responden yang mengikuti *hypnobirthing* mayoritas tidak mengalami Lama Kala I Persalinan yaitu 20 (24, 69%) responden.

PEMBAHASAN

Hypnobirthing di RS Happy Land Medical Centre Yogyakarta Tahun 2010 RS Happy Land Medical Centre, kelas *hypnobirthing* dalam mempersiapkan body, mind and soul dengan menganalisa skala distress ibu sebagai bagian dari soul sehingga dapat disimpulkan bahwa ibu dapat menerima sugesti, selalu berfikir positif tentang kehamilan dan janinnya serta mempersiapkan secara fisik untuk menghadapi proses persalinan.

Proses persalinan yang sakit dikarenakan rekaman di pikiran bawah sadarnya di hampir semua orang, tapi dengan *hypnobirthing* rekaman ini bisa dinetralisir dan direprogramming menjadi proses melahirkan sebagai proses yang alami, nyaman dan lancar. Di dalam tubuh manusia sudah disiapkan endorfin (endogenik morfin) yaitu morfin alami yang bermanfaat untuk mengurangi bahkan menghilangkan rasa sakit, perlu diketahui salah satu syarat agar endorfin meningkat adalah dengan relaksasi. Namun demikian, tidak semua ibu yang mengikuti *hypnobirthing* dapat berhasil mengalami persalinan yang lancar. Dari 27

orang ibu yang mengikuti hypnobirthing dan melahirkan di RS Happy Land Medical Centre, 7 orang ibu mengalami lama kala I persalinan dan 1 orang ibu mengakhiri persalinan dengan Sectio Caesarea setelah mengalami lama kala I persalinan.

Kendala yang di hadapi selama proses hypnobirthing adalah kesulitan dalam berkonsentrasi. Konsentrasi adalah aspek penting untuk mencapai kondisi relaks. Tanpa adanya kondisi tubuh yang relaks maka hypnobirthing tidak dapat berlangsung dengan baik. (Restyla, 2009). Kelas Hypnobirthing dilakukan di ruangan khusus antenatal di lengkapi dengan pendingin ruangan, aroma terapi dan musik, sehingga membantu ibu mencapai keadaan rileks . Namun demikian ada juga ibu yang justru tidak dapat berkonsentrasi dan mencapai keadaan rileks karena tidak terbiasa menggunakan pendingin ruangan. Kegagalan hypnobirthing atau ibu yang mengalami kala I lama sebanyak 7 orang ibu. Hal ini bisa di karenakan ibu mengalami kesulitan berkonsentrasi dan menolak untuk di berikan sugesti. Sedangkan ibu yang memilih mengakhiri dengan operasi di karenakan ibu tidak tahan sakit. Di samping itu, kegagalan hypnobirthing bisa di karenakan ibu yang mengikuti hypnobirt hing sudah hamil di atas 35 minggu sehingga dari awal kemungkinan sudah tersugesti dari awal kehamilan bahwa melahirkan itu sakit .

Menurut penelitian yang di lakukan oleh Harmon, Hynan, and Tyre (1990), dari 48 persalinan dengan hypnosis, 38 ibu bersalin normal (tanpa SC, forceps, vakum) atau sebanyak (84%). Hal ini lebih tinggi dibandingkan rata-rata persalinan normal umum padaprimigravida .

Kejadian Lama Kala I Persalinan pada ibu bersalin di RS Happy Land Medical Centr e Yogyakarta 2010. Selain hypnobirthing, faktor tidak langsung yang mempengaruhi Lama Kala I Persalinan adalah pendidikan, pekerjaan dan paritas ibu (Amiruddin, 2007). Dari data penelitian, responden yang berpendidikan SMA yang mengalami ka la I lama sebanyak 7 orang dari 15 orang. Berdasarkan Pekerjaan ibu, yang bekerja swasta mengalami kala I lama sebanyak 30 dari 50 orang. Dan ibu dengan primipara 20 dari 55 orang mengalami kala I lama.

Pada Pendidikan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu semakin mudah menerima informasi. Informasi kesehatan yang cukup terutama pada ibu-ibu hamil, di harapkan akan dapat merubah perilaku yang kurang baik ke pola perilaku hidup sehat. Pada pekerjaan, ibu yang bekerja (selain IRT) dapat mengalami kelelahan akibat pekerjaannya dan dapat memiliki waktu yang terbatas untuk melakukan kunjungan ante atal karena kesibukan dalam pekerjaan ibu (Amiruddin, 2006).

Berdasarkan paritas, ibu primigravida cenderung mengalami partus lama dibandingkan dengan ibu yang pernah melahirkan (multigravida). Hal ini di karenakan ibu yang belum pernah melahirkan lebih cenderung mengalami stress yang lebih tinggi di bandingkan ibu yang me mpunyai pengalaman sebelumnya. Di samping itu, pada primigravida serviks mendatar (effacement) dahulu baru kemudian dilatasi sehingga membutuhkan waktu lebih lama yaitu sekitar 13 jam, sedangkan

pada multigravida serviks mendatar dan dilatasi bisa bersamaan dengan waktu sekitar 6-7 jam (Oxorn, 2003).

Penelitian yang dilakukan oleh Amiruddin tahun 2006. Hasil analisis risiko paritas terhadap kejadian partus lama memperlihatkan nilai $OR = 3,441$ (95% C I: 1, 992 < OR < 6, 159). Ini berarti bahwa ibu dengan paritas 1 memiliki risiko mengalami partus lama 3,441 kali lebih besar dibandingkan dengan paritas >1 dan bermakna secara statistik. Ibu paritas 1 cenderung lebih lama mengalami pembukaan lengkap dibandingkan ibu dengan paritas >1.

Pengaruh Hypnobirthing dengan Kejadian Lama Kala I Persalinan Di RS Happy Land Medical Centre Yogyakarta Tahun 2010 Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian Lama Kala I Persalinan mayoritas terjadi pada ibu bersalin yang sewaktu hamil sampai dengan melahirkan tidak melakukan hypnobirthing yaitu sebanyak 25 (30, 86 %) responden dari 81 responden. Hal ini membuktikan bahwa hypnobirthing berpengaruh terhadap terjadinya Lama Kala I Persalinan pada ibu bersalin. Sesuai dengan pendapat Mongan (2009) yang mengatakan bahwa hypnobirthing ditujukan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot yang berperan dalam proses persalinan secara optimal. Latihan pernafasan, relaksasi, visualisasi, afirmasi dan pendalaman. Pada latihan tersebut, dapat mempengaruhi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kala I lama seperti *power*, *passage*, *passenger*, psikologi, penolong. Teknik pernafasan membantu ibu menghemat energi selama fase penipisan selama pembukaan leher rahim. Pernafasan lambat memaksimalkan gelombang otot-otot vertikal, menyebabkan otot-otot ini bekerja lebih efisien dalam menarik ke atas otot-otot melingkar bagian bawah, serta menipiskan dan membuka leher rahim. Bantuan yang diberikan pada kedua otot ini memperpendek durasi gelombang serta durasi persalinan. *Hypnobirthing* mengajarkan level yang lebih dalam dari relaksasi untuk mengeliminasi stress serta ketakutan dan kekhawatiran menjelang kelahiran yang dapat menyebabkan ketegangan, rasa nyeri dan sakit saat bersalin (Flamer, 2007 dan Kuswandi 2009).

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini Bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Bidan yang mampu memberikan sugesti positif pada ibu dapat membantu memperlancar proses persalinan pada ibu (Anonim, 2010).

Dari faktor janin sendiri, *hypnobirthing* mengajarkan pada ibu untuk mengajak komunikasi pada janinnya. Lewat metode relaksasi ibu dapat menenangkan janinnya. Setelah ibu dan janinnya tenang, ibu bisa berkomunikasi dengan janin. Ibu diajarkan untuk mengkomunikasikan dengan janin, bahwa ibu dan janin akan melewati persalinan bersama sama, persalinan yang nyaman, lancar, dan menyenangkan (Kuswandi, 2009).

Dengan metode *hypnobirthing*, maka dapat mempercepat kala I persalinan ($\pm$

3 jam pada primipara dan 2 jam pada multipara), mengurangi resiko terjadi komplikasi, dan mempercepat proses penyembuhan pada post partum (Gallagher, 2001; Gaffney, 2004; Martin, 2001). Menurut Kuswandi (2009) *hypnobirthing* di samping memberikan ketenangan pada waktu proses persalinan juga membuat persalinan lancar, dan begitu menyenangkan.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan Berdasarkan Hasil Penelitian yang dilakukan di RS Happy Land Medical Centre Yogyakarta tahun 2010 diperoleh kesimpulan pertama : Jumlah ibu yang mengikuti *hypnobirthing* sejak tahun 2008-2010 ada 38 orang ibu, dan ibu yang mengikuti *hypnobirthing* dan yang melahirkan di RS Happy Land Medical Centre dari 2009-2010 ada 27 orang (33 %) dari responden yang ada, kedua angka kejadian Lama Kala I Persalinan pada ibu bersalin yang mengikuti *hypnobirthing* sebesar 8,64 % (7 orang), sedangkan angka kejadian Lama Kala I Persalinan pada ibu bersalin yang tidak mengikuti *hypnobirthing* sebesar 30,86 % (25 orang), ketiga ibu bersalin yang tidak mengikuti *hypnobirthing* memiliki risiko 2,5 kali lebih besar mengalami persalinan kala I yang lebih lama dari pada ibu bersalin yang mengikuti *hypnobirthing*. Sehingga dapat disimpulkan, ada pengaruh antara *hypnobirthing* dengan kejadian Lama Kala I Persalinan di RS Happy Land Medical Centre Yogyakarta Tahun 2010

SARAN Saran pada penelitian ini yaitu ditujukan kepada : pertama bagi ibu hamil di RS Happy Land Medical Centre untuk mengikuti kelas *hypnobirthing* sejak awal kehamilan sehingga dapat menerima sugesti positif dari fasilitator untuk menghadapi kehamilan dan persalinan yang nyaman, lancar, dan menyenangkan.

Kedua bagi tenaga kesehatan yang terkait di RS Happy Land Medical Centre Yogyakarta khususnya bagi bidan, fisioterapist dan dokter untuk lebih meningkatkan pelayanan kelas *hypnobirthing* dan dapat memotivasi ibu untuk mengikuti *hypnobirthing* dari awal kehamilan sehingga ibu dan suami dapat mempersiapkan fisik, psikis ibu sehingga memperlancar proses persalinan sehingga menurunkan angka kesakitan pada ibu dan bayi, Ketiga bagi peneliti selanjutnya mengingat masih banyak faktor yang belum terungkap pada penelitian ini, maka perlu dilakukan penelitian secara eksperimen dan pengumpulan data secara observasi langsung untuk mengetahui cara ibu dan pasangan dalam menghadapi persalinan kala I dan cara bidan dalam memberikan sugesti dalam menghadapi persalinan kala I.

DAFTAR RUJUKAN

- Arikunto, S., 2006, *Prosedur Penelitian Edisi Kelima Cetakan Keduabelas*, Andi, Yogyakarta.
- Andriana, Evariny, 2007, *Melahirkan Tanpa Rasa Sakit dengan Metode Relaksasi hypnobirthing*, Bhuana Ilmu Populer - Gramedia Group, Jakarta.
- Cyna, AM, et al, 2006, *Antenatal Self-hypnosis For Labour and Childbirth: a pilot study*, <http://pubmed.gov>, 1 Februari 2010.
- Dewi, 2008, <http://www.provclinic.web.id/articles/nikmat-hypno-birthing.html>, 7 Februari 2009
- Gallagher, 2001, *Hypnobirthing ... Nancy Wainer's article (issues) On The Use Hypnosis for Childbirth*, (Journal article, Commentary, Letter) *Midwifery today*, Spring; (57): 68
- Harmon, T. M., Hynan, M., & Tyre, T. E. *Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mas tery combined with childbirth education*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 525, 530, 1990
- Indriyani, Amiruddin, 2006, *Faktor Risiko Kejadian Partus Lama Di RSIA Siti Fatimah Makassar Tahun 2006*, <http://ridwanamiruddin.wordpress.com/2007/05/31/faktor-risiko-partus-lama-di-rs-i-siti-fatimah-makassar/>, 30 Juli 2010.
- Jenkins, Pri tchard, 1993, *Hypnosis : Practical Applications And Theoretical Consi derations In Normal Labour*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100(3), 221-226.
- JNPK-KR, 2008, *Asuhan Per salinan Normal*, Jakarta, JNPK - KR & JHPIEGO Corporation.
- Kuswandi, Lanny, 2009, <http://ibudabali.ta.com/bertahypno-birthing-melahirkan-tanpa-rasa-sakit-5>
- _____, Nove mber 2009, *Hypno-birthing (Melahirkan "Tanpa" Rasa sakit)* <http://ibudabali.ta.com/pojokcerdas/hypno-birthing-ngmelaahirkan-tanpa-rasa-sakit-19>, 19 Februari 2010
- Li u, David TY, 2008, *Manual Per salinan*, EGC, Jakarta.
- Martin, AA, et al, *The Effects of Hypnosis On The Labour Process and Birth Outcomes of Pregnant Adolescents*. *The Journal of Family Practice*, May 2001, 50 (5): 441-443
- Menneg PP, 2009, *Angka Kematian Ibu*, www.mennepp.go.id, 1 Juni 2010
- Mochtar, 2002, *Sinopsis Obstetri*, EGC, Jakarta.
- Mongan, 2007, *Hypno Birthing*, PT Bhuana Ilmu Populer Gramedia Group, Jakarta.
- Oxorn, Harry, 2003, *Ilmu Kebidanan: Patologi dan Fisiologi Per salinan*, Yayasan Esentia Medica Jakarta.

- R e s t y l a, 2009, *Antara Hy pnobir t hi ng dan K e hamil an*, ht t p: / /www. TyLA's B l o g. ht m , 1 F e b r u a r i 2010
- R i w i d i k d o, H a n d o k o, 2007, *St a t i s t i k K e s e h a t a n*, M i t r a C e n d i k i a P r e s s , Y o g y a k a r t a
- S a s t r o a s m o r o, S u d i g d o, 2008, *Dasar -dasar M e t o d o l o g i P e n e l i t i a n K l i n i s*, S a g u n g S e t o, J a k a r t a.
- S u p r i a t m a d j a, 2005, *P e n g a r u h S e n a m H a m i l T e r h a d a p P e r s a l i n a n K a l a S a t u d a n K a l a D u a* , w w w . k a l b e . c o . i d
- W i k n j o s a s t r o, 2005, *I l m u K e b i d a n a n*, E d i s i K e t i g a, C e t a k a n k e t u j u h, Y a y a s a n B i n a P u s t a k a S a r w o n o P r a w i r o h a r d j o, J a k a r t a

EFEKTIVITAS METODE CERAMAH TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MAHASISWA TENTANG REPRODUKSI SEHAT

Oleh:

Faizah Betty R.A.

Prodi Keperawatan FIK UMS (faizahbetty@ymail.com)

Abstrak

Pendahuluan: Studi pendahuluan yang dilakukan terhadap 15 mahasiswa Universitas Muhammadiyah Surakarta (UMS) menunjukkan masih ada mahasiswa kurang mengetahui tentang reproduksi sehat yang meliputi anatomi alat-alat reproduksi, proses kehamilan dan penyakit menular seksual.

Tujuan: Mengetahui efektivitas metode ceramah dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja tentang reproduksi sehat.

Metode: Penelitian dilakukan dengan metode *quasi experiment*, rancangan *one group pre test post test design* dan subjek penelitian 30 responden.

Hasil: Nilai sikap sebelum pendidikan kesehatan (*pre test*) terendah 46 dan tertinggi 60 dengan rata-rata = 54,30; SD= 3,69 dan $p<0,01$. Nilai sikap setelah pendidikan kesehatan (*post test*) terendah 48 dan tertinggi 60 dengan rata-rata= 56,43; SD= 3,3 dan $p<0,01$. Nilai pengetahuan sebelum pendidikan kesehatan (*pre test*) terendah 10 dan tertinggi 15, dengan rata-rata= 12,5; SD= 1,9 dan $p<0,01$. Nilai pengetahuan setelah pendidikan kesehatan (*post test*) terendah 17 dan tertinggi 20, dengan rata-rata= 18; SD= 1,2 dan $p<0,01$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode ceramah efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja tentang reproduksi sehat.

Kata kunci: pendidikan kesehatan, metode ceramah, pengetahuan dan sikap remaja, reproduksi sehat.

PENDAHULUAN

Remaja adalah anak yang ada pada masa peralihan di antara masa anak-anak dan dewasa, di mana mereka mengalami perubahan-perubahan yang cepat di segala bidang. Menurut Gunarsa (2008) pengaruh informasi global (paparan media audio-visual) yang semakin mudah diakses memancing anak dan remaja untuk menghadapi kebiasaan tidak sehat seperti merokok, minum minuman beralkohol, penyalahgunaan obat dan perkelahan remaja.

Berdasarkan hasil baseline survei yang dilakukan BKKBN, Lembaga Demografi FE-UI, *East West Center* dan University of Hawaii tahun 2003, sekitar 45% remaja tidak mengetahui informasi yang benar tentang proses kehamilan, hanya 42% yang mengetahui HIV/AIDS dan tidak lebih dari 24% yang memahami tentang infeksi penyakit menular seksual dan lainnya (Wulandari, 2004).

Sudardjat (2002) menyatakan bahwa sebagian besar remaja masih mempunyai pengetahuan yang relatif kurang tentang kesehatan reproduksi, sebanyak 37% responden wanita wilayah DKI Jakarta tidak mengetahui fungsi organ reproduksi pria, 36% responden pria tidak mengetahui fungsi organ reproduksi wanita dan 34% tidak mengetahui tentang penyakit menular seksual dikarenakan mereka mendapatkan sumber informasi tentang kesehatan reproduksi dari televisi dan media masa.

Studi pendahuluan yang dilakukan terhadap 15 mahasiswa UMS, menunjukkan masih ada mahasiswa yang kurang mengetahui tentang reproduksi sehat yang meliputi anatomi alat-alat reproduksi, proses kehamilan, dan penyakit menular seksual. Metode pendidikan berupa metode ceramah dapat digunakan sebagai salah satu alternatif peningkatan pengetahuan dan sikap remaja tentang reproduksi sehat.

Sehubungan dengan permasalahan di atas, maka pertanyaan penelitian adalah “Apakah pendidikan kesehatan melalui metode ceramah efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap mahasiswa tentang reproduksi sehat?”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas metode ceramah dalam peningkatan pengetahuan dan sikap remaja tentang reproduksi sehat. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk meningkatkan program kesehatan reproduksi pada khususnya dan sebagai pertimbangan bagi pengambilan kebijakan dalam menentukan program pendidikan kesehatan reproduksi remaja di UMS.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan jenis quasi eksperimen dengan rancangan penelitian *one group pre test post test design*. Lokasi penelitian di Universitas Muhammadiyah Surakarta. Sampel penelitian adalah 30 orang mahasiswa UMS yang aktif mengikuti kuliah. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan

accidental sampling. Sampel yang diambil dengan kriteria inklusi: mahasiswa usia 17-24 tahun, aktif mengikuti kuliah di Universitas Muhammadiyah Surakarta, jenis kelamin pria maupun wanita, dan mau menjadi responden. Variabel penelitian meliputi variabel bebas yaitu pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan variabel terikat yaitu pengetahuan dan sikap tentang reproduksi sehat.

Definisi operasional pendidikan kesehatan reproduksi sehat dengan metode ceramah adalah pendidikan kesehatan dengan cara peserta mendengarkan dan memberikan pertanyaan atas materi yang disampaikan oleh penceramah. Materi yang disampaikan meliputi anatomi alat-alat reproduksi pria dan wanita, proses kehamilan, cara perawatan alat-alat reproduksi, gangguan kehamilan, gangguan persalinan dan penyakit menular seksual. Pengetahuan merupakan kemampuan menjawab materi pendidikan kesehatan yang telah diberikan, diukur melalui penilaian terhadap pertanyaan, dengan 2 pilihan jawaban benar dan salah menggunakan skala Guttman. Bila pertanyaan positif (*favourable*) benar = 1 dan salah = 0. Bila pertanyaan negatif (*unfavourable*) benar = 0 dan salah = 1. Skala pengukuran menggunakan skala interval. Sikap didefinisikan sebagai reaksi atau respon responden pada suatu objek. Penilaian dengan skala Likert yaitu bila pernyataan positif (*favourable*) SS = 4, S = 3, TS = 2, STS = 1 dan bila pernyataan negatif (*unfavourable*) SS = 1, S = 2, TS = 3, STS = 4.

Instrumen penelitian berjumlah 20 butir soal. Daftar pertanyaan disusun mengacu pada sub variabel penelitian. Penilaian untuk pengetahuan dikategorikan tinggi bila skor berada di atas mean + SD, sedang bila skor berada pada mean $\pm$ SD dan rendah bila skor berada di bawah mean - SD (Arikunto, 2002). Kuesioner sikap terhadap kesehatan reproduksi berupa pernyataan dengan beberapa pilihan dengan beberapa pilihan jawaban. Jumlah pernyataan 20 disusun menggunakan skala Likert dengan 4 alternatif jawaban sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS) dan sangat tidak setuju (STS). Pernyataan favorable, penilaian 4 diberikan untuk jawaban sangat setuju (SS), nilai 3 untuk jawaban setuju (S), nilai 2 untuk jawaban tidak setuju (TS) dan nilai 1 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS).

Jika pernyataan unfavorable, penilaian 4 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS), nilai 3 untuk jawaban tidak setuju (TS), nilai 2 untuk jawaban setuju (S), dan nilai 1 untuk jawaban sangat setuju (SS). Penilaian sikap dikategorikan ke dalam skala positif dan negatif. Positif jika skor di atas mean + SD dan negatif jika skor berada di bawah mean - SD (Arikunto, 2002). Sebelum kuesioner digunakan terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dengan menggunakan uji *Pearson product moment*, pertanyaan dikatakan valid jika nilai signifikansi $\alpha < 0,05$, sedangkan uji reliabilitas dengan uji *Cronbach alpha*.

Analisis statistik yang digunakan yaitu analisis kuantitatif. Kenormalan data, diuji dengan *Kolmogorov Smirnov* dan dilanjutkan dengan analisis data menggunakan *Paired sample t-test*.

Penelitian dilakukan melalui tahap persiapan yaitu membuat proposal, seleksi proposal, penyusunan materi/modul pelatihan, menyusun instrumen penelitian dan melakukan uji coba instrument. Tahap pelaksanaan dengan melakukan pre test selama 10 menit untuk menilai pengetahuan dan sikap awal responden, penyampaian materi pelatihan reproduksi sehat selama 60 menit, post test selama 10 menit untuk menilai pengetahuan dan sikap responden setelah diberikan penyuluhan, dan mengumpulkan kuesioner pre test dan post test dan mentabulasi data dengan software komputer, dan hasilnya diuji menggunakan *Paired sample t-test*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden dideskripsikan berdasarkan jenis kelamin, usia dan sumber informasi. Tabel 1 menampilkan distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dan umur. Total responden adalah 30 mahasiswa berusia antara 17-22 tahun, terdiri dari 10 orang (33,3%) berjenis kelamin laki-laki dan 20 orang (66,7%) berjenis kelamin perempuan.

Tabel 1. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dan umur.

No.	Usia (tahun)					
	17	18	19	20	21	22
Laki-laki	1 (3,3%)	1 (3,3%)	5 (16,6%)	2 (6,67%)		
Perempuan	2 (6,67%)	3 (10%)	4 (13,3%)	5 (16,7%)	4 (13,3%)	3 (10%)

Persentase terbanyak responden laki-laki berumur 19 tahun sebanyak 5 orang (16,6%) sedangkan responden perempuan berumur 20 tahun sebanyak 5 orang (16,7%).

Sumber informasi responden tentang reproduksi sehat diperoleh dari orang tua, guru, media massa, petugas kesehatan, kakak, teman, media elektronik internet dan tetangga. Mahasiswa yang mendapatkan informasi melalui media elektronik mencapai 96,67% (29 orang), media massa sebesar 86,67% (28 orang), orang tua dan petugas kesehatan sebesar 60 % (20 orang), cenderung rendah dibanding media massa dan media elektronik, sedangkan dari teman 7 orang (23,33%). Hal ini sesuai dengan ciri perkembangan sosial remaja, di mana salah satunya adalah pengaruh orang sebaya, remaja cenderung bersikap tertutup kepada orang tua dan lebih bersikap terbuka kepada kelompok orang-orang yang seusia.

Remaja sering merasa tabu untuk membicarakan masalah seksualitas dan kesehatan reproduksinya, tetapi karena faktor keingintahuannya mereka akan berusaha untuk mendapatkan informasi. Mereka akan mencari alternatif lain sebagai sumber informasi untuk memenuhi keingintahuannya seperti teman atau media informasi, audio

visual maupun cetak karena mereka sering berpikir bahwa orang tua akan menolak membicarakan masalah kesehatan reproduksi dan seksualitas (Yusuf, 2004).

Menurut Wulandari (2004) pengaruh informasi global (paparan media audio-visual) yang semakin mudah diakses akan memancing anak dan remaja untuk menghadapi kebiasaan tidak sehat seperti merokok, minum minuman beralkohol, penyalahgunaan obat dan perkelahian remaja. Awalnya kebiasaan tersebut akan mempercepat usia awal produktif, serta mengantarkan mereka pada kebiasaan berperilaku seksual yang beresiko tinggi, karena kebanyakan remaja tidak memiliki pengetahuan yang akurat mengenai kesehatan reproduksi dan seksualitas, serta tidak memiliki akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk kontrasepsi.

Apabila remaja memperoleh informasi tentang kesehatan reproduksi melalui media massa atau media elektronik dan tidak diimbangi informasi yang benar dan akurat khususnya masalah reproduksi atau seksualitas, maka memungkinkan remaja terjerumus ke dalam hal-hal yang tidak diinginkan yang akhirnya akan mendapatkan permasalahan dalam kesehatan reproduksinya.

Tabel 2 menampilkan perbandingan tingkat pengetahuan dan sikap sebelum dan setelah pendidikan kesehatan. Tingkat pengetahuan dikategorikan menjadi tinggi, sedang dan rendah.

Tabel 2. Tingkat pengetahuan responden

No	Tingkatan pengetahuan	Sebelum Pendidikan Kesehatan		Setelah pendidikan kesehatan	
		n	%	n	%
1	Tinggi	3	10%	20	66%
2	Sedang	18	60%	9	30%
3	Rendah	9	30%	1	0.4%

Berdasar tabel 2, sebelum pendidikan kesehatan, persentase terbanyak adalah berpengetahuan sedang yaitu sebanyak 18 orang (60%), sedangkan setelah pendidikan kesehatan persentase terbanyak adalah pengetahuan tinggi yaitu sebanyak 20 orang (66%).

Berdasarkan data tersebut, penurunan persentase responden yang berpengetahuan rendah dan sedang setelah pendidikan kesehatan serta peningkatan persentase responden berpengetahuan tinggi setelah pendidikan kesehatan menunjukkan efektivitas pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan responden tentang reproduksi sehat.

Tabel 3 menampilkan perbandingan sikap responden sebelum dan setelah pendidikan kesehatan. Sikap responden dibagi menjadi positif dan negatif.

Tabel 3. Sikap responden					
No	Sikap	Sebelum Pendidikan Kesehatan		Setelah pendidikan kesehatan	
		n	%	n	%
1	Positif	20	66,7%	25	83.3%
2	Negatif	10	33,3%	5	16.7%

Berdasar tabel 3, setelah pendidikan kesehatan terdapat peningkatan persentase responden yang bersikap positif yaitu 66,7% menjadi 83,3% dan penurunan persentase responden yang bersikap negatif yaitu 33,3% menjadi 16,7%.

Berdasarkan data tersebut, penurunan persentase responden yang bersikap negatif setelah pendidikan kesehatan serta peningkatan persentase responden yang bersikap positif setelah pendidikan kesehatan menunjukkan efektivitas pendidikan kesehatan dalam meningkatkan sikap responden tentang reproduksi sehat

Uji normalitas data dilakukan dengan metode *Kolmogorov Smirnov* dan diketahui data terdistribusi normal.

Tabel 4. Uji hipotesis				
Variabel	N	SD	Mean	p
a. Pengetahuan	30			
1) Pre test		1,9	12,5	0,001
2) Post test		1,2	18	
b. Sikap	30			
1) Pre test		3,69	54,30	0,001
2) Post test		3,3	56,43	

Tabel 4 menampilkan hasil uji hipotesis. Nilai terendah pengetahuan responden sebelum pendidikan kesehatan (pre test) adalah 10 dan tertinggi adalah 15. Rata-rata nilai pre test adalah 12,5 dengan standar deviasi 1,9 dan $p < 0,01$. Nilai terendah setelah pendidikan kesehatan (post test) adalah 17 dan tertinggi adalah 20 dengan rata-rata nilai pengetahuan adalah sebesar 18 dengan standar deviasi sebesar 1,2 dan $p < 0,01$.

Nilai pre test terendah sikap responden sebelum pendidikan kesehatan (pre test) adalah 46 dan tertinggi adalah 60. Rata-rata nilai pre test adalah 54,30 dengan standar deviasi 3,69 dan $p < 0,01$. Nilai terendah setelah pendidikan kesehatan (post test) adalah 48 dan tertinggi 60 dengan rata-rata nilai sikap sebesar 56,43 dengan standar deviasi sebesar 3,3 dan $p < 0,01$.

Data tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan melalui ceramah efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja tentang reproduksi sehat. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan Singgih (2008) bahwa ceramah di dalam proses pendidikan kesehatan dapat mewujudkan tercapainya tujuan pendidikan yaitu perubahan perilaku dari yang tidak tahu menjadi tahu. Penggunaan metode ceramah yang dikombinasikan dengan alat peraga/media sehingga suasana tidak membosankan

menentukan keberhasilan pendidikan kesehatan. Selain itu pelaksana pendidikan kesehatan juga sangat berpengaruh terhadap suatu keberhasilan pendidikan kesehatan tersebut.

Berdasarkan hasil uji beda mean pre test dan post test pengetahuan, menunjukkan bahwa pengetahuan kesehatan reproduksi pada pre test lebih rendah dibandingkan dengan pengetahuan pada post test. Hal ini ditunjukkan dengan perolehan nilai t_{hitung} sebesar 9,4 dengan $p < 0,01$. Perolehan nilai t_{hitung} lebih besar dibandingkan dengan nilai t_{tabel} , yaitu $9,4 > 2,05$ sehingga terdapat perbedaan pengetahuan pre test dengan post test,

Berdasarkan hasil uji beda mean pre test dan post test sikap, menunjukkan sikap remaja tentang reproduksi sehat pada pre test lebih rendah di bandingkan dengan sikap pada post test. Hal ini ditunjukkan pada perolehan nilai t_{hitung} sebesar 5,9 dengan $p < 0,01$. Perolehan nilai t_{hitung} lebih besar dibandingkan dengan nilai t_{tabel} , yaitu $5,9 > 2,05$ sehingga terdapat perbedaan sikap pre test dengan post test.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Terdapat perbedaan nilai pengetahuan dan sikap remaja tentang reproduksi sehat antara sebelum dan setelah pendidikan kesehatan.
2. Pendidikan kesehatan melalui ceramah efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja tentang reproduksi sehat.

Berdasarkan hasil penelitian disampaikan saran-saran sebagai berikut:

1. Upaya pendidikan kesehatan reproduksi sehat perlu dilaksanakan kepada subjek mahasiswa yang lebih luas serta dengan metode pendidikan kesehatan lebih bervariasi sebagai salah satu upaya peningkatan pengetahuan dan sikap reproduksi sehat.
2. Perlu dibentuk suatu lembaga kesehatan reproduksi sebagai sarana pemantauan atau evaluasi tentang pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi secara berkala.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2002, *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Gunarsa, S..D., 2008, *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*, Gunung Mulia, Jakarta.
- Miqdad, 2000, *Pendidikan Seks Bagi Remaja Menurut Hukum Islam*, Mitra Pustaka, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S. 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta, Jakarta.

Sarwono Wirawan, 2000, *Psikologi Remaja*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.

Sudardjat, A, I, 2002, *Harian Kompas: Hak Remaja Atas Kesehatan Reproduksi*, <http://www.kesrepro.info> (Akses 3 Februari 2005).

Wulandari, 2004, *Kurikulum Sekolah Belum Integrasikan Materi Kesehatan Reproduksi Remaja*, [http://www.republika.co.id/suplemen/cetak-detail asp](http://www.republika.co.id/suplemen/cetak-detail.asp) (Akses 3 Februari 2005).

SENAM HAMIL DENGAN LAMA PERSALINAN PADA PRIMIGRAVIDA DI RSIA 'AISYIYAH KLATEN

Farida Kartini

Institusi: Prodi DIII Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

e-mail: faridakartini@yahoo.com

Latar Belakang: Lama persalinan pada primigravida dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain karena kakunya otot-otot alat reproduksi ibu. Persalinan akan berjalan lancar apabila ada ketenangan dan relaksasi dari otot-otot rahim ritmis dan kuat. Hal tersebut dapat dilatih dengan senam hamil.

Tujuan Penelitian: Diketuinya hubungan senam hamil dengan lama persalinan pada primigravida di RSIA 'Aisyiyah Klaten.

Metode Penelitian: Penelitian ini merupakan penelitian analitik. Sampel penelitian sebanyak 54 ibu bersalin yang diambil secara sample jenuh.

Hasil: Semua sampel (100%) adalah ibu yang melahirkan pada usia yang baik untuk melahirkan dengan usia kehamilan cukup bulan. Sebanyak 27 ibu (50%) ibu melahirkan secara normal. Ibu yang mengikuti senam hamil secara teratur sebanyak 23 ibu (42,6%). Ibu yang mengikuti senam hamil secara teratur dan bersalin secara normal sebanyak 17 ibu (31,5%) dari 27 ibu dan ibu yang senam hamil tidak teratur dan bersalin secara normal sebanyak 10 ibu (18,5%) dari 27 ibu. Uji *chi square* didapatkan $p = 0,00$.

Kesimpulan: Ada hubungan antara senam hamil dengan lama persalinan pada primigravida.

Kata Kunci: senam hamil, primigravida, lama persalinan.

PENDAHULUAN

Indikator derajat kesehatan suatu negara dapat dilihat dari tingginya angka kematian ibu dan bayinya. Di Indonesia pada tahun 2007 jumlah kematian ibu mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup, dan jumlah kematian bayi 23/1000 kelahiran hidup (Yussianto, 2011). Angka ini sudah mengalami penurunan dari tahun-tahun sebelumnya, namun demikian masih jauh dari tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs) yang pada tahun 2015 mencapai setengahnya.

Beberapa faktor yang menyebabkan tingginya kematian ibu adalah perdarahan, eklamsi dan infeksi (Wiknjastro, 2008). Penyebab kematian akibat perdarahan pada ibu terutama terjadi pada masa persalinan akibat adanya atonia uteri. Penyebab atonia uteri sendiri bermacam-macam yang antara lain akibat persalinan lama. Persalinan lama ini dapat dipicu karena adanya rasa cemas dan ketakutan ibu dalam menghadapi persalinan. Akibat persalinan lama pada ibu akan terjadi kenaikan insiden atonia uteri, laserasi jalan lahir, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan syok, sedangkan untuk janin akan terjadi asfiksia, trauma serebri akibat penekanan yang terlalu lama pada kepala janin (Oxorn, 2003). Risiko terburuk yang dapat dialami oleh ibu dan janin karena persalinan lama adalah kematian. Dengan demikian perlu adanya upaya pencegahan yang serius untuk masalah tersebut.

Salah satu upaya pencegahan terjadinya persalinan lama pada ibu dengan melakukan relaksasi (JNPKKR, 2008). Relaksasi pada ibu hamil dapat dilatih dengan mengikuti senam hamil. Melalui senam hamil yang dilakukan secara teratur diharapkan otot-otot dasar panggul menjadi lebih lentur, emosi ibu lebih stabil dan ibu dapat menjadi lebih rileks dengan latihan pernafasan. Ibu hamil yang melakukan senam hamil dengan teratur (minimal 1 kali seminggu setelah usia kehamilan 20 minggu) akan mengalami proses persalinan yang jauh lebih mudah, lancar dan waktu melahirkan lebih singkat (Sani, 2001).

Di RSIA 'Aisyiyah Klaten pada tahun 2007 terdapat 64 ibu hamil yang mengikuti senam hamil secara teratur, dan yang melahirkan secara normal sebanyak 53 ibu. Adanya fenomena tersebut maka peneliti ingin mengetahui adakah hubungan antara senam hamil dengan lama persalinan pada primigravida di RSIA 'Aisyiyah Klaten pada tahun 2008.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan. Populasi pada penelitian ini sebanyak 151 ibu bersalin yang mengikuti senam hamil. Kriteria inklusi adalah primigravida, tidak mempunyai riwayat penyakit yang mempengaruhi kehamilan. Kriteria eksklusi adalah gemeli dan prematur. Setelah dikriteria inklusi dan eksklusi maka populasi tinggal 54 ibu. Sehingga semua diambil sebagai sampel pada penelitian ini (sampel jenuh).

Data diambil dari rekam medik ibu dengan instrumen lembar isian. Analisis data menggunakan uji univariat dengan persentase dan uji bivariat menggunakan uji *chi square*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian didapatkan bahwa ibu hamil yang mengikuti senam hamil yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 54 ibu semuanya digunakan sebagai sampel. Dari jumlah tersebut yang semuanya merupakan ibu yang dalam masa reproduksi sehat yaitu antara usia 20-35 tahun. Usia ini adalah usia yang sangat baik untuk melahirkan bagi ibu. Pada usia ini organ-organ reproduksi dalam keadaan optimal untuk hamil dan melahirkan (Wiknjastro, 2008).

Dilihat dari usia kehamilan semua ibu melahirkan pada usia kehamilan yang cukup bulan yaitu antara 37-42 minggu. Usia kehamilan 37-42 minggu adalah usia janin yang matur (Mochtar, 2002). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan 37-42 minggu (Gunadi, 2002).

Ibu yang melahirkan secara normal sebanyak 27 ibu. Lama persalinan dihitung sejak dimulainya persalinan pada kala 1 fase aktif sampai lahirnya placenta dengan kriteria kurang ≤ 24 jam untuk persalinan normal dan > 24 jam untuk persalinan abnormal (Emilia & Siswosudarmo, 2008).

Ibu yang mengikuti senam hamil secara teratur sebanyak 23 ibu (tabel 1). Senam hamil dikatakan teratur bila ibu melakukan senam minimal 1 kali dalam seminggu dengan waktu lebih kurang 60 menit (Kushartanti, 2001).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Senam Hamil

Senam Hamil	Frekuensi	%
Senam hamil teratur	23	42,6
Senam hamil tidak teratur	31	57,4
Jumlah	54	100

Tabel 2. Tabulasi Silang Senam Hamil Dengan Lama Persalinan

Senam hamil Lama persalinan	Teratur	Tidak teratur	X ²
Normal	17/23 (73,9%)	6/23 (26,1%)	0,00
Abnormal	10/31 (32,3%)	21/31 (67,7%)	
Total	27 (100%)	27 (100%)	

Dari tabel 2 diperlihatkan bahwa ibu yang mengikuti senam hamil secara teratur dan melahirkan normal memiliki kecenderungan lebih tinggi dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil secara teratur. Dari uji statistik didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara senam hamil pada primigravida dengan lama persalinannya ditunjukkan nilai $p = 0,00$.

Ibu yang melakukan senam hamil teratur lebih banyak yang melahirkan dengan normal yaitu sebanyak 37,9% sedangkan ibu yang mengikuti senam hamil dengan tidak teratur yang melahirkan dengan tindakan sebanyak 26,1%.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Verawati (2005) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan frekuensi senam hamil teratur dengan proses persalinan. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Manuaba (1998) yang menyatakan bahwa senam hamil teratur dan intensif dapat membantu proses persalinan berlangsung alami dan lancar. Senam hamil adalah melakukan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi tubuh yang sempurna. Relaksasi segmen bawah rahim yang mempunyai peranan penting dalam persalinan normal. Persalinan yang alami dan lancar dapat dicapai jika uterus berkontraksi dengan ritmis, baik, dan kuat dengan segmen bawah rahim, serviks dan otot-otot dinding perut dan diafragma akan menghasilkan suatu tenaga mengejan yang baik dari ibu sehingga bayi dengan mudah melewati jalan lahir.

Ibu hamil yang melakukan senam hamil secara teratur selama kehamilan akan mengalami proses melahirkan yang lebih mudah, lancar, dan waktu melahirkan yang lebih singkat. Senam hamil juga bertujuan untuk mempersiapkan mental ibu hamil dalam proses melahirkan, karena akan menciptakan ketenangan rohani dan rasa percaya diri. Seorang ibu akan merasa lebih siap untuk melahirkan. Seperti yang dikemukakan oleh Sani (2001), bahwa senam hamil adalah suatu persiapan fisik, psikologis dalam menghadapi proses kelahiran anaknya.

Proses persalinan merupakan proses mekanis yang melibatkan tiga faktor yaitu: jalan lahir, kekuatan yang mendorong dan akhirnya janin yang didorong dalam suatu mekanisme tertentu dan terpadu (Manuaba, 1998). Salah satu kelainan yang terdapat pada penyulit persalinan adalah berkaitan dengan kekuatan ibu dalam mengejan, tentunya hal ini sangat terkait dengan kelelahan fisik yang ada pada diri ibu. Umumnya kelelahan terjadi Karena ibu kehabisan energi/ tenaga yang sebelumnya telah terkuras mulai saat terjadi pembukaan, kelelahan juga bisa terjadi karena salah pimpinan selama pembukaan. Tentunya kelelahan ini bisa dihindari kalau ibu melakukan pengejanan sesuai pimpinan bidan atau dokter yang membantu persalinan (Manuaba, 1998). Jalannya persalinan pada distosia karena kelainan letak dan bentuk janin sulit diramalkan hal ini disebabkan karena kemungkinan timbulnya kesulitan selalu ada. Persalinan pada umumnya berlangsung lama, kemungkinan kerusakan jalan lahir lebih besar (Winkjosastro, 2008)

Ada banyak faktor yang mempengaruhi kelancaran proses persalinan seperti gizi, faktor psikologis yang di dapat dari suami, dan persiapan yang harus dilakukan oleh ibu hamil yaitu dengan melakukan senam hamil. Sudah terbukti bahwa senam hamil akan membentuk suatu pusat konsentrasi yang baru dalam otak, sehingga sensasi nyeri selama persalinan dapat disisihkan dan intensitasnya dapat dikurangi. Bersamaan dengan itu akan membantu tubuh menjadi relaks sedemikian rupa sehingga rahim dapat bekerja dibawah kondisi yang optimal (Sani, 2001).

Faktor gizi dan faktor psikologis yang juga dapat mempengaruhi proses persalinan dalam penelitian ini dimasukan sebagai variabel terkendali. Ibu dengan gizi yang kurang saat persalinan akan mengalami kesulitan dalam persalinan karena kekuatan untuk mengejan kurang maksimal sehingga bisa terjadi kemacetan dalam proses persalinan. Disamping itu faktor psikologis juga mempengaruhi kelancaran proses persalinan. Ibu yang mendapat dukungan psikologis cukup baik dari suami, keluarga dan tenaga kesehatan yang membantu selama proses persalinan akan menambah semangat dan kepercayaan diri sehingga proses persalinan terjadi dengan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

- Emilia, O., & Siswosudarmo, R. 2008. *Obstetri Fisiologi*. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Press.
- Gunadi, K., 2002, *Pengaruh Senam Hamil terhadap Lama Persalinan*, Yogyakarta: UGM
- JNPKKR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPKKR.
- Kushartanti. W. 2001. *Senam Hamil Menyamankan Kehamilan Mempermudah Persalinan*. Yogyakarta: Klinik Kebugaran FIK UNY.
- Manuaba, I.G. 1998. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, R. 2002. *Sinopsis Obstetri dan Ginekologi Fisiologi Patologi Jilid I Edisi Kedua Cetakan Pertama*. Jakarta: EGC.
- Oxorn, H. & Foote, W.R. 2003, *Patologi Dan Fisiologi Persalinan*. Jakarta: Yayasan Essentia Medika.
- Sani, R. 2001. *Menuju Kelahiran yang Alami*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persabda.
- Verawati. 2005. *Hubungan Frekuensi Senam Hamil Teratur dengan Proses Persalinan di Klinik BPS Hj. Endang Purwanti, A. Md. Keb., Mergangsan Yogyakarta*. Yogyakarta: UGM.
- Winkjosastro, H. 2008. *Ilmu Kebidanan Edisi IV*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Yussianto, A. (2011) Jaminan Persalinan, Upaya Terobosan Kementerian Kesehatan Dalam Percepatan Pencapaian Target MDGs [Internet], Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Available online at: <http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/> [accessed April 16, 2011].

**PELAKSANAAN TERMINASI KEHAMILAN
DI RS PKU MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA**

2010

Lidya Nurmalita Sari

STIKES Aisyiyah Yogyakarta Lidya.Lita@rocketmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Islam merupakan agama yang menjunjung tinggi kesucian kehidupan. Dalam al-Qur'an ketentuan-ketentuan dapat dilihat dalam surat 5 ayat 23. Data WHO menyebutkan, 15-50% kematian ibu disebabkan oleh pengguguran kandungan yang tidak aman. Artinya 1 dari 8 ibu meninggal akibat aborsi yang tidak aman. Di Indonesia dan Yogyakarta khususnya, marak terjadi aborsi non medis atau *unsafe abortion* (aborsi tidak aman), yang dilakukan oleh orang yang tidak terlatih/kompeten dan menggunakan sarana yang tidak memadai, sehingga menimbulkan banyak komplikasi bahkan kematian. Menurut studi pendahuluan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, terdapat 60 kasus *safe abortion* pada bulan Januari sampai Desember tahun 2009 meliputi *abortus incomplete* dan *abortus imminen*.

Tujuan Penelitian: Diketuinya Pelaksanaan Terminasi Kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Metode Penelitian: Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan

fenomenologi, jumlah partisipan dalam penelitian ini sebanyak 5 orang.

Hasil Penelitian: Alasan untuk ke lima partisipan, *Anencephal*, *AB Incomplete*, *blighted ovum*, *anencephal*, maupun *IUFD (Intra Uterine Fetal Dead)*, dalam data Rekam Medis bulan Nopember 2010- Januari 2011 indikasi didominasi oleh *AB Incomplete* yaitu sebanyak 23 dari 33 ibu yang melakukan terminasi.

Kata kunci: pelaksanaan, terminasi, kehamilan

PENDAHULUAN

Pelaksanaan terminasi kehamilan penting untuk dibahas karena hal ini berkaitan erat dengan persoalan reproduksi perempuan. Target Millenium Development Goals (MDGs) dalam pengurangan Angka Kematian Ibu (AKI) di seluruh dunia adalah sebesar tiga per empat atau 75 persen dari tahun 1990 hingga 2015. Berdasarkan SDKI survei terakhir tahun 2007 AKI Indonesia sebesar 228 per 100.000 Kelahiran Hidup, meskipun demikian angka tersebut masih tertinggi di Asia. Sementara target MDGs menjadi 102 per 100 ribu kelahiran hidup pada tahun 2015 (Gobel, Senin 21 Desember 2009 : www.fajar.co.id).

Data WHO menyebutkan, 15-50% kematian ibu disebabkan oleh pengguguran kandungan yang tidak aman. Dari 20 juta pengguguran kandungan tidak aman yang dilakukan tiap tahun, ditemukan 70.000 perempuan meninggal

dunia. Artinya 1 dari 8 ibu meninggal akibat aborsi yang tidak aman. Kendati dilarang, baik oleh KUHP, UU, maupun fatwa MUI atau Majelis Tarjih Muhammadiyah, praktik aborsi (pengguguran kandungan) di Indonesia tetap tinggi dan mencapai 2,5 juta kasus setiap tahunnya (Antara News, Sabtu 23 Pebruari 2008: www.antara.co.id).

Penelitian di 10 kota besar dan enam kabupaten di Indonesia memperkirakan sekitar 2 juta kasus aborsi, 50% terjadi di perkotaan. Kasus aborsi di perkotaan dilakukan secara diam-diam oleh tenaga kesehatan (70%), sedangkan di pedesaan dilakukan oleh dukun (84%). Menurut data yang ada, pelaksanaan aborsi di kota dilakukan oleh dokter 24-57%, bidan atau perawat 16-28%, dukun 19-25%, sendiri 18-24% sedangkan di desa, dokter 13-26%, bidan atau perawat 18-26%, dukun 31-47%, sendiri 17-22% (Santoso, UI Aborsi.pdf : 14 April 2010). Klien aborsi terbanyak berada pada kisaran usia 20-29 tahun.

Di Indonesia dan Yogyakarta khususnya, marak terjadi aborsi non medis atau *unsafe abortion* (aborsi tidak aman). Aborsi tidak aman adalah penghentian kehamilan yang dilakukan oleh orang yang tidak terlatih/kompeten dan menggunakan sarana yang tidak memadai, sehingga menimbulkan banyak komplikasi bahkan kematian. Umumnya aborsi yang tidak aman terjadi karena tidak tersedianya pelayanan kesehatan yang memadai, dalam kenyataannya banyak aborsi yang terjadi di rumah sakit dan klinik-klinik tertentu yang tidak mempunyai izin praktik untuk itu. Apalagi bila aborsi dikategorikan tanpa indikasi medis, seperti korban perkosaan, hamil di luar nikah, kegagalan alat kontrasepsi dan lain-lain.

Di sisi lain telah ada beberapa fasilitas kesehatan di Yogyakarta yang mendapatkan izin untuk dilakukannya *safe abortion* (aborsi aman) yang dikenal dengan istilah terminasi kehamilan. Terminasi kehamilan telah dilakukan sejak lama terutama dilakukan pada kehamilan trimester awal. Diperkirakan 26 juta kehamilan dilakukan terminasi dengan cara legal. Obat-obatan yang digunakan tersedia untuk terminasi kehamilan harus mempunyai nilai keamanan untuk pasien dan dokter serta telah dilakukan uji coba. Biasanya terminasi kehamilan dilakukan apabila berisiko untuk kehidupan ibunya, dan untuk kesehatan mental. Bila terminasi dilakukan lebih awal akan lebih aman. Terminasi dapat dilakukan dengan medikasi (terminasi medik/ obat-obatan), atau melalui prosedur vakum. Tipe prosedur yang diinginkan tergantung dari riwayat kesehatan, berapa lama usia kehamilan dan referensi perorangan.

Terminasi kehamilan pada umumnya kurang berisiko dibandingkan membiarkan anak lahir. Komplikasi dari terminasi sangat jarang terjadi kurang dari 2 dari 100 kasus banyak dari komplikasi terjadi ketika terminasi dilakukan lebih dari 14 minggu kehamilan. Pada beberapa kasus bekuan darah tersimpan dalam uterus atau tidak semua sisa jaringan terangkat hal ini membutuhkan prosedur vakum

ulangan. Risiko lain termasuk perdarahan, infeksi, cidera pada uterus atau organ lainnya, dan sulit apabila akan hamil kembali. Pada beberapa komplikasi yang jarang tersebut seharusnya membutuhkan transfusi darah atau operasi abdominal atau mengangkat uterus.

Bentuk kebijakan pemerintah ditegaskan oleh Presiden Susilo Bambang Yudhoyono bahwa penurunan secara signifikan dan berkelanjutan angka kematian ibu dan bayi merupakan program prioritas yang harus disukseskan di bidang kesehatan pada tahun 2008. Menurut presiden, penurunan angka kematian ibu dan bayi menjadi ukuran suksesnya pembangunan sektor kesehatan di Indonesia, dan saat ini kecenderungan ke arah tersebut berlangsung dengan baik (Jakarta, 20/2/2008 Kominfo-Newsroom).

Revitalisasi program Keluarga Berencana (KB) juga dilakukan pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat terkait daya dukung ekonomi. Anggaran dari APBN yang digelontorkan pemerintah bagi sektor kesehatan sejak tahun 2005 mengalami peningkatan yang signifikan. Jika tahun 2005 sektor ini memperoleh kucuran sebesar Rp11,7 triliun, tahun 2006 naik menjadi Rp16,3 triliun dan tahun 2007 lalu naik lagi menjadi Rp22,1 triliun. Kaitannya dengan aborsi adalah peningkatan yang signifikan untuk anggaran KB menunjukkan dukungan positif dari pemerintah untuk keberhasilan program KB, artinya pemerintah telah memberikan fasilitas yang maksimal, sehingga diharapkan mampu mengurangi angka aborsi karena alasan kegagalan KB bagi pasangan yang telah menikah, sebab 89% aborsi di Indonesia dilakukan oleh pasangan dengan status menikah. Ironis, mengingat fasilitas dari pemerintah telah cukup memadai bagi kesuksesan program KB.

Peran Bidan dalam masalah terminasi kehamilan adalah sebatas konseling yang tepat pada ibu hamil agar kehamilannya dapat tumbuh dengan sehat, sehingga mengurangi risiko terjadinya abortus, memberi konseling yang tepat mengenai KB. Konseling pada remaja juga diperlukan berupa pendidikan kesehatan reproduksi untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan dan berujung pada aborsi.

Islam merupakan agama yang menjunjung tinggi kesucian kehidupan. Hal ini dibuktikan dengan sejumlah ayat-ayat dalam al-Qur'an yang bersaksi terhadap aborsi. Ketentuan-ketentuan dapat dilihat dalam surat 5 ayat 23, bahwa:

“Barang siapa yang membunuh seorang manusia, bukan karena sebab-sebab yang mewajibkan hukum qishash, atau bukan karena membuat kerusakan di muka bumi, maka seakan-akan telah membunuh manusia seluruhnya. Dan barang siapa yang memelihara keselamatan nyawa seorang manusia, maka seolah-olah ia telah memelihara keselamatan seluruh manusia semuanya”.

Berdasarkan ayat tersebut, Islam memberikan landasan hukum yang jelas bahwa kehidupan manusia itu suci sehingga haruslah dipelihara dan tidak boleh

dihancurkan (diakhiri) kecuali dilakukan untuk suatu sebab atau alasan yang benar, seperti dalam eksekusi hukuman mati atau dalam perang, atau dalam pembelaan diri yang dibenarkan.

Menurut studi pendahuluan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, terdapat 60 kasus *safe abortion* pada bulan Januari sampai Desember tahun 2009 meliputi *abortus incomplete* dan *abortus imminen*. Pada salah satu tindakan terminasi kehamilan yang terjadi pada tanggal 7 Juni 2010 berdasarkan catatan dokter pada data rekam medis dituliskan bahwa terminasi dilakukan karena adanya *abortus inkompletus* didukung data USG dengan hasil diagnosis *blighted ovum*. Hasil wawancara pada salah satu ibu yang mengalami terminasi tanggal 7 Juni 2010 yang dilakukan, gejala awal yang dialami ibu adalah perdarahan di daerah vagina, ibu mengatakan bahwa kemungkinan abortus terjadi karena ibu sering melakukan pekerjaan berat selama kehamilan. Hal ini dikarenakan ibu baru mengetahui bahwa dirinya hamil setelah usia kehamilan 8 minggu.

Berdasarkan latar belakang masalah, penulis mengambil rumusan masalah yaitu bagaimanakah pelaksanaan terminasi Kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Tujuan penelitian adalah diketahuinya Pelaksanaan Terminasi Kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif, yaitu suatu metode penelitian yang bertujuan menggambarkan secara sistematis dan akurat fakta dan karakteristik mengenai populasi atau bidang tertentu (Arikunto, 2002:83) yang dikembangkan dari filsafat fenomenologi. Penelitian Fenomenologi yaitu mencoba menjelaskan atau mengungkapkan makna konsep atau fenomena pengalaman yang didasari oleh kesadaran yang terjadi pada beberapa individu. Penelitian ini dilakukan dalam situasi yang alami, sehingga tidak ada batasan dalam memaknai atau memahami fenomena yang dikaji (Creswell, 1998:54).

Partisipan dalam penelitian ini adalah ibu yang melakukan terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berjumlah 5 orang, dengan latar belakang pendidikan SMA 3 Orang, PT 2 orang, pekerjaan swasta 1 orang, PNS 1 orang, karyawan RS swasta 1 orang, karyawan toko 1 orang, IRT 1, orang jumlah anak yaitu belum memiliki anak, memiliki satu anak. Partisipan ibu yang melakukan terminasi kehamilan berasal dari wilayah kota Yogyakarta, yaitu Bantul 1, Sedayu 1, Gunung Kidul 1, Gamping 1, Suryowijayan, semuanya beragama Islam, dengan umur kehamilan.

Penulis juga mendapatkan informasi dari narasumber yaitu dokter kandungan dr”S” berusia 38 tahun yang sudah mengabdikan di RS PKU Muhammadiyah selama kurang lebih 8 tahun, 2 orang bidan yang biasa bertugas sebagai tim pelaksana

terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yaitu Bidan “F” 35 tahun yang sudah bekerja selama kurang lebih 15 tahun serta Bidan “A” 37 tahun yang sudah mengabdikan selama 21 tahun di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Letak Rumah Sakit PKU Muhammadiyah terdapat di jantung kota Yogyakarta, Jalan KH.Ahmad Dahlan No.20 Yogyakarta, berdiri sejak 15 Februari 1923. Kadaan fisik RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terdiri dari tiga tingkat

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki 12 bidang pelayanan , diantaranya poliklinik kandungan oleh tenaga bidan dan dokter spesialis kandungan. RS PKU Muhammadiyah digunakan sebagai tempat pendidikan bagi calon dokter, bidan, perawat juga merupakan salah satu pusat rujukan kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri dan ginekologi di Yogyakarta. batas wilayah :Utara; Poltabes kota Yogyakarta, Timur ; Gedung Agung, Barat ; Jl. Bhayangkara Selatan; Jl. KH.A. Dahlan (Kampung Kuman).

1. Karakteristik Informan

Partisipan dalam penelitian ini adalah ibu yang melaksanakan terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dengan usia kehamilan yang berbeda-beda, usia ibu yang bervariasi pula. Kebanyakan ibu yang melakukan terminasi kehamilan berasal dari wilayah kota Yogyakarta, yaitu P4 tamat SMA dari Bantul , P3 tamat PT dari Sedayu , P2 dari Gunung Kidul 1,P1 tamat SMA dari Gamping tamat SMA, P5 tamat PT dari Suryowijayan. Latar belakang pendidikan berbeda-beda.

Penulis juga mendapatkan informasi dari narasumber yaitu dokter kandungan dr”S” berusia 38 tahun yang sudah mengabdikan di RS PKU Muhammadiyah selama kurang lebih 8 tahun , 2 orang bidan yang biasa bertugas sebagai tim pelaksana terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yaitu Bidan “F” 35 tahun yang sudah bekerja selama kurang lebih 15 tahun serta Bidan “A” 37 tahun yang sudah mengabdikan selama 21 tahun di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Karakteristik ibu yang melakukan terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Penggolongan pada individu

Partisipan dalam penelitian ini adalah ibu yang melaksanakan terminasi kehamilan dengan usia kehamilan yang berbeda-beda antara 6-32 minggu serta usia ibu yang bervariasi pula antara 21-37 tahun.

Alasan yang menyebabkan terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Latar belakang seseorang untuk mengakhiri kehamilan

Ada beberapa alasan yang menyebabkan terminasi kehamilan yaitu *AB Incomplete, IUFD, Blighted Ovum, anensefalus*, hal ini sesuai dengan teori bahwa Eugenic abortion: pengguguran yang dilakukan terhadap janin yang cacat. (http://id.wikipedia.org/wiki/Gugur_kandungan, diunduh 12 Oktober 2010).

Terhadap kehamilan yang positif mengalami kelainan kongenital, dokter biasanya akan melihat dulu jenisnya. Kalau lebih dari satu (multiple congenital) dan kalau sampai harapan hidupnya kecil, seperti kelainan *anensefalus*, maka dokter akan menyarankan agar bayi tersebut dilahirkan sebelum waktunya. Lain halnya bila janin yang mengalami kecacatan mempunyai harapan hidup yang tinggi, dan kelainannya masih bisa dikoreksi, kita tidak bisa memilih untuk menghilangkan hak hidupnya begitu saja.

Dalam triangulasi data juga dijelaskan alas-alasan tersebut

"Karena anu to perdarahan, terus karena kondisi ibu, kalau alasan mental itu belum ada untuk cacat bawaan emm belum selama ini saya belum menemui, misalnya lahir ya lahir biasa terus meninggal bukan karena abortus, alasan seksual kaya pemerkosaan nggak ada, itu saya belum menemukan" (Bidan A)

"Oh Indikasi, indikasi ibu, indikasi bayi. Indikasi ibu misalnya pre eklampsia berat terus indikasi bayi biasanya ketuban pecah dini, fetal distress, postterm. Kalau kebanyakan alas an kesehatan biasanya alasan kesehatan ibu. Kalau alasan secara mental belum pernah menemui, kalau alasan cacat janin pernah misalnya Anenchepalus, janinnya meninggal, janinnya tidak berkembang kalau pada abortus, gitu. (dr. R)

"Biasanya kalau dikerjakan itu sudah ada flek-flek perdarahan, jadi pasiennya datang dan indikasinya memang biasanya janin tidak berkembang"

Prosedur terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Aborsi aman bila:

- a) Dilakukan oleh pekerja kesehatan (perawat, bidan, dokter ahli kandungan) yang benar-benar terlatih dan berpengalaman melakukan aborsi.
- b) Pelaksanaannya mempergunakan alat-alat kedokteran yang layak.
- c) Dilakukan dalam kondisi bersih, apapun yang masuk dalam vagina atau rahim harus steril atau tidak tercemar kuman dan bakteri.
- d) Dilakukan kurang dari 3 bulan (12 minggu) sesudah pasien terakhir kali mendapat haid.

Langkah-langkah yang ditempuh dalam proses terminasi kehamilan

"Prosedurnya pasien setelah diperiksa diberi tahu bahwa ini ada indikasi dan harus dilakukan terminasi kehamilan, kemudian aa pasien diberikan Informed

consent dan rencana tindakan yang akan dilakukan,abis itu kalau pasien sudah setuju, maka dilakukan terminasi kehamilan” (dr.R)

Susunan tim kesehatan dalam proses terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Sekelompok tenaga medis yang bertugas dalam pelaksanaan terminasi kehamilan. Berikut adalah ungkapan triangulasi mengenai TIM Pelaksana Terminasi Kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta :

“Lha itu tadi Dokter kebidanan, bidan, itu pasti, dokter anastesi kalau di sini memang dokter anastesi kadang ada kadang tidak, karena udah ada pengawasan dari dokter kebidanan, kalau dokter kebidanan menginginkan nanti konsultasi dengan dokter anastesi, nanti dokter anastesi dengan perawat anastesi, nanti kalau tindakan abortus kalau di OK (kamar operasi) itu malah bidan nggak ada, cuma ada perawat anastesi, dokter anastesi.” (Bidan A)

“Dokter, bidan, terus kalau mau dibius di ruang operasi ya dokter anastesi, ah iatau perawat a anastesi. Kalau misalnya SC kan di OK”(dr.R)

Metode pengahiran kehamilan di RS PKU Muhammadiyah dapat dilakukan dengan kuretase dan operasi SC. Dan mekanisme pelaksanaan termasuk TIM yang bekerjapun berbeda pada masing-masing tindakan. Untuk pelaksanaan kuretase dilakukan di Ruang Bersalin oleh dokter dan bidan, serta dokter anastesi bila diperlukan. Pelaksanaan terminasi kehamilan melalui operasi SC dilakukan di kamar operasi oleh Tim Dokter ahli kandungan, apabila diperlukan tindakan bius, maka dibius di ruang operasi oleh dokter anastesi, atau perawat anastesi, bidan di sini tidak memiliki kompetensi untuk ikut dalam proses operasi

Pelaksanaan *Informed Consent*

Legalitas dibutuhkan dalam *informed consent* sebagai bagian dari prosedur pelaksanaan tindakan medis. Faktor utama yang sangat berpengaruh dalam *informed consent* adalah kerelaan untuk berpartisipasi. Prioritas utamanya adalah memberikan kontribusi penting pada pasien untuk membentuk persepsi terhadap informasi yang diberikan serta mengevaluasi proses pengambilan keputusan (<http://eprints.undip.ac.id/diunduh> 12 Oktober 2010).

Dalam pelaksanaanya, *informed consent* dilakukan secara lisan yaitu di ruang poliklinik kebidanan dan secara tertulis melalui blangko persetujuan tindakan medis yang isinya yaitu pernyataan mengenai persetujuan tindakan medis dari pihak keluarga , suami pada ke lima partisipan. Blangko tersebut diisi oleh suami dan ditandatangani oleh dokter dan suami atau pihak keluarga lain apabila suami berhalangan atau belum memiliki suami. Blangko tersebut berisi nama, umur, alamat

suami/ keluarga, pernyataan bahwa sifat, tujuan, kemungkinan dan akibat yang telah dijelaskan sepenuhnya oleh dokter dan pihak keluarga telah mengerti sepenuhnya. Serta pernyataan bahwa dokter telah memberikan penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan oleh dokter. Blangko tersebut dibubuhi tanda tangan dokter dan suami/pihak keluarga, kemudian disatukan dalam map Rekam Medik pasien.

Pelaksanaan konseling pasca terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Adapun langkah dari tindakan pasca terminasi tersebut diantaranya :

- (1) Pemeriksaan *Vital Sign* meliputi Keadaan Umum, pengukuran tekanan darah, pengukuran suhu, menghitung nadi dan pernafasan, LILA (Lingkar Lengan Atas), HB, Perdarahan.
- (2) Klien melakukan mobilisasi : miring kanan, miring kiri setelah itu kalau mampu dianjurkan untuk berjalan
- (3) Empat jam post partum curretage , Lanjutkan pemberian terapi obat :
- (4) Amoxillin 3x500 mg , As. Mefenamat 3x500 mg , Metergin 3x1
- (5) Memberikan Konseling tentang :

Dalam pengamatan penulis, sebenarnya kondisi ibu pasca terminasi bisa dikatakan layak apabila sekedar untuk diberikan konseling setelah terminasi kehamilan. Sebab apabila tidak diberikan konseling, mungkin pasien akan bertanya-tanya sesampainya di rumah, sehingga menguras rasa ingin tahunya. Sehingga menurut penulis, pemberian konseling mendetail tidak ada salahnya bila langsung diberikan pasca terminasi sesuai kebutuhan pasien.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Menurut hasil penelitian serta uraian yang telah dibahas dalam pembahasan BAB IV peneliti dapat mengambil hasil akhir berupa kesimpulan pada Pelaksanaan Terminasi Kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yaitu :

1. Karakteristik ibu yang melakukan terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Untuk lima orang partisipan, kategori usia, pendidikan terakhir yaitu SMA 3 Orang, PT 2 orang , pekerjaan swasta 1 orang, PNS 1 orang, karyawan RS swasta 1 orang, karyawan toko 1 orang, IRT 1, orang jumlah anak yaitu belum memiliki anak, memiliki satu anak. Partisipan ibu yang melakukan terminasi kehamilan berasal dari wilayah kota Yogyakarta, yaitu Bantul 1, Sedayu 1, Gunung Kidul 1, Gamping 1, Suryowijayan , semuanya beragama Islam,

- dengan umur kehamilan. Jumlah anak bervariasi, yang memiliki satu anak ada 2 orang, belum memiliki anak 2. Ada juga ibu yang baru pertama hamil
2. Alasan yang menyebabkan pelaksanaan terminasi kehamilan ditegaskan melalui diagnosis dokter setelah dilakukan serangkaian pemeriksaan. Alasan untuk ke lima partisipan, *Anencephal*, *AB Incomplete*, *blighted ovum*, *anencephal*, maupun *IUFD (Intra Uterine Fetal Dead)*, dalam data Rekam Medis bulan Nopember 2010- Januari 2011 indikasi didominasi oleh *AB Incomplete* yaitu sebanyak 23 dari 33 ibu yang melakukan terminasi.
 3. Prosedur pelaksanaan terminasi kehamilan di RS PKU Muhammadiyah terdiri atas persiapan sebelum terminasi ; persiapan pasien (puasa, pemberian obat) serta alat-alat oleh bidan. Proses dilakukan oleh dokter ahli kandungan dengan bidan sebagai asisten, lamanya tergantung jaringan yang tersisa, minimal 5 menit. Pasca terminasi, peralatan dibersihkan, pasien pulih rata-rata 4-6 jam.
 4. Tim Pelaksana terminasi kehamilan di VK adalah dokter obgyn dengan bidan sebagai asisten. Apabila ada indikasi berat, dilakukan di ruang operasi oleh dokter anastesi, perawat anastesi, dokter ahli kandungan.
 5. Pelaksanaan *Informed Consent* selalu dilakukan dalam bentuk lisan yaitu penjelasan dokter di poliklinik dan tertulis yang tertuang dalam lembar persetujuan medis ditandatangani suami (bila ada) atau orang terdekat.
 6. Konseling sebelum pulang meliputi konseling mengenai obat yang masih harus dikonsumsi dan makanan bergizi. Konseling jangka panjang seperti KB, kapan diperbolehkan hamil, diberikan saat pasien kembali lagi untuk kontrol di poli kebidanan.

Saran

1. Bagi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
Mencantumkan tanda tangan pasien dalam hal ini ibu yang akan melaksanakan terminasi kehamilan dalam lembar persetujuan tindakan sebagai salah satu dari prosedur *informed consent*, karena ibu berhak atas tindakan yang akan dilakukan pada dirinya.
2. Bagi Partisipan
 - a) Melakukan terapi dan konsultasi dokter jika ingin hamil kembali.
 - b) Untuk partisipan yang berusia lebih dari 35 tahun perlu mempertimbangkan faktor usia bila ingin merencanakan hamil kembali.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya
Menggali informasi lebih dalam tentang konseling pasca terminasi kehamilan yang diberikan pada saat control post terminasi di poliklinik kebidanan.

DAFTAR RUJUKAN

- Agama Dan Aborsi /Aborsi/Www.Aborsi.Org.Htm Minggu, Rabu 18 April 2010, Diunduh 14 April 2010
- Alwi, Hasan.2001.*Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi Ke-3*.Jakarta: Balai Pustaka
- Anonim. 2002. *Aborsi Dalam Perspektif Fiqh Kontemporer*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia 2009.
- A.G.Haryanto. 2000. *Metode Penulisan Dan Penyajian Karya Tulis Ilmiah*. Jakarta: Egc
- Arikunto, Suharsimi.2002.*Prosedur Penelitian (Suatu Pendekatan Praktek)*. Jakarta : Pt Rineka Cipta
- Barends N, Lestari Ed, Utarin A. *Jurnal Sains Kesehatan Berkala Karakteristik Individu Dan Kualitas Pelayanan Rujukan Sebagai Faktor Risiko Kematian Perinatal Di Rsud Abepura Jayapura*. Yogyakarta.
- Bertens. 2002 *Aborsi Sebagai Masalah Etika*.Jakarta: Pt Gramedia Bpps Ugm
- Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran.2005. *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi Edisi 2*. Jakarta : Egc
- Fatimah. 2009. *Membuat Usulan Proposal Kti Dan Laporan Hasil Kti*. Jakarta : Cv Trans Info Media
- Forum Diskusi.2004. Hukum Dan Aborsi.Www.Aborsi.Org Diakses 14 April 2010
- Handono, Budi.2009. *Abortus Berulang*.Bandung Refika Aditama <http://digilib.unimus.ac.id/bungin>, 2003 diunduh 11 Oktober 2010
- Isgiyanto.2009. *Teknik Pengambilan Sampel Pada Penelitian Non-Eksperimental*. Yogyakarta : Mitra Cendekia Jakarta, 20/2/2008 (kominfo-newsroom. Portal Nasional Republik Indonesia.Www.Indonesia.Go.Id
- Kartini Farida, Patria S.Y, Tugiyarti U. 2005.*Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Volume 1 Nomer 2 Faktor Resiko Kematian Neonatal Di Rs Pku Muhammadiyah Yogyakarta*. : Yogyakarta : Stikes 'AISYIYAH
- Kominfo News Room.2008.*Presiden : Penurunan Angka Kematian Ibu Dan Bayi Program Prioritas*.Www.Indonesia.Co.Id Diakses 14 April 2010
- Kusmaryanto.2002.*Kontroversi Aborsi*. Jakarta : Pt Grasindo
- LBH Apik . 2006, *aborsi Dan Hak Atas Pelayanan Kesehatan*.Www.Lbh_Apik.Or.Id.Htm. Diakses Tanggal 14 April 2010
- Moleong, J Lexy.2004. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Pt Remaja Rosdakarya
- Murphy, Sarah.2000. *Keguguran Apa Yang Perlu Diketahui*. Jakarta : Arcan

- Putranti, Bd. 2005. *Aborsi Dalam Perspektif Lintas Agama*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Madareporter .2008.*Kasus Aborsi Di Indonesia 2,5 Juta Setahun*. [Www.Antara.Co.Id](http://www.Antara.Co.Id). Dikases Tanggal 14 April 2010
- RSU Dr. Slamet FK Yarsi. 2009. *Terminasi Kehamilan*. [Www.Idmgarut.Htm](http://www.Idmgarut.Htm) Diunduh 5 Juni 2010
- Sabarguna, Boy.2008.*Kti Untuk Mahasiswa D3 Kesehatan*. Jakarta : Cv Sagung Seto
- Sujiyatini, Mufdlilah, Hidayat Asri.2009. *Asuhan Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sulistyaningsih.2010.*Buku Ajar & Panduan Metodologi Penelitian Kebidanan*.Yogyakarta : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah

PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA YANG MENGALAMI HALUSINASI

Mamnu'ah

**Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta
nutriatma@yahoo.co.id**

ABSTRAK

Adanya anggota keluarga yang mengalami halusinasi merupakan pengalaman sendiri bagi keluarga dalam merawat klien. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Penelitian ini dilakukan dengan disain fenomenologi deskriptif. Partisipan adalah pemberi perawatan utama dalam keluarga, yang didapatkan dengan cara *purposive sampling* sebanyak enam orang. Metodenya *indepth interview*. Tipe pertanyaannya *semistructure*. Hasil wawancara dalam bentuk transkrip dianalisa dengan menggunakan teknik Collaizi. Hasil penelitian mengidentifikasi 10 tema yaitu perasaan selama merawat, sikap selama merawat, alasan merawat, sumber informasi pelayanan kesehatan, upaya penanganan masalah kesehatan, hasil penanganan masalah kesehatan, persepsi tentang pengertian halusinasi, persepsi tentang penyebab halusinasi, persepsi tentang perilaku halusinasi, dan perubahan sikap, nilai dan proses pembelajaran. Hasil penelitian menggambarkan pengalaman yang bervariasi yang dirasakan keluarga selama merawat klien halusinasi. Hasil penelitian ini sebagai acuan membuat disain asuhan keperawatan yang berkesinambungan baik individu, keluarga dan masyarakat.

Kata kunci: pengalaman, merawat, keluarga, halusinasi

PENDAHULUAN

Shives (2005) menjelaskan bahwa kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan positif yang ditandai dengan adanya rasa tanggung jawab, menunjukkan kesadaran diri, mampu menunjukkan diri, bebas dari rasa cemas dan mampu mengatasi masalah yang dihadapi sehari-hari. Sedangkan Mohr (2006), menjelaskan bahwa kesehatan jiwa adalah keberhasilan seseorang menampilkan fungsi mental, melakukan aktivitas produktif, menjalin hubungan, dan kemampuan beradaptasi dengan perubahan serta mengatasi kesulitan. Dari berbagai definisi kesehatan jiwa dapat disimpulkan bahwa kesehatan jiwa adalah kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah, serasi dan selaras hidup bersama dengan orang lain.

Kesehatan jiwa digambarkan dalam sebuah rentang respon dari adaptif sampai dengan maladaptif yang terdiri dari sehat jiwa, masalah psikososial dan gangguan jiwa (Stuart & Laraia, 2005). Kesehatan jiwa sangat diperlukan dalam menjalani kehidupan, apabila tidak bisa mencapai kesehatan jiwa maka akan terjadi masalah psikososial bahkan mungkin terjadi gangguan jiwa. Masalah psikososial yaitu setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikologis ataupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa (atau gangguan kesehatan) secara nyata, atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa yang berdampak pada lingkungan sosial. Gangguan jiwa yaitu suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial (FIK & WHO, 2006).

Angka gangguan jiwa di dunia cukup tinggi. Menurut *World Health Organization* (2006 dalam Moedjiono, 2007), menggambarkan bahwa satu dari empat orang berisiko menderita gangguan jiwa pada satu saat dalam kehidupannya. Dilaporkan 2% dari seluruh penduduk di dunia menderita gangguan jiwa dan hampir 1% menderita skizofrenia (Siswono, 2006). Menurut *The World Health Report* (2001, dalam Hidayat 2007), prevalensi gangguan jiwa dan perilaku adalah: 25% dari seluruh penduduk pada suatu waktu dalam kehidupannya pernah mengalami gangguan jiwa, 40% didiagnosis secara tidak tepat sehingga menghabiskan biaya besar dan mendapatkan terapi yang tidak tepat dan 10 % populasi dewasa pada suatu ketika pernah mengalami gangguan jiwa. Data tersebut menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa perlu mendapat penanganan yang serius.

Gangguan jiwa di Yogyakarta juga terus mengalami peningkatan. Pada pasien yang rawat jalan pada tahun 2003 jumlahnya mencapai 7.000 orang, sedang pada tahun 2004 naik menjadi 10.610 orang. Sedangkan pasien yang rawat inap mencapai 678 orang pada tahun 2003 dan 2004 mengalami peningkatan menjadi 1.314 orang (Amin, 2005). Dari angka kunjungan pasien gangguan jiwa tersebut ditemukan bahwa gangguan jiwa yang paling banyak adalah skizofrenia.

Angka terjadinya halusinasi cukup tinggi. Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien di rumah sakit jiwa Medan ditemukan 85% pasien dengan kasus halusinasi (Nasution, 2003). Menurut perawat di rumah sakit Grhasia Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta khususnya di ruang L2 rata-rata angka halusinasi mencapai 46,7% setiap bulannya.

Adanya halusinasi yang dialami anggota keluarga merupakan aib yang harus ditutupi (Fortinash & Worret, 2004). Keluarga menanggung akibat dari stigma dan diskriminasi (Setiawan, 2001). Keluarga juga menanggung masalah ekonomi keluarga dalam membayar biaya rumah sakit dan diharuskan mengunjungi anggota

keluarganya yang mengalami gangguan jiwa di rumah sakit secara rutin, padahal belum tentu jarak rumah sakit dengan tempat tinggal klien dekat sehingga membutuhkan biaya untuk transportasi dan akomodasi.

Keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi mempunyai pengalaman tersendiri. Penelitian terkait pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa pernah dilakukan oleh Seloilwe (2006) tentang pengalaman dan kebutuhan keluarga dengan gangguan mental di rumah di Botswana. Hasilnya bahwa merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa membuat keluarga bingung, sedih dan merupakan penderitaan tiada habisnya. Pemberi perawatan dituntut untuk melakukan koping setiap hari, menjadi tidak jujur dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan, manipulatif, akomodatif, menerima dan negosiasi terhadap situasi yang terjadi.

Besarnya dampak yang ditimbulkan gangguan jiwa terhadap keluarga khususnya yang merawat perlu diantisipasi dengan melakukan berbagai macam penelitian yang dibutuhkan untuk menentukan kebijakan pelaksanaan terapi keluarga yang dibutuhkan keluarga ketika merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Melalui penelitian ini, diharapkan perawat baik yang memberikan asuhan di rumah sakit maupun di komunitas akan mendapatkan gambaran tentang pengalaman keluarga ketika merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Informasi ini menjadi penting karena akan menjadi masukan bagi perawat jiwa dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga baik upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya gambaran pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, yaitu berfokus pada penemuan fakta mengenai suatu fenomena sosial yang ditekankan pula pada usaha untuk memahami tingkah laku manusia berdasarkan perspektif partisipan. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *purposive sampling*. Enam partisipan telah berpartisipasi pada penelitian yaitu pemberi perawatan utama di keluarga selama merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam sebanyak satu kali. Peneliti juga membuat catatan lapangan (*field notes*) untuk menangkap fenomena lain yang tidak diperoleh melalui wawancara. Wawancara direkam berdasarkan persetujuan partisipan. Validasi data dilakukan dengan triangulasi sumber data, triangulasi analisis, dan validasi dengan partisipan. Analisis data menggunakan model Colaizzi (1978, dalam Holloway & Wheeler, 1996) terdiri dari membuat transkrip dan membaca berulang-ulang hasil transkrip wawancara dan catatan

lapangan, mengidentifikasi kutipan kata dan pernyataan yang bermakna, membuat kategori-kategori, menentukan sub tema dan tema utama.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah enam orang. Usia partisipan bervariasi, dengan usia termuda 25 tahun dan usia tertua 67 tahun. Partisipan terdiri dari tiga orang laki-laki dan tiga orang perempuan. Tingkat pendidikan partisipan bervariasi yaitu satu orang tidak sekolah, satu orang SD tidak lulus, dua orang lulusan SMP, satu orang lulusan STM dan satu orang lulusan S1. Semua partisipan beragama Islam. Pekerjaan partisipan bervariasi yaitu satu orang wiraswasta, satu orang karyawan swasta, dua orang ibu rumah tangga, dan dua orang pedagang. Penghasilan partisipan bervariasi, terendah Rp 300.000,00 dan tertinggi Rp 900.000,00. Lama merawat paling pendek 3 tahun, paling lama 20 tahun. Hubungan partisipan dengan klien yang dirawat meliputi hubungan adik-kakak, ibu-anak, dan bapak-anak. Anggota keluarga yang dirawat telah mengalami gangguan jiwa minimal 3 tahun dan paling lama 20 tahun. Semua klien berada dalam usia produktif antara 24-38 tahun. Tingkat pendidikan klien mayoritas SMA, hanya satu yang pendidikannya SD kelas 1. Riwayat kambuh klien paling sedikit 1 kali, paling banyak 8 kali.

Ada 10 tema yang diangkat pada penelitian ini.

Tema 1: Perasaan selama merawat

Perasaan partisipan bervariasi selama merawat anggota keluarga dengan halusinasi yaitu bingung, jengkel, jenuh dan adanya rasa khawatir. Salah satu partisipan mengatakan tenang-tenang saja karena tidak tahu kalau terjadi perubahan pada anaknya, seperti yang diungkapkan sebagai berikut:

“.....jadi saya dulu itu tenang-tenang saja H begitu itu, saya tenang, masalahnya ada yang mengatakan itu gak apa-apa.....”(P2)

Tema 2: Sikap selama merawat

Partisipan mengatakan sikap selama merawat harus sabar, harus dituruti, dan nahan bisa mengatur diri, seperti yang diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“.....ya secara umum gitu harus sabar dan nahan bisa ngatur diri.”(P1)

”Harusnya dituruti, kalo kecentok sitik (tersinggung sedikit) itu terus kumat itu.”(P4)

Tema 3: Alasan merawat

Partisipan menggambarkan tanggung jawab sebagai ibu yang merawat anaknya, seperti pernyataannya sebagai berikut:

“Kalau gak saya rawat, njuk (lalu) siapa nanti yang ngasih makan, siapa?”(P3)

Tema 4: Sumber informasi pelayanan kesehatan

Sumber informasi pelayanan kesehatan ada yang diperoleh dari internal keluarga yaitu dari adik, saudara dan anak, dan ada yang diperoleh dari eksternal keluarga seperti yang disampaikan di bawah ini:

“Dilihat itu aneh, kok naik genteng. Naik genteng kok aneh-aneh gitu. Jam setengah tujuh malam, lah tek cari-cari kemana ini gitu, terus sama saudara “oh anu deh sudah pikirannya sudah, di bawa ke psikiater aja.”(P4)

“.....tetangga, itu yang ngarahke dibawa ke sana ya itu sama pengurus kampung sini.”(P5)

Tema 5: Upaya penanganan masalah kesehatan

Partisipan mengatakan upaya penanganan masalah kesehatan dilakukan secara bersama baik ke tenaga profesional maupun tenaga non profesional, seperti ungkapan partisipan sebagai berikut:

“Tapi ya campur-campur mba, saya ya carikan dukun, dukun yang pinter itu....”(P5)

Alasan partisipan menghentikan pengobatan karena keterbatasan biaya, seperti diungkapkan sebagai berikut:

“Ya, kita itu kalau punya duit, usaha nyari obat tapi kalo gak ada duit, ya gak nyari obat gitu kan, terputusnya karena gak punya duit tadi, kalau punya duit kan otomatis disembuhkan sampe sembuh gitu.”(P3)

Tema 6: Hasil penanganan masalah kesehatan

Partisipan mengatakan puas dengan hasil pelayanan kesehatan dan tidak puas dengan hasil pelayanan tenaga non profesional, seperti pernyataan partisipan sebagai berikut:

“Sekarang setelah pulang dari rumah sakit ini, sudah lain lagi, sudah merasa lega gitu loh, soalnya apa, sudah tahu sendiri kalo ini waktunya mandi mandi, waktunya makan makan, disuruh apa-apa sudah mau, itu sudah senang.”(P2)

“.....dulu gak tahu, tahunya kalau diobati orang pinter itu sembuh ternyata kok ya gak seperti yang diharapkan.”(P3)

Tema 7: Persepsi tentang pengertian halusinasi

Partisipan memahami pengertian halusinasi, penyebab halusinasi dan perilaku halusinasi berdasarkan hasil pengamatan partisipan pada anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Apa yang dipahami partisipan tentang halusinasi dapat dilihat di bawah ini:

“Kayak apa ya, mungkin kayak ada yang dia merasa ada yang apa ngekon(nyuruh) apa itu, nyuruh apa gitu lalu, dia sok-sok (kadang-kadang) seolah-olah ngomong, bicara ada lawan bicaranya padahal enggak.(P1)

“.....komunikasi antar anggota itu kurang komunikasi.”(P1)

“Saya cari dukun di luar itu kan, maksud saya itu apa kena lelembut atau kena apa, kalau dukun kan tahu yang pintar....”(P5)

Tema 8: Persepsi tentang penyebab masalah/halusinasi

Partisipan mengatakan terjadinya masalah pada anggota keluarga yang mengalami halusinasi disebabkan karena komunikasi yang kurang, seperti yang diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“.....komunikasi antar anggota itu kurang komunikasi.”(P1)

Partisipan lain mengatakan bahwa terjadinya masalah pada anggota keluarganya karena percaya bahwa ada yang mengganggu yaitu makhluk halus. Adanya gangguan makhluk halus seperti pernyataan partisipan di bawah ini:

“Saya cari dukun di luar itu kan, maksud saya itu apa kena lelembut atau kena apa, kalau dukun kan tahu yang pintar....”(P5)

Tema 9: Persepsi tentang perilaku halusinasi

Partisipan juga mengatakan kalau anggota keluarga yang mengalami halusinasi itu mempunyai perilaku ngomong sendiri, ketawa sendiri dan senyum-senyum sendiri. Pemahaman partisipan ini diperoleh dari hasil pengamatan terhadap perilaku yang dilakukan anggota keluarga yang mengalami halusinasi, seperti diungkapkan partisipan berikut:

”Ya, dia suka senyum-senyum sendiri kok.....”(P6)

Tema 10: Perubahan sikap, nilai, dan proses pembelajaran

Arti pengalaman merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi yang ditemukan pada partisipan adalah adanya proses belajar, perubahan sikap pemberi pelayanan dan adanya perubahan nilai keluarga. Partisipan mengatakan adanya proses belajar yaitu mencari tahu penyebab anggota keluarga mengalami halusinasi dan juga sering diajak konsultasi terkait gangguan jiwa seperti yang diungkapkan partisipan berikut ini:

”Ya saya belajar dari mas A dulu, dia dulu mungkin sebabnya karena ini gitukan terus saya berusaha menghindari sebab-sebab itu begitu ya, lebih ke arah latihan. Latihan bagi saya untuk menguatkan diri gitu, latihan diri.”(P1)

”..sering diajak konsultasi oleh orang2 yang kayak keluarga, pasien juga.”(P6)

Partisipan juga mengatakan terjadinya perubahan sikap selama merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi yaitu menjadi lebih lentur, lebih sabar, lebih tabah, menerima, mengalah, lebih dewasa, lebih hati-hati, dan menjadi pemerhati. Hal ini dapat dilihat dari beberapa ungkapan partisipan berikut ini:

"Ya, semoga ini menjadikan saya bisa lebih sabar lah, yang jelas bisa lebih sabar.....Saya malah menjadi pemerhati masalah kayak gitu, maknanya dalam banget, wong bisa merawat, rasane seneng banget."(P6)

"Ya menjadi lebih apa tabah lagi, jadinya pokoke namanya lebih sabar selama merawat ini lebih sabar,.....apa-apa serba hati-hati itu aja.... Dulu sudah sabar lebih lagi itu."(P2)

"Hmmm, ya, eeee (tersenyum, memandang ke atas), ya punya nganu jadi punya ladang untuk latihan apa yalebih lentur, melatih ee ketahanan, berpikir, berapalagi tu..dalam menghadapi orang yang sakit kayak gitu, ya ada ladang latihan."(P1)

Partisipan juga mengatakan adanya perubahan nilai di keluarga, menjadi lebih memahami pentingnya suatu keluarga. Seperti yang diungkapkan partisipan sebagai berikut:

"Dulu kesannya mementingkan diri sendiri, sekarang keluarga sudah bisa memahami apa tuh pentingnya keluarga, rumah adalah sorga, itu aja."(P6)

PEMBAHASAN

Selama merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi, berbagai macam perasaan dialami oleh keluarga. Perasaan seperti bingung menghadapi klien, jengkel, jenuh, was-was, dan tidak tenang sering dirasakan oleh partisipan. Tidak semua perasaan ini dirasakan sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Seloilwe (2006) yang mengatakan bahwa merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa adalah penderitaan tiada habisnya, keluarga juga akan mengalami kesedihan sejak awal dinyatakan sakit. Keluarga mengatakan bingung, syok, sangat sedih, sakit hati dan merasa tidak yakin. Persamaannya adalah sama-sama menggambarkan respon dengan kurun waktu tertentu selama merawat. Respon yang sama adalah adanya rasa bingung, sedangkan respon yang lainnya berbeda. Terjadinya perbedaan ini bisa jadi dipengaruhi oleh jenis gangguan jiwa yang dialami.

Menurut Torrey (1988 dalam Arif, 2006), keluarga selama merawat klien dengan gangguan jiwa termasuk halusinasi harus mempunyai sikap yang tepat yaitu: *sense of humor, accepting the illness, family balance, expctations which are realistic*. Sikap adalah suatu cara berfikir dan merasa terhadap suatu kejadian. Sikap tidak bisa diobservasi secara langsung tapi dapat disimpulkan dari ekspresi verbal dan perilaku yang tampak (Rosser, 1971 dalam Hymovich & Hagopian, 1992).

Keluarga melakukan tugas merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa bukan karena mereka memiliki kemampuan, akan tetapi karena tugas, kewajiban anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya. Alasan merawat karena adanya hubungan struktur peran ibu dan anak sehingga ibu mempunyai

kewajiban untuk mengasuh, merawat anaknya sampai dia menikah. Partisipan mengatakan bahwa anak adalah tanggung jawab orang tua, sesuai dengan peran fungsi keluarga. Ada peran dalam keluarga yang dilakukan partisipan terhadap anggota keluarga yang mengalami halusinasi, salah satunya adalah peran formal. Peran formal meliputi peran parental dan perkawinan, yang terdiri dari peran sebagai penyedia (*provider*), peran sebagai pengatur rumah tangga, dan perawatan anak.

Menurut Friedman (1998), peran parental berfokus pada interaksi orangtua-anak dan tanggung jawab sebagai orang tua. Partisipan mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga lain yang mengurus anak-anaknya yang sakit. Ada empat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Dua anaknya yang lain tidak mengalami gangguan jiwa yaitu anak yang pertama dan nomor empat. Partisipan ini yang menyediakan makan untuk anak-anaknya dan memenuhi seluruh kebutuhan anak-anaknya. Partisipan mengatakan siapa yang akan memberi makan anak-anaknya kalau bukan dirinya sebagai ibunya termasuk upayanya mencari pengobatan. Ternyata hasil penelitian Litman (1974, dalam Friedman, 1998) ibu mempunyai peran sentral pemberi asuhan dalam keluarga. Ini juga dikuatkan oleh Aday dan Eichhorn (1972; Diosy, 1956; Rayner, 1970 dalam Friedman, 1998) bahwa ibu bertindak sebagai sumber ketenangan dan bantuan pada masa-masa sakit. Peneliti melihat adanya kesamaan antara teori yang ada dengan hasil penelitian yang diperoleh bahwa ibu mempunyai alasan yang kuat untuk merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi sebagai bentuk tanggung jawab sebagai orang tua.

Pada penelitian ini, tiga partisipan merupakan hubungan ibu-anak. Ternyata hasil penelitian ini juga terdapat hubungan kakak-adik dan bapak-anak antara klien dan pemberi perawatan. Terjadinya peran bapak-anak, kakak-adik merupakan bagian tanggung jawab anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya. Peran pemberi perawatan yang selama ini dilakukan oleh ibu tidak ditemukan pada tiga partisipan ini. Hal ini terjadi karena adanya alasan yaitu: sudah tidak mempunyai ibu, ibu mengalami gangguan jiwa dan ibu yang sudah menyerahkan tugas perawatan kepada anaknya yang dianggap mampu. Tugas ini dilakukan partisipan karena adanya tanggung jawab sebagai anggota keluarga terhadap klien yang mengalami halusinasi.

Informasi pelayanan kesehatan diperoleh partisipan baik dari internal maupun eksternal keluarga. Eksternal keluarga diperoleh dari tetangga dan ketua RT. Sedangkan informasi internal diperoleh dari anak dan saudara. Menurut Caplan (1976 dalam Friedman, 1998), keluarga memiliki fungsi suportif termasuk di dalamnya adalah dukungan informasional. Upaya penanganan yang dilakukan partisipan dipengaruhi oleh kepercayaan yang diyakini partisipan, sesuai hasil penelitian Seloilwe (2006) mengatakan bahwa upaya mencari bantuan dipengaruhi oleh kepercayaan yang diyakini keluarga. Sebagian besar keluarga yang merawat gangguan jiwa percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan roh jahat.

Hampir semua partisipan mengatakan tidak puas dengan hasil penanganan di tenaga non profesional. Ini sesuai dengan studi kasus yang dilakukan Arif (2006) juga menemukan keluarga yang baru membawa ke pelayanan medis setelah tujuh tahun melakukan upaya pengobatan dengan cara supranatural dan tidak menunjukkan perbaikan. Dengan alasan ini partisipan mulai mencari pengobatan dengan mendatangi tenaga kesehatan profesional yaitu ke psikiater. Akan tetapi upaya pengobatan tidak berjalan dengan teratur, hal ini karena adanya keterbatasan dana.

Pemahaman partisipan tentang halusinasi sebenarnya mempunyai makna yang sama yaitu klien berespon terhadap rangsangan yang tidak nyata, yang hanya dirasakan oleh klien dan tidak dapat dibuktikan. Partisipan menyampaikan bahwa penyebab halusinasi karena komunikasi yang kurang dan kepercayaan bahwa gangguan yang dialami klien karena diganggu makhluk halus. Ini tidak sesuai dengan konsep teori yang ada. Hasil penelitian yang mendukung penelitian ini adalah seperti yang dikemukakan Seloilwe (2006) bahwa terjadinya gangguan jiwa karena adanya gangguan roh jahat.

Penelitian yang dilakukan Rhoades dan Mc Farland (1999 dalam Asniar, 2007) melakukan penelitian tentang makna pengalaman merawat individu dengan gangguan mental dihasilkan ada tiga kategori makna *caregiver*, yaitu *altruistic* yang ditujukan pada orang lain, aktualisasi diri yang ditujukan pada diri sendiri, dan tujuan eksistensial dalam hidup. Tema yang sering muncul adalah tema altruistik yaitu *caregiver* memaknai pengalamannya sebagai membantu orang lain. Makna pengalaman yang paling banyak ditemukan pada penelitian ini adalah perubahan sikap pemberi pelayanan. Perubahan sikap menjadi lebih sabar, lebih menerima, mengalah, bertambah dewasa, menganggap takdir dan punya ladang untuk lebih lentur. Partisipan juga menjadi proses belajar agar tidak mengalami hal yang sama. Pelaksanaan sebagai pemerhati pada kasus yang sama merupakan perilaku *altruistic* yang dilakukan partisipan selama ini dengan cara memberikan pendekatan pada klien yang mengalami gangguan jiwa.

Partisipan juga mengalami perubahan nilai keluarga, adanya anggota keluarga yang mengalami halusinasi membuat keluarga menyadari arti pentingnya sebuah keluarga, partisipan justru menggambarkan bahwa rumah adalah surga.

SIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian menggambarkan pengalaman yang bervariasi yang dilakukan oleh keluarga selama merawat klien halusinasi. Hasil penelitian ini diharapkan sebagai acuan bagi pemberi perawatan dalam membuat desain asuhan keperawatan yang berkesinambungan baik individu, keluarga dan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, S. (2005). Penderita Sakit Jiwa di Yogyakarta Makin Banyak. <http://www.temppointeraktif.com/hg/nusa/jawamadura/2005/02/21/brk,20050221-55,id>, diperoleh tanggal 14 Januari 2008
- Arif, I. S. (2006). *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. PT Refina Aditama. Cetakan Pertama. Bandung
- Asniar.(2007). *Studi Fenomenologi Terhadap Pengalaman Keluarga Merawat Anggota Keluarga Merawat Anggota Keluarga Paska Stroke di Rumah Di Kelurahan Depok, Kecamatan Pancoran Mas, Kota Depok, Jawa Barat*. Tesis. FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Fortinash & Worret. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). St. Louis: Mosby.
- Friedman, M.M. (1998). *Family nursing research theory and practice*. (3th ed.), Stamford:Appleton & Lange
- Hidayat, T. (2007). *Pelayanan kesehatan jiwa Integratif*. [http://www.idijakbar.com/prosiding/pelayanan kesehatan.htm](http://www.idijakbar.com/prosiding/pelayanan%20kesehatan.htm), diakses tanggal 15 Desember 2007.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. USA: Blackwell science Ltd.
- Hymovich D.P., & Hagopian G.A. (1992). *Chronic Illness in Children and Adults A Psychosocial Approach*. Tokyo. W.B. Saunders Company.
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric mental helath nursing*. (6th ed.). Philadhelpia: Lippincott Williams Wilkins.
- Moedjiono, A.W. (2007). *Pelayanan sensitive budaya*. ¶ 1. <http://www.prakarsa-rakyat.org/artikel/kolom/artikel.php?aid=22206>, diakses tanggal 28 April 2009)
- Nasution, S.S. (2003). Asuhan kperawatan pada pasien dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi. <http://keperawatan-siti%20saidah%20pdf>. diperoleh tanggal 17 Januari 2007
- Seloilwe, E.S. (2006). Experineces and demands of families with mentally ill people at home in Botswana, *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3),262-268
- Setiawan, P. (2001). *Hari kesehatan jiwa sedunia tahun 2001, Kesehatan jiwa di tempat kerja*. diperoleh tanggal 12 Desember 2006, <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1002692018,66650>,
- Shives, L.R. (2005). *Basic concept of psychiatric-mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Siswono, (2006). *Membangun kesadaran dan mengurangi risiko gangguan mental dan bunuh diri*. <http://www.rsjlawang.com.artikel>, diakses tanggal 25 Mei 2010
- Stuart,G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby

PENGASUHAN ORANG TUA TERHADAP STATUS GIZI ANAK USIA PRASEKOLAH

Meira Erawati

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
e-mail: mei_ra07@yahoo.co.id

Abstrak

Pendahuluan: Status gizi dipengaruhi oleh asupan gizi dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Kedua penyebab langsung ini sangat terkait dengan pola asuh anak yang diberikan oleh ibu/pengasuh. Pola asuh yang baik akan meningkatkan tingkat konsumsi pangan anak yang pada akhirnya mempengaruhi status gizinya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pengasuhan yang diterapkan orang tua terhadap status gizi anak usia prasekolah.

Metode: Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan melibatkan 71 responden. Data pengasuhan dikumpulkan dengan kuesioner dengan *cross check* menggunakan *food record* dan observasi bekal sekolah anak selama 4 hari. Data status gizi anak diidentifikasi dengan ketentuan WHO-NCHS. Analisis data dilakukan dengan uji *Spearman Rank* dengan taraf signifikansi 5%.

Hasil: Hasil perhitungan dengan *Rank Spearman* menunjukkan hasil *p-value* 0.000 dengan nilai $r_s = 0.699$. Nilai probabilitas kurang dari 5% (0,05) menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengasuhan orang tua dengan status gizi anak usia prasekolah.

Simpulan: Pengasuhan dalam pemberian nutrisi pada anak prasekolah memegang peranan penting dalam menentukan status gizi anak.

Kata kunci: pengasuhan, status gizi, anak usia prasekolah

PENDAHULUAN

Pemenuhan nutrisi pada anak dipengaruhi beberapa faktor, seperti daya beli keluarga, latar belakang sosial budaya, tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi (terutama ibu). Secara langsung status gizi dipengaruhi oleh asupan gizi dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Kedua penyebab langsung ini sangat terkait dengan pola asuh anak yang diberikan oleh ibu/pengasuh. Penyebab tidak langsung adalah ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketiga faktor ini saling berkaitan dengan pendidikan, pengetahuan dan keterampilan keluarga (Lubis, 2008).

Peran orang tua terhadap pemenuhan nutrisi beragam, tetapi mereka hanya mementingkan dari segi keuangan, makanan dan kesehatan. Aspek penting yang lain hanya sebagai pendukung. Orang tua menyadari betapa pentingnya nutrisi namun secara perilaku mereka kurang begitu peduli terhadap nutrisi yang cocok dikonsumsi oleh balita. Faktor yang menghambat peran ini antara lain faktor keuangan serta

ketelatenan dari orang tua (Afriyanti, 2008). Pola asuh yang baik akan meningkatkan tingkat konsumsi pangan anak yang pada akhirnya mempengaruhi status gizinya (Lubis, 2008).

Peran keluarga sangatlah penting bagi anak usia prasekolah, terutama terhadap status gizi mereka. Adapun peran keluarga dalam pemenuhan nutrisi anak termasuk dalam peran *parental*, yaitu peran suami-ayah dan istri-ibu (Friedman, 1998). Anak-anak prasekolah bersifat konsumen aktif, yaitu mereka telah dapat memilih makanan yang disukai (Mangunkusumo, 2003). Bukti-bukti menunjukkan bahwa anak mengatur sendiri asupan kalori mereka (Wong, 2008). Mereka pada umumnya berperilaku makan yang tidak sehat dan mereka makan supaya tidak lapar. Pilihan makanan mereka juga masih berubah-ubah (Judarwanto, 2007). Anak-anak prasekolah sudah mulai membina hubungan dengan teman-temannya. Pertemanan ini akan mempengaruhi pikiran dan tindakan mereka. Keterampilan motorik mereka pun semakin maju, tetapi mereka harus tetap diawasi orang tua karena kemampuan mengambil keputusan belum semaju perkembangan motoriknya (Wong, 2008). Peran orang tua sangat penting dalam mengarahkan anak agar mempunyai kebiasaan makan yang baik di kemudian hari (Hanandini dkk, 2000).

Pengasuhan orang tua terutama dalam hal pemberian nutrisi pada anak usia prasekolah seringkali berbenturan dengan pola pikir dan perilaku anak, di mana anak pada usia ini sudah memiliki kemauan untuk mengatur makanannya sendiri, sementara anak masih belum mempunyai kemampuan yang cukup untuk dapat memilih makanan yang baik dan tidak baik bagi dirinya. Hal ini menarik untuk dikaji lebih lanjut apakah pengasuhan yang diterapkan orang tua terhadap anak usia prasekolah dapat bermakna mempengaruhi status gizi anak.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini melibatkan orang tua dan siswa TK Cinde Peni Semarang yang berjumlah 71 sebagai responden, dengan memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut: (1) Siswa TK Cinde Peni Semarang, (2) Anak berusia prasekolah, 3 sampai 5 tahun, dan (3) Anak dan orang tua bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah: (1) Anak rewel pada saat pengambilan data, (2) Orang tua menyatakan mengundurkan diri secara tiba-tiba, dan (3) Terdapat ketidaksesuaian data antara data kuesioner dengan lembar observasi dan lembar *food records*.

Pengambilan data tentang pengasuhan orang tua dalam pemberian nutrisi pada anak dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan *dicrosscheck* dengan data *food records* dan observasi bekal yang dibawa anak ke sekolah. Kuesioner ini menggunakan skala Likert-like dengan empat pilihan jawaban, yaitu selalu, sering, jarang dan tidak pernah. Sebelum digunakan untuk mengambil data, kuesioner yang

digunakan terlebih dahulu telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Sementara itu *food records* digunakan untuk mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi oleh anak selama 4 hari berturut-turut. Observasi terhadap bekal yang dibawa oleh anak ke sekolah juga dilakukan selama 4 hari berturut-turut. Dari hasil pengumpulan data, pengasuhan orang tua dikelompokkan dalam 3 kategori yaitu kurang, cukup dan baik. Pengambilan data tentang status gizi anak dilakukan dengan pengukuran antropometri yang terdiri dari berat badan dan tinggi badan, yang kemudian dikategorikan dengan ketentuan dari WHO-NCHS, yaitu dengan menggunakan indeks Berat Badan/Tinggi Badan (BB/TB) yang dikonversikan dengan baku rujukan WHO-NCHS. Status gizi dapat dibagi empat kategori (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2002).:

- a. Gemuk, bila nilai Z-Score $> + 2$ SD
- b. Normal, bila nilai Z-Score terletak antara $+ 2$ SD sampai $- 2$ SD
- c. Kurus, bila nilai Z-Score terletak antara $- 2$ SD sampai $- 3$ SD
- d. Kurus sekali, bila nilai Z-Score $< - 3$ SD

Analisis hubungan antara pengasuhan yang dilakukan oleh orang tua dengan status gizi anak usia prasekolah ini menggunakan uji korelasi *Spearman Rank* (Rho) dengan taraf signifikansi 5% ($\alpha = 0,05$).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengasuhan orang tua pada anak usia prasekolah (n=71)

No	Pengasuhan orang tua	Frekuensi	Persentase
1	Kurang	9	12.7
2	Cukup	25	35.2
3	Baik	37	52.1
	Total	71	100

Pengasuhan orang tua dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak seperti yang terlihat pada tabel 1 berkategori baik sebanyak 37 (52.1%) dan responden yang menunjukkan pengasuhan cukup adalah 25 (35.2%). Sedangkan yang paling sedikit termasuk dalam kategori kurang yaitu 9 (12.7%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Gizi Anak Usia Prasekolah (n=71)

No	Status Gizi	Frekuensi	Persentase
1	Sangat kurus	6	8.5
2	Kurus	17	23.9
3	Normal	48	67.6
4	Gemuk	0	0
	Total	71	100

Status gizi responden anak seperti yang terlihat pada tabel 2 berkategori normal sebanyak 48 (67.6%) dan responden yang mempunyai status gizi kurus adalah 17 (23.9%). Sedangkan yang paling sedikit termasuk dalam kategori sangat kurus yaitu 6 (8.5%).

Tabel 3. **Hubungan pengasuhan orang tua dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak dengan status gizi anak usia prasekolah di (n=71)**

Pengasuhan orang tua	Status Gizi			<i>p</i> -value	<i>r_s</i>
	Sangat kurus	Kurus	Normal		
Kurang	6	1	2	0.000	0.699
Cukup	0	15	10		
Baik	0	1	36		
Total	6	17	48		

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 6 responden orang tua yang mempunyai anak dengan status gizi sangat kurus semuanya memberikan pengasuhan yang kurang. Responden orang tua yang mempunyai anak dengan status gizi kurus sebanyak 17 responden, mayoritas responden memberikan pengasuhan yang cukup yaitu 15 responden, 1 responden memberikan pengasuhan yang kurang, dan sisanya 1 responden memberikan pengasuhan yang baik. Responden orang tua yang mempunyai anak dengan status gizi normal sebanyak 48 responden, mayoritas memberikan pengasuhan yang baik yaitu 36 responden, 10 responden memberikan pengasuhan yang cukup, dan sisanya 2 responden memberikan pengasuhan yang kurang.

Hasil perhitungan dengan *Rank Spearman* menunjukkan hasil *p*-value 0.000 dengan nilai *r_s* = 0.699. Nilai probabilitas kurang dari 5% (0,05) menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengasuhan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak dengan status gizi anak usia prasekolah.

Anak usia prasekolah mengalami proses perubahan dalam pola makan di mana anak mengalami kesulitan untuk makan (Wong, 2008). Anak TK sering tidak berselera untuk makan sehingga orang tua menjadi was-was. Pada masa ini sebenarnya anak belajar makan dari apa yang tersedia di rumah. Salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam mengurangi kesulitan makan pada anak adalah dengan menciptakan lingkungan yang nyaman. Hal ini dapat meningkatkan gairah makan dan membuat anak menyukai makanan yang disajikan (Matondang, 2007). Peran orang tua sebagai *caregiver* yaitu orang tua dapat sering melakukan stimulasi afeksi dalam berbagai bentuk sehingga membuat anak merasa nyaman dan penuh kehangatan (Slameto, 2009).

Pengasuhan orang tua dalam pemenuhan kebutuhan gizi anak pada responden orang tua dalam penelitian ini berkategori baik sebanyak 37 (52.1%). Ini berarti orang tua sudah mampu melaksanakan perannya dalam menciptakan suasana makan yang menyenangkan, seperti menyediakan menu-menu kesukaan anak dengan tetap

memperhatikan nilai gizinya pada saat-saat tertentu, menyempatkan waktu untuk makan bersama anak, menyiapkan tempat makan dan minum dengan bentuk, warna dan gambar yang disukai anak, dan memberikan makanan yang bervariasi kepada anak setiap hari. Ibu rumah tangga dapat memberikan pengasuhan yang baik karena ibu selalu ada waktu atau selalu mendampingi ketika anak makan. Ibu dapat menciptakan suasana yang menyenangkan pada saat anak makan. Bila anak tidak mau makan, ibu dapat menggunakan cara-cara yang disukai anak saat anak makan agar anak mau menghabiskan makanannya (Lubis, 2008).

SIMPULAN DAN SARAN

Pengasuhan dalam pemberian nutrisi pada anak usia prasekolah memegang peranan penting dalam menentukan status gizi anak. Bagi orang tua yang mempunyai anak usia prasekolah sebaiknya menyiapkan menu makanan yang bervariasi bersama anak, menyediakan waktu khusus untuk mendampingi anak selama anak makan dan memilih waktu yang tepat bagi anak untuk makan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afriyanti, A.** 2008. *Peran Keluarga dalam Pemberian Nutrisi pada Balita di Puskesmas*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro. Semarang .
- Friedman, M. M.** 1998. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Jakarta : EGC.
- Hanandini, Dwiyantri, Widya and Miko, Alfian.** 2000. *Hubungan Antara Peran Ibu sebagai "Health Provider" dengan Masalah Kekurangan Energi Protein (KEP) Anak*. Lembaga Penelitian Universitas Andalas, Universitas Andalas. Padang : Lembaga Penelitian Universitas Andalas.
- Judarwanto, W.** 2007. *Perilaku Makan Anak Sekolah. Kesulitan Makan*.
[Online].<http://www.gizi.net/makalah/download/perilaku%20makan%20anak%20sekolah.pdf>. Diunduh pada: 30 Desember 2010.
- Lubis, R.** 2008. *Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Pantai Cermin Kecamatan Tanjung Pura Kabupaten Langkat*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara. Sumatera Utara : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Mangunkusumo, RS Dr Cipto and Indonesia, Persatuan Ahli Gizi.** 2003. *Penuntun Diet Anak*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Matondang, M.** 2007. *Status Gizi dan Pola Makan pada Anak Taman Kanak-Kanak di Yayasan Muslimat R.A Al-Ittihadiyah Medan Tahun 2007*. Sumatera Utara : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia.** 2002. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor:920/MENKES/SK/VIII/2002 tentang Klasifikasi Status Gizi Anak Bawah Lima Tahun. *gizi website*. [Online] Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Agustus 1, 2002. [Cited: januari 5, 2011.] <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream//123456789/1223/3/KMK920-0802-G.pdf>.
- Slameto. 2009.** *Peranan Ayah dalam Pendidikan Anak dan Hubungannya dengan Prestasi Belajarnya*. Satya Wydya, Vols.15 No 1.
- Wong, D.L.** 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta : EGC.

HUBUNGAN KEPEMILIKAN BUKU KIA DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU HAMIL TENTANG TANDA BAHAYA KEHAMILAN DI KECAMATAN AMBAL KABUPATEN KEBUMEN TAHUN 2011

Minna Fauziyah Palupi, Mufdlilah

Program Studi Kebidanan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kepemilikan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan, dengan jumlah sampel sebanyak 38 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan kepemilikan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan di Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen tahun 2011. (Nilai *Asym.sig (2-tailed)* adalah 0,442, nilai tersebut > 0,05).

Kata Kunci : buku KIA, pengetahuan, ibu hamil

PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, tetapi perawatan diri yang khusus tetap dibutuhkan agar ibu dan janin dalam keadaan sehat. Karena itu kehamilan yang normal pun mempunyai resiko kehamilan, namun tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu (Azwar, 2003).

Setiap wanita hamil beresiko komplikasi dan semua wanita seharusnya menerima perhatian yang sama pada monitoring komplikasi. Deteksi dan pencegahan komplikasi melalui wawancara dan pemeriksaan ibu hamil dapat mendeteksi masalah yang mungkin berdampak pada kehamilan, bagi seorang yang memerlukan perhatian khusus. Kondisi seperti bahaya komplikasi berpengaruh pada ibu dan bayi jika mereka ditanya termasuk didalamnya HIV/AIDS, siphilis, penyakit seksual yang lain, malnutrisi, tuberculosis, juga kondisi seperti anemia, perdarahan pada vagina, eklamsia, gawat janin, abnormal posisi janin setelah 36 minggu dapat menyebabkan diindikasikan sebagai komplikasi yang merupakan deteksi dini, praktek pengobatan dan pemeriksaan preventif (Pusdiknakes, 2003).

Pembangunan kesehatan dengan meningkatkan mutu serta kemudahan pelayanan yang terjangkau diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Hal ini merupakan bagian dari upaya untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Indikator derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat ditandai dengan menurunnya angka kematian ibu, kematian bayi dan panjangnya umur harapan hidup (Ernoviana, 2006). Hubungan antara status kesehatan wanita yang rendah dan akses ke pelayanan kesehatan merupakan masalah yang kompleks. Perawatan kesehatan untuk wanita merupakan suatu determinan kesehatan, produktivitas dan tentunya status mereka sendiri. Hambatan lain dalam penggunaan

pelayanan kesehatan untuk wanita adalah kegagalan sistem kesehatan dalam memperhitungkan kebutuhan mereka (WHO, 2003).

Kematian ibu masih merupakan masalah prioritas di Indonesia. Angka Kematian Ibu secara nasional tahun 2009 mencapai 228 jiwa tiap 100.000 kelahiran hidup (Khusnul Huda dan Muh slamet, 2010). Jika seorang ibu meninggal, maka anak yang ditinggalkan mempunyai kemungkinan 3 hingga 10 kali lebih besar untuk meninggal dalam waktu 2 tahun. Di Indonesia, angka kematian ibu 50 kali lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara ASEAN. Angka kematian bayi di Indonesia 1,2-1,5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan ASEAN (Ernoviana, 2006).

Penelitian di daerah Boyolali pada tahun 2008 didapatkan hasil bahwa ibu hamil yang memiliki buku KIA dengan kehamilan normal sebesar 75% dan yang mengalami komplikasi kehamilan sebesar 25%, sedangkan ibu hamil yang tidak memiliki buku KIA dengan kehamilan normal hanya sekitar 10% dan yang mengalami komplikasi kehamilan sebesar 90%. Ini menunjukkan keberadaan buku KIA sangat penting untuk mendeteksi secara dini komplikasi dalam kehamilan agar dapat segera ditindaklanjuti (Ernoviana, 2006).

The World Health Organisation (WHO) pada tahun 2003 memperkirakan bahwa sedikitnya 15% dari seluruh wanita hamil memerlukan perawatan obstetrik yang khusus dan terlatih dan bila tidak ada maka wanita tersebut akan mengalami kesakitan dan kecacatan yang serius dan berkepanjangan. Akan tetapi, rendahnya pengetahuan wanita tentang pentingnya perawatan tersebut mengakibatkan meningkatnya angka kematian dan kesakitan ibu.

Menurut data WHO, lebih dari 500.000 kematian ibu yang terjadi setiap tahunnya, sebagian besar di negara berkembang. Kematian tersebut merupakan dampak komplikasi kehamilan utama yang sama. Jutaan wanita selamat dari komplikasi-komplikasi tersebut tetapi walaupun demikian tetap mengalami kesehatan buruk yang akut atau kronik atau kecacatan seumur hidup (WHO, 2003).

Kematian dan kecacatan yang berkaitan dengan kehamilan tidak saja mengakibatkan terjadinya suatu kehilangan dalam perkembangan sosial dan ekonomi. Wanita yang meninggal memegang peranan penting dalam hidupnya, bertanggung jawab terhadap kesehatan dan kesejahteraan keluarganya. Mereka turut mencari pemasukan, menanam dan menyiapkan makanan, mendidik dan merawat anak-anak, lansia dan yang sakit. Kematian mereka mencerminkan kegagalan dalam semua usaha perkembangan (Srirezezi, 2007).

Penyebab tidak langsung kematian ibu antara lain: rendahnya tingkat pendidikan masyarakat terutama kaum ibu, rendahnya tingkat sosial ekonomi, kondisi dan latar belakang sosial budaya yang tidak mendukung, rendahnya status gizi dan tingginya prevalensi anemi khususnya pada ibu hamil. Selain itu disebabkan karena terbatasnya akses ibu dan bayi di pedesaan memperoleh layanan kesehatan, *miss opportunity* terhadap pelayanan ibu dan anak (Manuaba, 2003).

Penyebab kematian ibu merupakan suatu hal yang cukup kompleks, yang dapat digolongkan pada faktor reproduksi, komplikasi obstetri, pelayanan kesehatan, dan sosiobudaya. Faktor reproduksi meliputi usia, paritas, dan kehamilan yang tidak diinginkan. Sedangkan faktor komplikasi obstetrik meliputi perdarahan, bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala kadangkala disertai kejang, demam tinggi, keluar air ketuban sebelum waktunya, bayi dalam kandungan gerakannya berkurang atau tidak bergerak, ibu muntah terus dan tidak mau makan. Faktor pelayanan kesehatan meliputi kurangnya kemudahan untuk pelayanan kesehatan maternal, asuhan medik yang kurang baik, dan kurangnya tenaga terlatih dan obat-obatan penyelamat jiwa. Dan faktor sosiobudaya meliputi kemiskinan, ketidaktahuan, kebodohan, rendahnya status wanita, transportasi yang sulit, ketidakmampuan membayar pelayanan yang baik, dan pantangan makanan tertentu pada wanita hamil (Wicakyosastro, 2002).

Target penurunan AKI secara nasional dalam rencana pembangunan kesehatan berdasarkan MDGs adalah menurunkan AKI menjadi 125 jiwa per 100.000 kelahiran (Maryunani dan Yulianingsih, 2009). Sedangkan WHO dan organisasi internasional lainnya, seperti UNDP, UNICEF, UNFPA dan Bank Dunia, bersama-sama dengan organisasi bilateral dan multilateral, memiliki komitmen untuk mendukung pemerintah setempat dalam usaha menurunkan angka kematian dan kecacatan ibu serta meningkatkan kesehatan anak dan wanita (Wijaya, 2009).

Kebijakan dan berbagai upaya pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi, antara lain dengan kegiatan Gerakan Sayang Ibu (GSI), Strategi *Making Pregnancy Safer* dan pengadaan buku Kesehatan Ibu dan Anak (Ernoviana, 2006).

Tenaga kesehatan terutama bidan telah diberi kewenangan untuk menyelamatkan jiwa ibu, janin dan bayi baru lahir seperti tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Kepmenkes tahun 2009 yang berbunyi Bidan diharapkan dapat memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi : deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu (Maryunani dan Yulianingsih, 2009).

Menurut Lampiran IV tentang Pencatatan dan Pelaporan dalam Kepmenkes No.900/MENKES/SK/VIII/2002 Tentang Registrasi dan Praktek Bidan, disebutkan bahwa "Bidan sedapat mungkin memberikan Kartu Menuju Sehat (KMS) balita dan KMS ibu hamil atau buku Kesehatan Ibu dan Anak, yang telah diisi dengan hasil pemeriksaan kepada setiap balita dan ibu hamil untuk dibawa pulang" (Kepmenkes, 2002). Dalam Al-Quran, di surat An-Nahl ayat 43 yang artinya "*Maka bertanyalah kepada orang yang mempunyai pengetahuan jika kamu tidak mengetahui (An-Nahl ayat 43)*". Ayat ini memerintahkan agar setiap muslim untuk mencari pengetahuan kepada orang yang mengetahui, dan Al-Hadist dari HR. Ahmad dan Ibnu Majah "*Mencari ilmu itu wajib atas setiap muslim*". ayat tersebut mewajibkan bahwa setiap

muslim untuk mencari ilmu untuk meningkatkan pengetahuan manusia sebagai kholifah di bumi.

Setiap ibu hamil mendapatkan satu buku KIA. Jika ibu melahirkan bayi kembar, maka ibu hamil mendapatkan tambahan satu buku KIA lagi untuk dapat memantau tumbuh kembang setiap anak secara menyeluruh. Melalui *Gerakan Nasional Pemantauan Tumbuh Kembang Anak* yang dicanangkan, pemerintah mengajak tenaga kesehatan dan ibu hamil agar memantau tumbuh kembang anak, untuk kehidupan masa depan yang lebih baik (Depkes RI, 2008).

Kematian ibu relatif rendah pada populasi yang berisiko (semua wanita dalam usia subur), faktor resiko secara relatif adalah umum pada populasi yang sama. Faktor risiko tersebut bukan merupakan indikator yang baik dimana para ibu mungkin akan mengalami komplikasi. Mayoritas ibu yang mengalami komplikasi dianggap berisiko rendah. Sebagian besar ibu yang dianggap berisiko tinggi melahirkan bayinya tanpa mengalami komplikasi. Intervensi yang berorientasi pada tujuan akan memberikan kerangka asuhan antenatal yang efektif meliputi deteksi penyakit, konseling dan promosi kesehatan, persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi (Mufdlilah, 2009).

Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya hubungan kepemilikan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan di Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen Tahun 2011.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode *survey analitik* adalah survey atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi, kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena (Arikunto, 2006). Dalam hal ini untuk mengetahui hubungan kepemilikan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan di Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen tahun 2011.

Metode pendekatan yang digunakan *cross sectional*, yaitu pendekatan yang mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dan efek (dapat berupa penyakit atau status kesehatan tertentu) dengan model pendekatan *point-time*. (Sugiyono, 2004). Populasi penelitian ini adalah semua ibu hamil yang berada di Kecamatan Ambal dan sampel penelitian ini berjumlah 38 responden yang diambil dengan teknik *purposive sampling*.

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner tertutup pada variabel terikat maupun bebas. Kuesioner pada variabel bebas menggunakan 1 pertanyaan untuk mengetahui kepemilikan buku KIA responden. Sedangkan pada variabel terikat menggunakan 27 pertanyaan terdiri dari 24 pertanyaan tertutup dengan menggunakan kuesioner untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu hamil

tentang tanda bahaya kehamilan dan 3 pertanyaan terbuka dengan teknik wawancara untuk menunjang data hasil penelitian.

Sebelum kuesioner dibagikan kepada responden, maka kuesioner akan dilakukan uji validitas terlebih dahulu agar instrument yang digunakan benar-benar telah memenuhi persyaratan untuk digunakan sebagai alat ukur (Sulistiyaningsih, 2010). Uji validitas ini dilakukan di posyandu Desa Surobayan dengan responden ibu-ibu hamil yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan karakteristik responden yang akan diteliti dengan jumlah 15 orang (Mohamad Mirza, 2009).

Uji validitas pada penelitian ini menggunakan uji *korelasi Karl Pearson Product Moment* (Notoatmodjo, 2005) yang pengujiannya dibantu dengan menggunakan SPSS 15.0 *for windows*. Hasil uji validitas terlihat pada kolom *Corrected item-Total Correlation*. Sedangkan untuk mencari r tabel menggunakan sesuai dengan jumlah responden yang dipakai dalam uji coba kuesioner. Penelitian ini menggunakan 15 responden dalam uji coba kuesioner, maka nilai r tabel dengan taraf kesalahan 5% adalah 0,514 (Mohamad Mirza, 2009). Kuesioner penelitian ini berjumlah 35 pertanyaan, maka jumlah validitasnya ada 35. Hasil signifikansi uji validitas dari 35 pertanyaan tersebut yang bisa dikatakan valid atau nilainya positif dan signifikan $> 0,514$ hanya 24 pertanyaan, sehingga yang digunakan sebagai kuesioner penelitian adalah 24 pertanyaan.

Pengujian reliabilitas kuesioner tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan menggunakan rumus *KR-20 (Kuder Richardson)* karena jumlah soal ganjil (Arikunto, 2002). Pengujian reliabilitas pada penelitian ini dibantu dengan menggunakan SPSS 15.0 *for windows*. Hasil uji reliabilitas pada tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan diperoleh hasil 0.943. Hasil tersebut bernilai positif dan $> 0,514$, maka dapat dikatakan bahwa kuesioner tersebut reliabel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan selama 7 hari, mulai dari tanggal 7 Februari 2011 – 14 Februari 2011. Karakteristik responden dalam penelitian ini dapat dilihat berdasarkan umur kehamilan, tingkat pendidikan, dan jumlah anak lahir hidup.

a. Umur Kehamilan Responden

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Kehamilan

No	Umur Kehamilan	Frekuensi	Persentase
1.	Trimester I	16	42,10
2.	Trimester II	14	36,84
3.	Trimester III	8	21,05

Tabel 4. menunjukkan karakteristik responden berdasarkan umur kehamilan responden. Responden terbanyak yaitu responden yang mempunyai umur kehamilan

pada trimester I sebanyak 16 orang (42,10%), dilanjutkan responden yang mempunyai umur kehamilan trimester II sebanyak 14 orang (36,84%) dan paling sedikit adalah responden yang mempunyai umur kehamilan trimester III yaitu 8 orang (21,05 %).

b. Tingkat Pendidikan Responden

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No	Pendidikan	Frekuensi	Persentase
1	SMP	20	52,63
2	SMK / SMA	15	39,47
3	Perguruan Tinggi	3	7,89
Jumlah		100,00	38

Tabel 5 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan responden. Responden terbanyak adalah yang berpendidikan SMP yaitu sebanyak 20 orang (52,63%), dilanjutkan responden yang berpendidikan SMK/SMA yaitu sebanyak 15 orang (39,47%) dan paling sedikit adalah responden yang berpendidikan sampai perguruan tinggi hanya 3 orang (7,89 %).

c. Jumlah Anak Lahir Hidup Responden

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jumlah Anak Lahir Hidup

No	Jumlah anak lahir hidup	Frekuensi	Persentase
1	Belum mempunyai anak	19	50,00
2	1 (satu) anak	13	34,21
3	2 (dua) anak	6	15,79
Jumlah		38	100,00

Tabel 6 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan jumlah anak lahir hidup responden. Responden terbanyak adalah yang belum mempunyai anak lahir hidup yaitu sebanyak 19 orang (50,00%), dilanjutkan responden yang mempunyai satu anak lahir hidup yaitu 13 orang (34,21 %) dan paling sedikit adalah responden yang mempunyai 2 anak lahir hidup sebanyak 6 orang (15,79 %).

1. Kepemilikan Buku KIA

Tabulasi data kepemilikan buku KIA pada ibu hamil disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Kepemilikan Buku KIA pada Ibu Hamil Kategori

	Frekuensi	Persentase
Memiliki buku KIA	32	84,21
Tidak memiliki buku KIA	6	15,79
Jumlah	38	100,00

Dari tabel 7 diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil memiliki buku KIA yaitu sebanyak 32 orang (84,21 %) dan sisanya tidak memiliki buku KIA yaitu 6 orang (15,79 %).

2. Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Tabulasi data tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Kategori Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Tinggi	15	39,47
Sedang	14	36,84
Rendah	9	23,69
Jumlah	38	100,00

Dari tabel 8 dapat diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil memiliki tingkat pengetahuan tinggi yaitu sebanyak 15 orang (39,47 %).

3. Hubungan Kepemilikan Buku KIA dengan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Untuk mengetahui hubungan kepemilikan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan di kecamatan Ambal, kabupaten Kebumen tahun 2011, maka dilakukan analisis menggunakan statistik uji *chi-square*. Tabulasi hubungan kepemilikan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan di kecamatan Ambal, kabupaten Kebumen tahun 2011 dapat dilihat di tabel 9.

Tabel 9. Hubungan Kepemilikan Buku KIA dengan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan di Kecamatan Ambal, Kabupaten Kebumen Tahun 2011

Kepemilikan Buku KIA	Tingkat Pengetahuan tentang Tanda bahaya Kehamilan						Total	
	Tinggi		Sedang		Rendah		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Memiliki buku KIA	14	36,8	13	34,2	5	13	32	85
Tidak memiliki buku KIA	1	2,64	1	2,6	4	10	6	15
Total	15	39,4	14	36,8	9	23	38	100

Dari tabel 9 dapat diketahui bahwa ibu hamil yang memiliki buku KIA dan mempunyai tingkat pengetahuan tinggi adalah 14 orang (36,84%), sedangkan yang mempunyai tingkat pengetahuan sedang dan rendah masing-masing 13 orang (34,21%) dan 5 orang (13,16%).

Dari tabel tersebut juga dapat diketahui bahwa ibu hamil yang tidak memiliki buku KIA dan mempunyai tingkat pengetahuan tinggi adalah 1 orang (2,63%), sedangkan yang mempunyai tingkat pengetahuan sedang dan rendah masing-masing 1 orang (2,63%) dan 4 orang (10,53%).

Dari hasil analisis dengan uji *chi-square* dengan menggunakan bantuan software komputer, diperoleh nilai signifikansi (p) = 0,442. Dari hasil tersebut diketahui bahwa nilai signifikansi (p) > 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa kepemilikan buku KIA tidak berhubungan dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan.

1. Kepemilikan Buku KIA

Data ibu hamil bulan Januari tahun 2011 terdapat 274 ibu hamil di wilayah kerja puskesmas Ambal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki buku KIA sebanyak 32 orang (84,21%) dan responden yang tidak memiliki buku KIA sebanyak 6 orang (15,79%). Salah satu faktor yang mempengaruhi kepemilikan buku KIA adalah kepedulian terhadap kesehatan, semakin tinggi kepedulian masyarakat terhadap kesehatan, maka akan semakin sering pula memeriksakan kesehatannya ke tenaga kesehatan, juga sebaliknya, rendahnya kepedulian terhadap kesehatan mempengaruhi pemeriksaan ke tenaga kesehatan.

Hal tersebut dapat dilihat dari hasil wawancara yang telah dilakukan. Ibu hamil yang memiliki buku KIA lebih peduli dengan kehamilannya daripada ibu hamil yang tidak memiliki buku KIA. Menurut Sulani (2009) dengan adanya buku KIA, diharapkan dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam mengontrol kesehatan ibu. Penggunaan buku KIA merupakan salah satu strategi pemberdayaan

masyarakat terutama keluarga untuk memelihara kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Jadi, ibu hamil yang memiliki buku KIA akan lebih bisa menjaga dan mengontrol kehamilannya dengan selalu melakukan pemeriksaan ke tenaga kesehatan secara rutin dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki buku KIA, mereka cenderung acuh dengan hal-hal yang bisa membahayakan kehamilannya, karena mereka berpendapat bahwa kehamilan merupakan sesuatu hal yang wajar terjadi, jadi tidak mungkin ada hal yang membahayakan.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi kepemilikan buku KIA adalah kurang terjangkau pelayanan kesehatan di kecamatan Ambal. Menurut Ernoviana (2006) pembangunan kesehatan dengan meningkatkan mutu serta kemudahan pelayanan yang terjangkau diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian, dapat dilihat bahwa masyarakat yang dekat dengan pelayanan kesehatan cenderung sering memeriksakan kesehatannya ke tenaga kesehatan daripada yang jauh dari pelayanan kesehatan. Ada 26 kecamatan di kabupaten Kebumen. Kecamatan Ambal merupakan kecamatan yang paling banyak membawahi desa, yaitu 32 desa. Sehingga semakin besar juga tanggung jawab puskesmas karena besarnya wilayah kerja. Meskipun sudah dibangun puskesmas pembantu, tetapi masih banyak desa, terutama desa pelosok yang belum menjangkau pelayanan kesehatan yang ada.

Dilihat dari letak geografis responden, 4 dari 6 responden yang tidak memiliki buku KIA bertempat tinggal jauh dari pelayanan kesehatan sehingga kurang menjangkau pelayanan kesehatan sedangkan responden yang memiliki buku KIA mempunyai tempat tinggal dekat dengan pelayanan kesehatan dan bisa dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan yang ada.

Selain letak geografis, masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan dan kurangnya kepedulian tenaga kesehatan terhadap kesehatan masyarakat, terutama ibu hamil juga mempengaruhi kepemilikan buku KIA. Di Puskesmas Ambal, penyuluhan tentang pentingnya memiliki buku KIA dan pemanfaatan buku KIA masih sangat rendah, selain itu program puskesmas keliling ke seluruh wilayah kerja puskesmas belum dilaksanakan dengan optimal, masih banyak desa di kecamatan Ambal terutama desa pelosok yang belum pernah tersentuh tenaga kesehatan, sehingga ada ibu hamil yang belum mendapat pelayanan memadai dari tenaga kesehatan. Menurut Ernoviana (2006) buku KIA dapat diperoleh secara gratis melalui puskesmas, rumah sakit umum, puskesmas pembantu, polindes, dokter dan bidan praktik swasta. Oleh karena itu, ibu hamil yang belum pernah mengunjungi pelayanan kesehatan, tidak akan mempunyai buku KIA.

Selain dua faktor di atas, faktor yang mempengaruhi kepemilikan buku KIA adalah rasa keterbukaan dan kepercayaan kepada tenaga kesehatan. Seseorang yang mau terbuka dan percaya kepada tenaga kesehatan akan selalu memeriksakan

kesehatannya, tetapi seseorang yang tertutup dan tidak percaya kepada tenaga kesehatan akan cenderung malu untuk mencurahkan keluhan-keluhan atau masalah tentang kesehatannya, bahkan akan lebih percaya kepada dukun daripada tenaga kesehatan.

Dalam Al-Quran, di surat An-Nahl ayat 43 yang artinya: ”.....*Maka bertanyalah kepada orang yang mempunyai pengetahuan jika kamu tidak mengetahui (An-Nahl ayat 43)*”. Berdasarkan ayat surat tersebut, jika kita tidak mengetahui tentang sesuatu hal, bertanyalah kepada orang yang lebih menguasai tentang pengetahuan tersebut. Dalam hal ini, yaitu mengetahui tentang kesehatan ibu anak dan tanda bahaya kehamilan, orang yang berkompeten dalam pengetahuan tersebut adalah bidan atau dokter spesialis kandungan yang telah menyelesaikan studi belajar dan mendapatkan lisensi dari pemerintah untuk menerapkan ilmu yang telah didapatkan dari belajarnya. Jadi, profesi yang tepat untuk menangani masalah kesehatan ibu anak dan kehamilan, khususnya tentang tanda bahaya kehamilan adalah bidan dan dokter spesialis kandungan, bukan dukun.

Ibu hamil yang memiliki buku KIA menaruh kepercayaan yang besar terhadap tenaga kesehatan, mereka selalu mencurahkan apa yang mereka rasakan selama hamil dan menyerahkan sepenuhnya kepada tenaga kesehatan untuk membantu menanggulangi pemasalahan tersebut. Berbeda halnya dengan ibu hamil yang tidak memiliki buku KIA, mereka lebih terbuka kepada dukun yang notabene orang yang lebih dekat dengan mereka. Mereka merasa malu bahkan tidak percaya dengan tenaga kesehatan, khususnya bidan.

Hal tersebut dapat dilihat dari hasil wawancara yang telah dilakukan. Diperkuat menurut data Kebumen dalam angka 2006, kecamatan Ambal adalah kecamatan dengan jumlah dukun terbanyak dari semua kecamatan di kabupaten Kebumen, yaitu sebanyak 2 orang dukun, hal ini menyebabkan paling tingginya AKI di kecamatan Ambal.

2. Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Dalam Al-Quran, surat Az-Zumar ayat 9 yang Artinya: “.....*Katakanlah: „Adakah sama orang-orang yang mengetahui dengan orang-orang yang tidak mengetahui? Sesungguhnya orang yang berakallah yang dapat menerima pelajaran. (Az-Zumar ayat 9)*”. Menurut Roger (1974) pengetahuan adalah hasil kerja pikir (penalaran) yang mengubah tidak tahu menjadi tahu dan menghilangkan keraguan terhadap suatu perkara. Begitu juga halnya berdasarkan ayat di atas yang menyebutkan bahwa orang yang mempunyai pengetahuan berbeda dengan orang yang tidak memiliki pengetahuan, karena orang yang dapat menerima suatu pelajaran/pengetahuan adalah orang yang berakal dan mempunyai tingkatan lebih tinggi dari orang yang tidak mempunyai pengetahuan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan di kecamatan Ambal sebagian besar kategori tinggi 15 responden (39,47%), dan tingkat pengetahuan dengan kategori rendah sebanyak 9 responden (23,69%). Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pendidikan, hasil penelitian menunjukkan responden sebagian besar berpendidikan SMP (52,63%) dan paling sedikit adalah responden yang mencapai bangku perguruan tinggi, hanya 3 orang (7,89%). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan cenderung rendah.

Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin rendah pula tingkat pengetahuannya. Pengetahuan responden akan berpengaruh pada pola pikir dan daya serap terhadap informasi-informasi sehingga terjadi perubahan perilaku dan sikap responden terhadap pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan. Dengan pola pikir dan perilaku responden, maka tingkat pengetahuan tidak hanya tahu (*know*) yaitu mengingat kembali tetapi mampu untuk memahami (*comprehension*), bahkan sampai pada tingkatan aplikasi (*application*), yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Hal ini menyebabkan semakin efektifnya informasi yang diserap dan dipahami khususnya tentang tanda bahaya kehamilan. Sehingga akan terjadi perubahan perilaku dan sikap responden terhadap tanda bahaya kehamilan dan pengetahuan akan relatif tinggi.

Jadi, responden yang mempunyai tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan tinggi akan mempunyai pola pikir dan sikap berbeda dengan responden yang mempunyai tingkat pengetahuan sedang/rendah. Semakin tinggi tingkat pengetahuan responden khususnya tentang tanda bahaya kehamilan akan semakin baik juga sikap untuk bisa mengaplikasikan pengetahuan yang telah diterima, khususnya dari tenaga kesehatan atau media. Sedangkan responden yang mempunyai tingkat pengetahuan rendah, akan susah untuk menerapkan pengetahuan yang telah mereka terima.

Hubungan sosial juga mempengaruhi tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan karena pengetahuan diperoleh bukan hanya dari lembaga pendidikan formal tetapi dapat juga diperoleh melalui lembaga non-formal seperti media cetak, media elektronik dan dari informasi keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat khususnya tentang tanda bahaya kehamilan yang perlu dideteksi secara dini. Responden yang mempunyai tingkat pengetahuan tinggi mempunyai hubungan sosial yang lebih baik dari responden yang mempunyai tingkat pengetahuan rendah/sedang.

Selain tingkat pendidikan dan sosial, faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan adalah informasi. Ibu hamil yang mempunyai lebih banyak sumber informasi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas, begitu juga sebaliknya, ibu hamil yang tidak memiliki banyak sumber informasi

maka tingkat pengetahuannya semakin rendah. Informasi tentang tanda bahaya kehamilan bisa diperoleh dari buku KIA yang didapatkan jika ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan, selain dari buku KIA, informasi tentang tanda bahaya kehamilan juga bisa diperoleh dari tenaga kesehatan melalui konseling saat melakukan ANC.

Selain faktor-faktor yang telah disebutkan di atas, faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan adalah pengalaman hamil sebelumnya. Sesuatu yang pernah dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informasi. Dari hasil penelitian, responden yang belum mempunyai anak sebanyak 19 orang (50,00%) dan paling rendah adalah ibu hamil yang sudah memiliki dua anak lahir hidup, sebanyak 6 orang (15,79%). Hasil tersebut menunjukkan paling banyak responden yang belum mengalami kehamilan sebelumnya sehingga akan mempengaruhi pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan menjadi relatif rendah.

3. Hubungan Kepemilikan Buku KIA dengan Tingkat Pengetahan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara kepemilikan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan. Hal ini disebabkan karena rendahnya kualitas pelayanan oleh tenaga kesehatan yang menyebabkan semakin rendahnya pemanfaatan buku KIA oleh ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki buku KIA tidak mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu hamil khususnya tentang tanda bahaya kehamilan. Wijaya (2009) mengatakan bahwa buku KIA merupakan alat edukasi karena buku KIA berisi informasi dan materi penyuluhan tentang kesehatan Ibu dan Anak termasuk gizi, yang dapat membantu keluarga khususnya ibu dalam memelihara kesehatan dirinya sejak ibu hamil sampai anaknya berumur 5 tahun.

Menurut teori, ibu hamil yang memiliki buku KIA akan mempunyai tingkat pengetahuan lebih tinggi dari ibu hamil yang tidak mempunyai buku KIA karena ibu hamil memiliki sumber informasi/edukasi khususnya tentang tanda bahaya kehamilan. Tetapi rendahnya penyuluhan tentang pemahaman pentingnya buku KIA dan manfaat buku KIA oleh tenaga kesehatan, menyebabkan buku KIA tidak mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan. Hal tersebut juga disebabkan karena kurangnya pemantauan jumlah ibu hamil oleh tenaga kesehatan, sehingga masih banyak ibu hamil yang tidak memiliki buku KIA bahkan belum mendapat pelayanan kesehatan.

Jika buku KIA dapat dimanfaatkan dengan baik, maka pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan akan semakin tinggi, dengan pengetahuan yang relatif tinggi, akan mempengaruhi pola pikir dan perilaku sampai tingkat aplikasi (*application*), yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari

pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Sehingga akan terjadi perubahan perilaku dan sikap ibu hamil terhadap tanda bahaya kehamilan, dan pengetahuan yang relatif tinggi akan menimbulkan suatu kesadaran untuk melakukan deteksi dini tanda bahaya kehamilan dan akan melakukan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan secara rutin.

Memiliki buku KIA adalah suatu yang penting bagi ibu hamil. Buku KIA bukan hanya sebagai media informasi tentang tanda bahaya kehamilan, tetapi juga sarana komunikasi antar tenaga kesehatan untuk bisa mendeteksi secara dini masalah dalam kehamilan dan bisa cepat dan tepat dalam menangani masalah tersebut. Dengan deteksi secara dini dan penanganan yang cepat dan tepat, maka akan menurunkan tingkat morbiditas dan mortalitas ibu hamil. Sayangnya, banyak ibu hamil yang belum mengetahui tentang kegunaan buku KIA, sehingga buku KIA belum mempunyai pengaruh yang signifikan dalam menurunkan angka mortalitas dan morbiditas ibu hamil.

Penelitian yang dilakukan oleh Herlina (2008) didapatkan hasil adanya hubungan antara tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan dengan keteraturan frekuensi ANC di Puskesmas Ngampilan, Yogyakarta. Sedangkan penelitian ini tidak mempunyai hubungan antara kepemilikan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan. Hal tersebut dikarenakan buku KIA belum dimanfaatkan secara maksimal oleh ibu hamil. Rendahnya kualitas pelayanan oleh tenaga kesehatan, khususnya dibidang konseling tentang buku KIA juga mempengaruhi rendahnya kegunaan buku KIA.

Menurut penelitian Rogers (1974) dalam Notoatmojo (2003) yang menyatakan bahwa sebelum orang menghadapi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses perubahan yang berurutan, yakni :

1. Awareness (kesadaran), di mana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulasi (objek),
2. Interest (merasa tertarik), di mana orang mulai tertarik terhadap stimulus,
3. Evaluation, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus,
4. Trial, di mana orang mau mencoba perilaku baru, dan
5. Adopsi, di mana seseorang sudah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Oleh karena itu, jika hanya memiliki buku KIA tanpa ada pemanfaatan yang maksimal, akan membuat ketidakbergunaan buku KIA tersebut. Dengan meningkatkan kualitas pelayanan khususnya tentang kegunaan buku KIA dan pemahaman untuk memanfaatkan buku KIA, maka kepemilikan buku KIA dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan, sehingga dapat menciptakan kemandirian keluarga dalam menjaga kesehatan ibu dan anak sesuai dengan tujuan buku KIA.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan analisis data dan pembahasan sebelumnya, maka simpulan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kepemilikan buku KIA pada ibu hamil dalam kategori memiliki buku KIA adalah sebesar 84,21 %.
2. Kepemilikan buku KIA pada ibu hamil dalam kategori tidak memiliki buku KIA adalah sebesar 15,79 %.
3. Tingkat pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan sebagian besar dalam kategori tinggi, yaitu sebesar 39,47 %.
4. Tidak terdapat hubungan antara kepemilikan buku KIA dengan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang tanda bahaya kehamilan di kecamatan Ambal, kabupaten Kebumen tahun 2011($p>0,05$).

Saran

Berdasarkan dari simpulan penelitian di atas, maka dapat diberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi tenaga kesehatan
Diharapkan bagi tenaga kesehatan khususnya para bidan untuk meningkatkan pemantauan jumlah ibu hamil agar dapat meratakan pemberian buku KIA, meningkatkan penyuluhan yang bisa dilakukan dengan konseling pada ibu hamil dan lebih meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan khususnya pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan pada ibu hamil dan pentingnya memiliki buku KIA serta pemahaman tentang pemanfaatan buku KIA.
2. Bagi Ibu Hamil
Diharapkan ibu hamil mempunyai buku KIA dan lebih memanfaatkan buku KIA sebagai salah satu media informasi khususnya tentang tanda bahaya kehamilan. Melakukan pemeriksaan secara teratur ke tenaga kesehatan agar kehamilannya dapat terjaga dengan baik, sehingga terhindar dari komplikasi-komplikasi kehamilan. Dengan memiliki buku KIA, ibu hamil bisa menambah pengetahuan tentang kehamilannya, terutama tentang tanda bahaya kehamilan, sehingga ibu bisa lebih siap dalam menjalani kehamilan karena sudah menguasai materi tentang kehamilan.
3. Bagi peneliti selanjutnya
Untuk peneliti yang berminat melakukan penelitian selanjutnya jika menggunakan metode wawancara, hendaknya dilakukan secara lebih mendalam secara personal, juga lebih lengkap dalam mengulas tentang masalah kehamilan dari segi psikologis, budaya, motivasi dan tentang

pemanfaatan buku KIA oleh ibu hamil sehingga didapatkan hasil yang detail dan lengkap.

4. Bagi Dinas Kesehatan

Diharapkan dinas kesehatan dapat menambah program kesehatan ibu dan anak, mencanangkan buku KIA sebagai hal primer yang harus dimiliki oleh semua ibu hamil, dan memotivasi tenaga kesehatan untuk selalu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terutama konseling tentang tanda bahaya kehamilan dan pemahaman pemanfaatan buku KIA.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Quran dan terjemahnya, Semarang : Asy Syifa

Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta.

_____. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta.

Azwar, A. 2003. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.

Depkes RI. 2008. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI dan JICA.

Ernoviana, Mubasysyir Hasanbasri. 2006 . *Pemanfaatan Buku KIA di Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto*. (<http://www.pdfqueen.com>) diakses tanggal 21 April 2010.

Fauzie, M.M. 2009. *Analisa Data dengan Menggunakan SPSS 11.5 for WINDOWS*. Makalah disajikan dalam mata kuliah Biostatistik, STIKes 'Aisyiyah Yogyakarta, Yogyakarta, 8 November 2009.

Herlina. (2008). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Bahaya Kehamilan dengan Keteraturan frekuensi ANC di Puskesmas Ngampilan Yogyakarta Tahun 2008*. KTI (tidak dipublikasikan) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.

Huda, K. dan Slamet, M. 22 April 2010. *Kejar MDGs, Bentuk Pusat Kesehatan dan Desa Siaga*. Seputar Indonesia, halaman 16.

Manuaba, I.B.G. 2003. *Kepanikan Klinik Obstetri*. Jakarta : EGC.

Maryunani, A. dan Yulianingsih. 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan dalam Kebidanan*. Jakarta : Trans Info Media.

Mufdlilah. 2009. *ANC Fokus*. Yogyakarta : Nuha Medika.

- Muryati. (2004). *Tingkat Pengetahuan Ibu hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan di Puskesmas Sentolo II Kabupaten Kulon Progo*. KTI. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Notoatmojo, S. 2002. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- _____. 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- _____. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Pusdiknakes. 2003. *Asuhan Antenatal*. Jakarta : WHO-JHPIEGO.
- WHO. 2003. *Paket Ibu dan Bayi*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Wicakyosastro. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Wijaya, A.M. 2009. *Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. (<http://infodokterku.com>) diakses tanggal 21 April 2010.
- Rejeki, S. (2007). *Tingkat Pengetahuan Ibu hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan di Puskesmas Sentolo II Kabupaten Kulon Progo*. KTI. tidak dipublikasikan. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Sugiyono. 2004. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- _____. 2007. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Sulani, F. 2009. *Buku KIA sebagai alat integrasi kesehatan Ibu dan Anak*. (<http://depkesri.co.id>) diakses tanggal 21 April 2010.
- Sulistyaningsih. 2010. *Buku Ajar & Panduan Praktikum Metodologi Kebidanan*. Yogyakarta : Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta.

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETAJAMAN PENGLIHATAN TENAGA KERJA PT. HYUP SUNG PURBALINGGA

Nur Ulfah¹, Ngadiman², Siti Harwanti³

Jurusan Kesehatan Masyarakat

email fahri_raihan@yahoo.com

Abstrak

Salah satu aspek yang harus menjadi perhatian pengusaha adalah kenyamanan bekerja bagi tenaga kerja saat melaksanakan pekerjaannya. Kenyamanan yang dimaksud di sini adalah kenyamanan posisi kerja, kenyamanan suhu, kenyamanan visual, dan kenyamanan audio. Apabila kenyamanan dari visual dapat diperoleh pada suatu ruangan, maka objek yang harus dilihat atau dalam bidang pencahayaan dikenal dengan istilah tugas visual, akan terlihat dengan jelas tanpa mata harus bekerja keras, sehingga tenaga kerja dapat melaksanakan tugas visualnya dengan baik selama waktu kerjanya.

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan ketajaman penglihatan. Adapun tujuan khususnya untuk mengetahui hubungan antara usia, masa kerja, intensitas pencahayaan, kelelahan, status gizi dengan ketajaman penglihatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan ketajaman penglihatan adalah usia, masa kerja dan intensitas pencahayaan (masing-masing nilai $p = 0,000$). Sedangkan variabel yang tidak berhubungan dengan ketajaman penglihatan adalah kelelahan kerja ($p = 0,193$) dan status gizi ($p = 0,594$).

Saran untuk perusahaan adalah perlu adanya penambahan penerangan agar memenuhi standar minimal di tempat kerja bagian *Knitting*, perlunya pemberian asuransi kesehatan untuk pemeliharaan kesehatan matanya terutama yang sudah tua agar efisiensi penglihatannya tidak terus menurun dan perlu diadakan sistem rotasi tenaga kerja yang telah mengalami penurunan ketajaman penglihatan dari bagian *Knitting* ke bagian lain.

Kata kunci : ketajaman penglihatan, tenaga kerja, *knitting*

PENDAHULUAN

Tujuan pembangunan kesehatan adalah terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sasaran yang akan dicapai adalah meningkatnya kemandirian masyarakat untuk memelihara dan memperbaiki keadaan kesehatannya, meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien serta terciptanya lingkungan fisik dan sosial yang sehat. Diharapkan tahun 2010 bangsa Indonesia akan mencapai derajat kesehatan yang tinggi, ditandai dengan penduduk hidup dalam lingkungan yang sehat, mempraktekkan hidup bersih dan sehat serta mampu menyediakan dan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga masalah-masalah kesehatan masyarakat dapat diatasi.

Undang-Undang RI No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan pasal 23 menyatakan bahwa kesehatan kerja diselenggarakan untuk mewujudkan produktivitas kerja yang optimal; kesehatan kerja meliputi pelayanan kesehatan kerja, pencegahan penyakit akibat kerja dan syarat kesehatan kerja; setiap tempat kerja wajib menyelenggarakan kesehatan kerja. Ketetapan ini harus dijalankan oleh sektor formal maupun informal.

Di era globalisasi yang ditandai dengan makin ketatnya persaingan usaha, kebanyakan pengusaha hanya menitikberatkan perhatian pada upaya-upaya untuk mengatasi masalah permodalan, manajemen, dan pemasaran (Manuaba, 1983). Sedangkan yang sering tidak diperhatikan bahkan dilupakan adalah masalah kondisi dan lingkungan kerja. Hal ini disebabkan oleh masih banyaknya pengusaha yang menganggap masalah ketenagakerjaan itu tidak penting karena akan dapat mencari tenaga kerja baru apabila ada tenaga kerja yang ke luar.

Salah satu aspek yang harus menjadi perhatian pengusaha adalah kenyamanan bekerja bagi tenaga kerja saat melaksanakan pekerjaannya. Kenyamanan yang dimaksud di sini adalah kenyamanan posisi kerja, kenyamanan suhu, kenyamanan visual, dan kenyamanan audio. Apabila kenyamanan dari visual dapat diperoleh pada suatu bangunan, maka objek yang harus dilihat atau dalam bidang pencahayaan dikenal dengan istilah tugas visual, akan terlihat dengan jelas tanpa mata harus bekerja keras, sehingga tenaga kerja dapat melaksanakan tugas visualnya dengan baik selama waktu kerjanya. Kenyamanan dari visual ditentukan oleh kinerja sistem pencahayaan yang ada, antara lain apakah sistem pencahayaan tersebut memberikan tingkat pencahayaan yang cukup, tidak menyilaukan dan dapat menampilkan warna asli tugas visualnya (Atmodipoero, 2000).

Aspek kesehatan kerja meliputi segala upaya untuk mencegah Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan penyakit lainnya pada tenaga kerja. Hal ini bertujuan agar tenaga kerja ditempatkan pada pekerjaan yang sesuai dengan kemampuan fisik dan kondisi mentalnya sehingga diharapkan tenaga kerja berada dalam keadaan sehat dan produktif selama masa kerjanya. Tenaga kerja tidak saja diharapkan sehat dan produktif selama masa kerjanya tetapi juga sesudahnya sehingga tenaga kerja dapat menjalani hari tuanya tanpa diganggu oleh berbagai penyakit dan gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh pekerjaan maupun lingkungan kerjanya.

Penelitian Amrita (2000) menunjukkan adanya pengaruh pencahayaan terhadap ketajaman penglihatan yang berkaitan dengan kecepatan dan ketelitian tenaga kerja bagian pengelasan di industri kecil Tabanan, Bali. Penelitian tersebut juga membuktikan bahwa pencahayaan yang tidak baik akan menyebabkan tenaga kerja melakukan pekerjaannya dengan cepat tetapi kurang memperhatikan hasil karyanya. Penelitian Atmodipoero (2000) menunjukkan bahwa sistem pencahayaan menunjang kinerja manusia dalam bekerja.

Ketajaman penglihatan didefinisikan sebagai kemampuan mata untuk dapat melihat suatu objek secara jelas dan sangat tergantung pada kemampuan akomodasi mata. Ketajaman penglihatan dipengaruhi oleh perubahan kecepatan sudut target, vibrasi, *luminance*, kontras, *tracking* gerakan kepala dan mata, waktu reaksi, faktor belajar dan kelelahan (Wijaya dan Sakundarini, 2000). Penurunan ketajaman penglihatan dapat terjadi karena pertambahan umur. Penurunan ketajaman penglihatan sering diikuti oleh penurunan kinerja manusia dalam menangani tugas yang dibebankan dan meningkatkan risiko terjadinya kecelakaan kerja.

Mata merupakan indra yang berperan penting dalam segala aktivitas manusia. Mata dikatakan sehat apabila fungsinya sempurna sebagai indra penglihatan. Keluhan dan gangguan pada mata dapat terjadi karena faktor lingkungan, kebiasaan maupun karena tenaga kerjanya sendiri. Pada pekerjaan yang membutuhkan ketelitian tinggi atau pekerjaan dengan benda-benda yang berukuran kecil dan halus, mata sering dipaksa untuk fokus terhadap objek. Hal ini dapat terlihat pada bagian *knitting* yang memerlukan ketelitian yang tinggi dengan toleransi ukuran mencapai 0,2- 0,3 mm. Karena pekerjaan sangat teliti, sehingga tingkat pencahayaan pada tempat kerja idealnya adalah 500-1000 lux. Sesuai Peraturan Menteri Perburuhan No. 7 tahun 1964 tentang syarat-syarat kesehatan, kebersihan, dan penerangan pada tempat kerja (Yandri, 1999).

Bulu mata palsu merupakan salah satu produk yang dihasilkan PT. Hyup Sung Purbalingga. Proses produksi yang terdapat di perusahaan ini adalah sebagai berikut: 1) *Knitting* yaitu proses penataan bulu mata pada pola yang telah disediakan; 2) Obat yaitu proses memberikan pewarnaan pada bulu mata dan merekatkan bulu mata pada tangkainya; 3) Setrika yaitu membuat bulu mata menjadi kaku; 4) Gulung yaitu proses membuat bulu mata menjadi lentik; 5) Perapian yaitu proses merapikan bulu mata yang telah dibentuk dengan menggunakan gunting; 6) Oven yaitu proses pemanasan dengan tujuan agar bulu mata palsu tetap terjaga kelentikannya; 7) *Cashing* yaitu meletakkan bulu mata pada tempatnya; 8) *Packaging* yaitu meletakkan *cashing* yang berisi bulu mata ke dalam suatu wadah yang lebih besar untuk didistribusikan.

Observasi awal menunjukkan adanya beberapa faktor lingkungan kerja di PT. Hyup Sung yang berpengaruh pada kesehatan tenaga kerja antara lain adalah faktor fisik, kimia dan ergonomi. Hal ini dapat dilihat pada tiap tahapan proses produksi. Faktor fisik yang berpengaruh pada kesehatan tenaga kerja dapat diidentifikasi antara lain pada bagian *knitting* berupa intensitas pencahayaan yang lebih rendah dari 300 lux. Suhu yang ada di bagian *knitting* tergolong panas karena banyak tenaga kerja yang mengeluarkan keringat selama bekerja. Hal ini kemungkinan disebabkan karena luas ruangan yang kurang lebih 240 m² dihuni oleh 156 tenaga kerja. Di samping itu jumlah ventilasi yang terbatas juga mempengaruhi suhu ruangan bagian *knitting*.

Kondisi ini akan menyebabkan konsentrasi tenaga kerja menurun. Panas yang dikeluarkan pada saat proses setrika, gulung, dan oven dapat berisiko menimbulkan kelelahan. Posisi kerja yang tidak ergonomi, di mana tenaga kerja melakukan pekerjaan *knitting* dengan cara membungkukkan punggung dan leher ke arah depan secara terus-menerus. Faktor kimia yang berisiko menimbulkan penyakit akibat kerja berupa bahan kimia untuk perekat dan pewarna pada proses obat. Pada observasi awal ini ditemukan juga permasalahan kesehatan tenaga kerja sebagai berikut: (a) banyak tenaga kerja mengeluh mata kabur, sakit kepala, dan perhatian terganggu, (b) beberapa tenaga kerja mengalami kelainan pada matanya yaitu mata merah, (c) keluhan sakit pinggang, sakit leher, sakit bahu, dan kesemutan.

Intensitas pencahayaan yang buruk merupakan salah satu faktor fisik lingkungan kerja yang dapat menurunkan ketajaman penglihatan. Ketajaman penglihatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain sebagai berikut: 1) ukuran objek/benda; 2) luminansi (*brightness*) adalah tingkat terangnya lapangan penglihatan yang tergantung dari pencahayaan dan pemantulan objek/permukaan; 3) waktu pengamatan/lamanya melihat; 4) derajat kontras adalah perbedaan derajat terang antara objek dan sekelilingnya (Heru dan Haryono, 2007). Di samping itu, ketajaman penglihatan juga dipengaruhi oleh kondisi fisik tenaga kerja. Kelelahan fisik akibat anemia dan kondisi kurang gizi dapat menurunkan daya tahan tubuh dan kemampuan melihat tenaga kerja. Berdasarkan pengamatan di lapangan, pola makan tenaga kerja tiga kali dalam sehari, yang biasa mengonsumsi daging, tahu dan tempe. Kegiatan *knitting* yang dilakukan tenaga kerja termasuk kategori kerja sangat ringan karena sepenuh waktu kerjanya dilakukan dengan posisi duduk (Suharno, 1993).

Perusahaan Hyup Sung merupakan salah satu dari dua belas perusahaan bulu mata palsu di Purbalingga yang mempekerjakan tenaga kerja wanita di lingkungannya untuk membuat *knitting* bulu mata palsu yang kemudian dilakukan proses lebih lanjut. Proses *knitting* adalah kegiatan yang membutuhkan ketelitian tinggi, karena pekerjaan ini berkaitan dengan pengerjaan bentuk dasar bulu mata yang disesuaikan dengan pola yang ada sehingga mata berusaha untuk selalu melakukan akomodasi secara kuat dan fokus terhadap objek.

Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Provinsi Jawa Tengah bekerjasama dengan Balai Pengembangan Keselamatan Kerja dan Hiperkes Semarang serta Dinas Kependudukan dan Tenaga Kerja (Disdukaker) Purbalingga tahun 2003 melakukan pemeriksaan kesehatan mata pada 274 tenaga kerja pabrik rambut sebagai sampel dari lima perusahaan dan semua tenaga kerja itu perempuan. Setelah diperiksa, ketajaman penglihatan 180 orang atau 66% diketahui terganggu. Gangguan berupa penurunan ketajaman penglihatan mata kiri, mata kanan, maupun keduanya. Adapun tenaga kerja yang dinyatakan sehat 94 orang atau 34%.

Penelitian yang dilakukan oleh Harwanti dkk (2009) pada tenaga kerja *outsourcing* menunjukkan bahwa ada hubungan antara kelelahan kerja dengan ketajaman penglihatan mata kanan tenaga kerja *outsourcing* bulu mata palsu ($p = 0,007$).

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti ingin melakukan penelitian untuk mengetahui lebih jauh faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan penurunan ketajaman penglihatan pada tenaga kerja PT. Hyup Sung Purbalingga.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis survei analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Menurut Pratiknya (2007) penelitian *cross-sectional* adalah penelitian non eksperimen dalam rangka mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek yang berupa penyakit atau kesehatan tertentu dengan model pendekatan *point time*. Variabel-variabel yang termasuk faktor risiko dan variabel yang termasuk efek diobservasi sekaligus pada saat yang sama.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua tenaga kerja *outsourcing* PT. Hyup Sung yang bekerja di bagian *knitting*. Populasi ini berjumlah 85 tenaga kerja. Sampel dalam penelitian ini semua total populasi yang berjumlah 85 orang.

Analisis data digunakan untuk menguji hipotesis penelitian dengan menggunakan program statistik *SPSS 10.0 for Windows* terdiri dari: 1. Analisis deskriptif untuk memberi gambaran dan keadaan masing-masing variabel penelitian, 2. Analisis korelasi untuk menguji hubungan antara variabel masa kerja, usia, intensitas pencahayaan, jarak pandang, kelelahan kerja, status gizi dengan ketajaman penglihatan. Hasil perhitungannya diajukan kriteria hipotesis, jika $p > 0,05$: tidak ada hubungan yang signifikan (H_0 diterima). Data yang diperoleh dari hasil penelitian terlebih dahulu dilakukan uji asumsi data dengan menggunakan uji kesesuaian *Kolmogorov Smirnov* untuk memenuhi syarat analisis korelasi yang meliputi uji normalitas sebaran data dan linearitas hubungan. Uji ini beranggapan bahwa distribusi variabel yang sedang diuji bersifat kontinu dan sesuai dengan distribusi teoritis tertentu. Hasil perhitungannya diajukan kriteria hipotesis: untuk uji normalitas sebaran data, jika $p > 0,05$ berarti sebaran data adalah normal. Untuk uji linearitas hubungan, jika $p < 0,05$ berarti hubungannya linear.

Analisis korelasi yang digunakan adalah analisis korelasi *product moment*. Analisis ini dipilih karena sumber data kedua variabel yang akan dikonversikan berasal dari sumber yang sama dan skala datanya adalah rasio (Sugiyono, 2007). Hasil perhitungan diajukan kriteria hipotesis, jika $p > 0,05$ berarti tidak ada korelasi.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

1. Usia

Responden dalam penelitian ini adalah sampel penelitian yang didapatkan dari kriteria inklusi. Berdasarkan kriteria inklusi diperoleh 85 responden dari 154 populasi dan semuanya berjenis kelamin wanita. Karakteristik responden ini dibedakan menurut usia, masa kerja, dan pendidikan. Gambaran mengenai karakteristik responden ini dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Usia

Usia (Tahun)	N	%	Nilai Minimum	Nilai Maksimum	Rerata (Mean)	SD
18 - 25	21	24,71	19	40	30,74	6,1
26 - 33	33	38,82				
34 - 40	31	36,47				
Jumlah	85	100				

Dari Tabel 1 di atas dapat diketahui bahwa mayoritas responden berusia antara 26 - 33 tahun, dengan rerata usia responden 30,74 tahun. Usia responden tertua 40 tahun dan termuda 19 tahun. Faktor usia akan berpengaruh terhadap kekuatan fisik dan psikis seseorang serta pada usia-usia tertentu seseorang akan mengalami perubahan prestasi kerja yang dapat mempengaruhi faktor fisiologis, mengalami kemunduran dalam berbagai kemampuan seperti kemampuan visual, berfikir, mengingat dan mendengar, serta adanya penurunan kemampuan dalam beradaptasi sehubungan dengan adanya penurunan fungsi organ (Setyawati, 1994).

Ketajaman penglihatan berkurang menurut bertambahnya usia. Pada tenaga kerja berusia lebih dari 40 tahun, visus jarang ditemukan 6/6, melainkan berkurang. Oleh karena itu kontras dan ukuran benda perlu lebih besar untuk melihat dengan ketajaman yang sama (Suma'mur, 1992). Menurut Sherwood (1996) bahwa penurunan kemampuan akomodasi yang berkaitan dengan usia disebut presbiop. Presbiop timbul mulai umur kira-kira 40 tahun.

2. Masa Kerja

Responden dalam penelitian ini dapat dikelompokkan berdasarkan masa kerja sebagai berikut :

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Masa Kerja

Masa Kerja (Tahun)	N	%	Nilai Minimum	Nilai Maksimum	Rerata (Mean)	SD
1 – 5	19	22,35	1	11	6,4	2,62
5 – 10	62	72,94				
> 10	4	4,71				
Jumlah	85	100				

Berdasarkan distribusi masa kerja mayoritas responden memiliki masa kerja antara 5 – 10 tahun, dengan rerata masa kerja 6,4 tahun. Masa kerja responden paling sedikit 1 tahun dan paling lama 11 tahun.

3. Tingkat Pendidikan

Responden dalam penelitian ini dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat pendidikan sebagai berikut :

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

Pendidikan	N	%
Tamat SD	20	23,53
Tamat SLTP	28	32,94
Tamat SLTA	35	41,18
Tamat Perguruan Tinggi	2	2,35
Jumlah	85	100

Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa tingkat pendidikan 85 responden bervariasi dari tingkat pendidikan Sekolah Dasar hingga Perguruan Tinggi dan mayoritas pendidikan responden adalah SLTA sebanyak 35 orang (41,18%). Kategori pendidikan ini berdasarkan pendidikan formal yang telah selesai ditempuh oleh responden pada saat penelitian ini berlangsung.

4. Status Gizi

Responden dalam penelitian ini dapat dikelompokkan berdasarkan status gizi sebagai berikut :

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Status Gizi

Status Gizi	IMT	N	%
Gizi kurang	0-18,5	19	22,35
Gizi normal	>18,5-25	44	51,76
Gizi lebih	>25	22	25,88
Jumlah		85	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berstatus gizi normal dengan IMT 18,5-25,0 sebanyak 44 orang (51,76%). Sedangkan responden yang berstatus gizi kurang sebanyak 19 orang dan gizi lebih sebanyak 22 orang (25,88%).

B. Hasil Analisis Univariat

1. Intensitas Pencahayaan

Distribusi pencahayaan yang terdapat di bagian *knitting* PT. Hyup Sung adalah sebagai berikut.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Pencahayaan di Bagian *Knitting*

Jenis Pencahayaan	N (Jumlah titik pengambilan)	Nilai Minimum	Nilai Maximum	Rerata (mean)	SD
Pencahayaan lokal	85	150	295	220	42,944

Hasil deskriptif data variabel intensitas pencahayaan didapat rata-rata intensitas pencahayaan lokal di bagian *knitting* sebesar 220 *lux*. Pencahayaan tertinggi 295 *lux* dan terendah 150 *lux*. Syarat pencahayaan minimal di tempat kerja untuk pengerjaan bulu mata palsu sesuai dengan Peraturan Menteri Perburuhan No. 7 Tahun 1964 tentang Syarat-syarat Kesehatan, Kebersihan, serta Penerangan dalam Tempat Kerja adalah 500 – 1000 *lux*.

Hasil perhitungan menunjukkan $220 \text{ lux} < 500 \text{ lux}$ berarti tingkat pencahayaan yang diterima oleh tenaga kerja belum memenuhi syarat pencahayaan minimal di tempat kerja sesuai dengan Peraturan Menteri Perburuhan No. 7 Tahun 1964 tentang Syarat-syarat Kesehatan, Kebersihan, serta Penerangan dalam Tempat

Kerja. Tingkat pencahayaan yang belum memenuhi syarat ini, menurut pengakuan responden mempengaruhi ketajaman penglihatan mereka dan mengurangi produktivitas bulu mata yang dihasilkan.

Hal ini sesuai dengan penelitian Amrita (2000) pada industri kecil pengelasan di Denbantas, Tabanan, yang tingkat pencahayaan di tempat kerja bagian pengelasan hanya 56 *lux* akan mempengaruhi kecepatan dan ketelitian dalam bekerja.

2. Kelelahan Kerja

Kelelahan kerja di PT. Hyup Sung dianalisis secara numerik sebagai berikut.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Kelelahan Kerja di PT. Hyup Sung Purbalingga

Jenis Pencahayaan	N (Jumlah titik pengambilan)	Nilai Minimum	Nilai Maximum	Rerata (mean)	SD
Kelelahan kerja	85	45	156	71,29	22,57

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa rata-rata kelelahan kerja adalah 71,29, dengan standar deviasi 22,57. Kelelahan kerja minimum 45 dan maximum 156.

C. Hasil Analisis Bivariat

1. Hubungan antara usia dengan ketajaman penglihatan

Untuk melihat hubungan antara usia dengan ketajaman penglihatan dilakukan dengan uji korelasi *Pearson product moment*, diperoleh gambaran hasil seperti pada tabel berikut ini:

Tabel 7. Hasil analisis korelasi antara usia dengan ketajaman penglihatan

Variabel	p	r	Taraf Signifikan
Usia dengan ketajaman penglihatan	0,000	-0,370	Signifikan

Hasil analisis uji statistik dengan korelasi *Pearson product moment* untuk mengetahui hubungan usia dengan ketajaman penglihatan, terbukti signifikan dengan nilai $p = 0,000 < 0,05$. Artinya bahwa ketajaman penglihatan seseorang ada hubungannya dengan status usianya.

Hal ini sesuai dengan pernyataan dari *American Academy of Ophthalmology* bahwa sindrom *dry eye* terbanyak ditemukan pada perempuan dengan usia rata-rata antara 50-70 tahun. Teori yang sering diajukan adalah teori hormonal. Defisiensi hormon androgen merupakan salah satu faktor risiko dalam patogenesis *dry eye*. Pada kelompok usia 40-50 tahun keluhan *dry eye* meningkat, hal ini karena pada

kelompok usia tersebut terjadi perubahan kemampuan akomodasi mata (Roestijawati, 2007).

Menurut Ilyas (2004) salah satu faktor yang mempengaruhi ketajaman penglihatan adalah faktor usia. Ketajaman penglihatan berkurang menurut bertambahnya usia. Tenaga kerja yang berusia lebih dari 40 tahun jarang ditemukan *visus* 6/6, melainkan berkurang sehingga kontras dan ukuran benda perlu lebih besar untuk melihat dengan ketajaman yang sama. Bertambahnya umur mengakibatkan lensa bertambah besar dan lebih pipih, berwarna kekuningan dan menjadi lebih keras. Kondisi seperti ini mengakibatkan lensa kehilangan kekenyalan dan kapasitas untuk melengkung juga berkurang. Bertambahnya umur juga mengakibatkan titik-titik dekat menjauhi mata, sedangkan titik jauh pada umumnya tetap saja.

2. Hasil Analisis Hubungan antara Masa Kerja dengan Ketajaman Penglihatan

Hasil analisis *Pearson product moment* hubungan antara masa kerja dengan ketajaman penglihatan tenaga kerja bulu mata palsu, diperoleh data seperti pada Tabel 8.

Tabel 8. Hasil analisis korelasi antara masa kerja dengan ketajaman penglihatan

Variabel	p	r	Taraf Signifikan
Masa kerja dengan ketajaman penglihatan	0,000	- 0,965	Signifikan

Hasil analisis uji statistik dengan korelasi *Pearson product moment* untuk mengetahui hubungan masa kerja dengan ketajaman penglihatan, terbukti secara signifikan dengan ($p = 0,000$) $< 0,05$. Artinya bahwa ketajaman penglihatan seseorang ada hubungannya dengan masa kerjanya dengan keeratan hubungan sebesar $r = -0,965$ yang berarti bahwa semakin lama masa kerja seseorang maka semakin rendah ketajaman penglihatannya.

Selain intensitas penerangan, Siswanto (2000) juga menyatakan bahwa untuk pekerjaan yang membutuhkan ketelitian (*precision work*), ketajaman penglihatan dipengaruhi pula oleh faktor-faktor berikut: (1) distribusi luminansi dalam lapangan penglihatan; (2) ukuran objek yang diamati; (3) kontras antara objek dan sekitarnya; (4) lamanya pengamatan; (5) usia; dan (6) warna serta bahan/material dari objek yang akan menentukan luminansi dari objek tersebut.

Rata-rata masa kerja tenaga kerja adalah 6,4 tahun. Masa kerja yang paling lama adalah 11 tahun, sedangkan masa kerja yang paling sedikit adalah 1 tahun. Berdasarkan hasil penelitian, tenaga kerja dengan masa kerja 11 tahun ini memiliki ketajaman penglihatan sebesar 6/61, yang berarti bahwa tenaga kerja dapat melihat

huruf pada kartu *Snellen* pada jarak 6 meter yang sebenarnya huruf tersebut dapat dibaca oleh orang normal pada jarak 61 meter. Sementara itu tenaga kerja dengan masa kerja 1 tahun memiliki ketajaman penglihatan sebesar 6/6 (mata normal) yang berarti bahwa tenaga kerja dapat melihat huruf pada kartu *Snellen* pada jarak 6 meter yang sebenarnya huruf tersebut dapat dibaca oleh orang normal pada jarak 6 meter. Perbedaan yang mencolok ini dapat membuktikan apabila masa kerja dapat mempengaruhi ketajaman mata seseorang. Semakin lama masa kerjanya maka semakin rendah ketajaman penglihatannya.

Susila (2000) menyatakan bahwa penurunan ketajaman mata dapat terjadi pada seseorang yang mengadakan pengamatan pada objek berukuran kecil dan pada jarak dekat serta dalam waktu yang lama.

3. Hasil Analisis Hubungan antara Intensitas Pencahayaan dengan Ketajaman Penglihatan

Hasil analisis *Pearson product moment* hubungan antara Intensitas pencahayaan dengan ketajaman penglihatan tenaga kerja bulu mata palsu, diperoleh data seperti pada Tabel 9.

Tabel 9. Hasil analisis korelasi antara intensitas pencahayaan dengan ketajaman penglihatan

Variabel		P	r	Taraf Signifikan
Intensitas dengan penglihatan	pencahayaan ketajaman	0,000	0,982	Sangat signifikan,

Hasil analisis uji statistik dengan korelasi *Pearson product moment* untuk mengetahui hubungan Intensitas pencahayaan dengan ketajaman penglihatan, terbukti sangat signifikan dengan $p = 0,000 < 0,05$. Artinya bahwa ketajaman penglihatan seseorang ada hubungannya dengan intensitas pencahayaan dengan keeratan hubungan sebesar $r = 0,982$ yang berarti bahwa semakin tinggi intensitas pencahayaan maka semakin tinggi pula ketajaman penglihatannya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Niti (2000) yang menemukan bahwa faktor intensitas cahaya dan sikap kerja menunjukkan kecenderungan hubungan untuk menimbulkan kejadian miopia pada tenaga kerja.

Menurut *Australian Government Publishing Service* (1994) fungsi sistem pencahayaan pada suatu lingkungan kerja dapat dibedakan menjadi dua bagian, yaitu fungsi utama dan fungsi sekunder. Fungsi utama sistem pencahayaan adalah: (1) menyediakan lingkungan yang aman, yaitu tenaga kerja dapat bergerak di dalam dan mengenal lingkungan kerjanya dengan aman. Tenaga kerja dapat bergerak di sekitar

tempat kerjanya dengan bebas dan dapat mengambil keputusan berdasarkan informasi visualnya dengan cepat; (2) Memungkinkan melaksanakan tugas visual dengan mudah, yaitu kemampuan melaksanakan tugas visual tergantung pada kualitas dan kuantitas cahaya yang diarahkan pada tugas visual tersebut, daerah di sekitar tugas visual, dan permukaan sekelilingnya. Tenaga kerja harus dapat melaksanakan tugas visualnya untuk periode waktu yang lama dan dapat melihat objek secara jelas dengan mudah; dan (3) Menyediakan lingkungan visual yang nyaman dan menyenangkan. Banyak hal yang mempengaruhi dalam rangka memperoleh lingkungan visual yang nyaman dan menyenangkan. Hal-hal tersebut antara lain adalah menghindari variasi iluminasi yang berlebihan, tidak adanya silau langsung dari lampu dan atau *armatur*, penggunaan warna permukaan interior utama yang sesuai dan penggunaan lampu dengan karakteristik yang sesuai. Fungsi sekunder sistem pencahayaan adalah hal-hal yang harus dicapai oleh fungsi utama tersebut di atas, yaitu sistem pencahayaan ini harus seefisien mungkin serta mudah dalam pembersihan dan pemeliharannya.

Suma'mur (1984) menyatakan penerangan yang baik memungkinkan tenaga kerja melihat objek-objek yang dikerjakan secara jelas, cepat dan tanpa upaya-upaya yang berlebihan. Lebih dari itu, pencahayaan yang memadai memberikan kesan pemandangan yang baik dan keadaan lingkungan yang nyaman.

4. Hubungan kelelahan kerja dengan ketajaman penglihatan

Untuk melihat hubungan antara kelelahan kerja dengan ketajaman penglihatan dilakukan dengan uji korelasi *Pearson product moment* diperoleh gambaran hasil seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 10. Hasil analisis korelasi antara kelelahan kerja dengan ketajaman penglihatan

Variabel	p	r	Taraf Signifikan
Kelelahan kerja dengan ketajaman penglihatan	0,193	-0,143	Tidak Signifikan

Hasil analisis uji statistik dengan korelasi *Pearson product moment* untuk mengetahui hubungan kelelahan kerja dengan ketajaman penglihatan, terbukti tidak signifikan dengan $p = 0,193 > 0,05$. Artinya bahwa ketajaman penglihatan seseorang tidak ada hubungannya dengan kelelahan kerjanya.

Kelelahan kerja adalah suatu kondisi yang sering dialami oleh tenaga kerja setelah melakukan suatu aktivitas. Kelelahan kerja akan menurunkan kondisi fisik seseorang secara umum antara lain mudah lelah saat bekerja, penurunan daya akomodasi yang berakibat pada penurunan ketajaman penglihatan, penurunan kinerja

dan lain-lain (Nurmianto, 1996). Akan tetapi dalam penelitian ini tidak terdapat hubungan antara kelelahan kerja dengan ketajaman penglihatan. Hal ini dikarenakan tingkat kelelahannya sebagian besar masih ringan sampai sedang.

Pengukuran dilakukan pada saat istirahat, di mana istirahat berlangsung selama 1 jam. Mereka bercerita apabila sudah waktunya istirahat, perasaan lelahnya tiba-tiba hilang. Perasaan lelah muncul hanya pada saat ada kerja lembur. Sedangkan waktu penelitian para tenaga kerja tidak lembur dan hanya 8 jam kerja sehari.

Berdasarkan wawancara, mereka bercerita pekerjaan yang mereka lakukan jauh lebih ringan daripada masih menjadi ibu rumah tangga, sehingga perasaan lelahnya hampir tidak pernah dirasakan. Di samping itu, pekerjaan dilakukan dengan posisi duduk dan antar tenaga kerja masih diperbolehkan untuk bercakap-cakap dengan rekan kerjanya sehingga hal ini juga dapat mengurangi tingkat kelelahannya.

5. Hubungan status gizi dengan ketajaman penglihatan

Untuk melihat Hubungan antara status gizi dengan ketajaman penglihatan dilakukan dengan uji korelasi *Pearson product moment*, diperoleh gambaran hasil seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 11. Hasil analisis korelasi antara status gizi dengan ketajaman penglihatan

Variabel	p	r	Taraf Signifikan
Status gizi dengan ketajaman penglihatan	0,594	-0,059	tidak signifikan,

Hasil analisis uji statistik dengan korelasi *Pearson product moment* untuk mengetahui hubungan status gizi dengan ketajaman penglihatan, terbukti tidak signifikan dengan $p = 0,594 > 0,05$. Artinya bahwa ketajaman penglihatan seseorang tidak ada hubungannya dengan status gizinya.

Status gizi normal dengan IMT 18,5-25 sebanyak 44 orang (51,76%). Sedangkan responden yang berstatus gizi kurang sebanyak 19 orang dan gizi lebih sebanyak 22 orang (25,88%). Menurut Sutrisna dkk. (2008) beberapa penyebab terjadinya kekurangan tajam penglihatan antara lain kekurangan asupan gizi dan kekurangan vitamin A.

Berdasarkan hasil analisis bivariat bahwa status gizi tidak ada hubungannya dengan ketajaman penglihatan. Hal ini dikarenakan 100% tenaga kerja mengalami penurunan ketajaman penglihatan akan tetapi 50% lebih responden berstatus gizi normal.

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan antara masa kerja, intensitas pencahayaan dan ketajaman penglihatan tenaga kerja di PT. Hyup Sung Indonesia dapat disimpulkan sebagai berikut.

1. Intensitas pencahayaan yang diterima oleh tenaga kerja bagian *knitting* (220 *lux*) belum memenuhi syarat intensitas pencahayaan minimal di tempat kerja (500 – 1000 *lux*).
2. Ada hubungan antara usia dengan ketajaman penglihatan tenaga kerja bulu mata palsu dengan nilai $p = 0,000$.
3. Ada hubungan antara masa kerja dengan ketajaman penglihatan tenaga kerja bulu mata palsu dengan nilai $p = 0,000$.
4. Ada hubungan antara intensitas pencahayaan dengan ketajaman penglihatan tenaga kerja bulu mata palsu dengan nilai $p = 0,000$.
5. Tidak ada hubungan antara kelelahan kerja dengan ketajaman penglihatan tenaga kerja bulu mata palsu dengan nilai $p = 0,193$.
6. Tidak ada hubungan antara status gizi dengan ketajaman penglihatan tenaga kerja bulu mata palsu dengan nilai $p = 0,594$.

B. Saran

Berdasarkan simpulan di atas, peneliti menyarankan :

1. Perlu adanya penambahan penerangan agar memenuhi standar minimal di tempat kerja bagian *Knitting*.
2. Perlunya pemberian asuransi kesehatan untuk pemeliharaan kesehatan matanya terutama yang sudah tua agar efisiensi penglihatannya tidak terus menurun.
3. Perlu diadakan sistem rotasi tenaga kerja yang telah mengalami penurunan ketajaman penglihatan dari bagian *knitting* ke bagian lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Amrita, A.A.G. 2000. Kondisi Lingkungan Kerja Mempengaruhi Kecepatan dan Ketelitian Pekerja Bagian Pengelasan di “SH” Denbata-Tabanan. *Proceeding Seminar Nasional Ergonomi 2000*. 6-7 September 2000-(391-394). Guna Widya. Surabaya.
- Atmodiporo, R.T. 2000. Sistem Pencahayaan Sebagai Penunjang Performansi Kerja. *Proceeding Seminar Nasional Ergonomi 2000*. 6-7 September 2000-(25-29). Guna Widya. Surabaya.
- Australian Government Publishing Service. 1994. *Saving Energy Through Lighting Management*. Canberra.
- Pratiknya, A.W. 2007. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Setyawati, L. 1994. Kelelahan Kerja Kronis, Kajian Terhadap Perasaan Kelelahan Kerja, Penyusunan Alat Ukur Serta Hubungannya dengan Waktu Reaksi dan Produktivitas Kerja (disertai). Program Studi Ilmu Kesehatan Kerja, Program Pasca Sarjana, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Sherwood, L. 1996. *Human Physiology: From Cells to Systems*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Suma'mur, P K. 1984. *Higiene Perusahaan*. PT Gunung Agung. Jakarta.
- _____. 1992. *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja*. Haji Masagung. Jakarta.
- Siswanto, A. 2000. *Pencahayaan*. Kumpulan Makalah Hyperkes. Balai Hyperkes Yogyakarta. Yogyakarta.
- Subaris, H., dan Haryono. 2007. *Higiene Lingkungan Kerja*. Mitra Cendikia. Yogyakarta.
- Sugiyono, 2007. *Statistik untuk Penelitian*. Alfabeta. Bandung.
- Suharno, D. 1993. *Gizi kerja pada Masyarakat Kerja Sektor Informal*. Depkes RI: Jakarta.
- Susila, N. 2000. Visual Acuity Disorder Due to Eye Injury in Central General Hospital Denpasar Bali. *Proceeding Seminar Nasional Ergonomi 2000*. 6-7 September 2000 (219-223) Guna Widya, Surabaya.
- Wijaya, A.R. dan Sukandari, N. 2000. Efek Vibrasi Terhadap Ketajaman Visual Manusia dalam Human Display Interface. *Proceeding Seminar Nasional Ergonomi 2000*. Guna Widya, Surabaya.
- Yanri, Z. 1999. *Himpunan Peraturan Perundangan Keselamatan Kerja*. Jakarta: Citratama Bangun Mandiri.

PENANGANAN ISTRI KORBAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PUSAT PELAYANAN TERPADU PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN ANAK (P2TP2A) KARTIKA KEBUMEN

Nurbita Fajarini, Sulistyaningsih

Prodi Kebidanan D III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta
email: zoelist_2203@yahoo.co.id

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk diketahui penanganan istri korban kekerasan dalam rumah tangga oleh P2TP2A Kartika kabupaten Kebumen tahun 2010. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara mendalam (*indepth interview*). Teknik sampling yang digunakan adalah *snowball sampling*. Partisipan dalam penelitian ini adalah istri yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga yang mendapat penanganan P2TP2A Kartika kabupaten Kebumen tahun 2010 berjumlah 5 orang. Informan dalam penelitian ini adalah Kepala Badan Pemberdayaan Perempuan dan Anak (BPPKB) kabupaten Kebumen. Pengumpulan data dilakukan bulan Februari 2011. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa bentuk penanganan terhadap istri yang mengalami KDRT antara lain melalui pelayanan medis, pelayanan *medico legal*, pelayanan psikologis, pendampingan hukum, pelayanan rohaniwan, shelter, dan pelayanan pasca pemulihan yang bekerjasama dengan pihak terkait seperti RSUD Kebumen, Polres Kebumen, Departemen Agama, Departemen Perindustrian Perdagangan dan Koperasi, serta Dinas Tenaga Kerja dan Sosial kabupaten Kebumen yang disesuaikan dengan kebutuhan korban. Bagi P2TP2A diharapkan dapat meningkatkan kerja sama dengan pihak terkait, melakukan pemantauan korban sampai benar-benar bisa mandiri.

Kata kunci: penanganan istri korban KDRT

PENDAHULUAN

Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis dan/atau penelantaran rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga (UU No 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan KDRT Pasal 1). KDRT dapat digolongkan sebagai permasalahan dalam kesehatan reproduksi. Di dalam *Platform for Action* tersebut direkomendasikan program penanggulangan kekerasan yang dilaksanakan oleh pemerintah dengan tujuan strategis: secara integratif melakukan tindakan nyata untuk mencegah dan menghilangkan tindak kekerasan terhadap wanita, dilakukan studi penyebab dan konsekuensi tindak kekerasan terhadap wanita serta *effectiveness* dari tindakan pencegahan yang dilakukan serta menghilangkan perdagangan wanita

(*trafficking in women*) dan penyiapan dukungan bagi korban kekerasan sebagai akibat pelacuran dan perdagangan wanita (<http://www.lbh-apik.or.id>, 8 April 2010).

Tahun 2002 WHO dalam *World Report* pertamanya mengenai “Kekerasan dan Kesehatan” menemukan bahwa antara 40 hingga 70 persen perempuan yang meninggal karena pembunuhan, umumnya dilakukan oleh mantan atau pasangannya sendiri (www.who.int, diakses 5 Mei 2009). Catatan Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) pada tahun 2001, telah terjadi 3.169 kasus kekerasan terhadap perempuan dan meningkat menjadi 5.163 kasus pada tahun 2002, kemudian meningkat lagi menjadi 7.787 kasus pada tahun 2003. Pada tahun 2004, kasusnya meningkat hampir 100 persen menjadi 14.020 kasus, dan pada tahun 2005 tercatat sebanyak 20.391 kasus. Kekerasan terhadap perempuan didominasi oleh kekerasan dalam rumah tangga (82 % atau 16.615 kasus). Pada tahun 2006, jumlah kasus kekerasan terhadap perempuan meningkat lagi menjadi 22.512 kasus, dan ditangani oleh 258 lembaga di 32 provinsi. Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) menduduki peringkat tertinggi, yakni sebanyak 16.709 kasus (74 %) (Kementrian Kesra, 2008: 44).

Praktik KDRT tidak hanya merupakan bentuk pelanggaran norma sosial dan kemanusiaan, tetapi juga merupakan wujud pengingkaran kewajiban untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang tinggi. Segala bentuk tindak kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukan oleh suami baik secara fisik, psikis, seksual dan penelantaran rumah tangga dapat berdampak serius bagi kesehatan seorang perempuan (Sriyanto, 2009). Sebuah studi yang dilakukan oleh London School of Hygiene dan Tropical Medicine, PATH, Lembaga penelitian nasional, dan organisasi perempuan di beberapa negara menemukan bahwa tindak kekerasan terhadap seorang perempuan yang dilakukan oleh pasangannya dapat berakibat bagi kesehatan. Perempuan yang menjadi korban kekerasan memiliki masalah kesehatan fisik dan mental 2 kali lebih besar dibandingkan perempuan yang tidak menjadi korban kekerasan. Hal ini termasuk keinginan dan perilaku bunuh diri, tekanan mental, dan gangguan fisik seperti pusing, nyeri, lemas dan gangguan fungsi vagina (<http://www.duniawanita.com/>, diakses 17 April 2010). Dari data World Health Organization (WHO) 1998, dikatakan bahwa perempuan korban KDRT berobat 2,5 kali lebih sering dibandingkan perempuan yang tidak mengalaminya. Dari segi produktivitas 30 % perempuan yang mengalami kekerasan tidak dapat mengerjakan pekerjaan rumah tangga dan 50 % dari perempuan pekerja tidak dapat mengerjakan pekerjaannya dengan baik. Dengan demikian KDRT berdampak sangat luas terhadap lingkungan sosial secara global, karena dapat menurunkan produktivitas kinerja suatu perusahaan. (www.who.int, diakses 5 Mei 2009)

Islam memerintahkan kepada para suami untuk memperlakukan istrinya sebaik mungkin, hal ini banyak ditegaskan di dalam Al-Quran maupun hadits

Rasulullah SAW. Allah SWT berfirman dalam Qs. an-Nisâ' [4]: 19:

“Hai orang-orang yang beriman, tidak halal bagi kamu mempusakai wanita dengan jalan paksa dan janganlah kamu menghalangi mereka kawin dan menyusahkan mereka karena hendak mengambil kembali sebagian dari apa yang telah kamu berikan kepadanya, terkecuali bila mereka melakukan perbuatan keji yang nyata. Dan bergaullah dengan mereka secara patut. Kemudian bila kamu tidak menyukai mereka, (maka bersabarlah) karena mungkin kamu tidak menyukai sesuatu, padahal Allah menjadikan padanya kebaikan yang banyak”

Ayat tersebut merupakan seruan kepada para suami agar mereka mempergauli isteri mereka secara ma'ruf yaitu menunaikan hak-hak mereka. Ayat ini juga memerintahkan menjaga keutuhan keluarga. Jika ada sesuatu yang tidak disukai pada diri isterinya, selain zina dan nusyuz, suami diminta bersabar dan tidak terburu-buru menceraikannya. Sebab, bisa jadi pada perkara yang tidak disukai, terdapat sisi-sisi kebaikan. Rasulullah SAW juga bersabda: *“Orang muslim yang paling sempurna imannya adalah yang paling baik di antara mereka akhlaknya, dan sebaik-baiknya kalian adalah yang paling baik terhadap istrinya”*.

Di tiap pemda kabupaten/kota dibentuk Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan (P2TP2). Pusat Pelayanan Terpadu merupakan suatu unit khusus pada rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan terpadu korban kekerasan terhadap perempuan dan anak yang meliputi pelayanan medis, psikososial dan bantuan hukum yang dilaksanakan secara lintas fungsi dan lintas sektoral (www.belitungkab.go.id, diakses 26 September 2010).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis di Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) Kartika (Kebumen Adil Gender Aman Ramah Anti Kekerasan) tanggal 12 Juli 2010 didapatkan bahwa pada tahun 2009 terdapat 52 kasus kekerasan terhadap perempuan, 40 (76%) diantaranya dilakukan oleh suami dan mantan suami. Bentuk kekerasan yang paling banyak yaitu kekerasan fisik sebanyak 36 (90%), diikuti kekerasan psikis 1 (2,5%), ekonomi 1 (2,5%), dan korban yang mengalami lebih dari satu bentuk kekerasan sebanyak 2 orang. Kasus pada bulan Januari- Juni 2010 terdapat 29 kasus kekerasan, 23 kasus (79%) adalah kasus KDRT.

Rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran penanganan istri korban Kekerasan dalam Rumah Tangga oleh Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak Kartika Kabupaten Kebumen Tahun 2010?”

Tujuan umum penelitian ini adalah diketahuinya gambaran penanganan istri korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga oleh Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak Kartika kabupaten Kebumen Tahun 2010. Tujuan Khusus: 1) Diketahuinya faktor penyebab terjadinya KDRT di kabupaten Kebumen, 2) Diketahuinya bentuk-bentuk KDRT yang terjadi di kabupaten

Kebumen. 3) Diketuinya dampak KDRT yang terjadi di kabupaten Kebumen. 4) Diketuinya sikap atau reaksi istri korban KDRT di kabupaten Kebumen terhadap KDRT yang dialami. 5) Diketuinya bentuk-bentuk penanganan terhadap istri korban KDRT oleh P2TP2A Kartika kabupaten Kebumen. 6) Diketuinya bentuk penyelesaian KDRT yang terjadi di Kabupaten Kebumen.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan wawasan tentang pentingnya penanganan terhadap korban KDRT, karena KDRT merupakan salah satu permasalahan dalam kesehatan reproduksi yang secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi kesehatan reproduksi dan juga berdampak pada kelangsungan hidup korban ke depannya.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, yaitu penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dll (Moleong, 2004 : 6).Peneliti dalam pandangan fenomenologis berusaha memahami arti peristiwa dan kaitan-kaitannya terhadap orang-orang yang berada dalam situasi- situasi tertentu (Moleong, 2004 : 17).

Partisipan dalam penelitian ini adalah para istri yang menjadi korban KDRT yang melapor ke Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak Kartika kabupaten Kebumen berjumlah 5 orang dengan kriteria inklusi : (1) telah bergabung dengan P2TP2A Kartika minimal 2 minggu , (2) berdomisili di Kebumen, (3) bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini. Informan dalam penelitian ini adalah kepala bidang pemberdayaan perempuan Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB) kabupaten Kebumen yang sekaligus sekretaris P2TP2A Kartika kabupaten Kebumen. Dalam penelitian ini peneliti mengambil partisipan dengan karakteristik minimal telah bergabung dengan P2TP2A Kartika selama 2 minggu, karena untuk mengetahui pelayanan komprehensif apa saja yang telah dilakukan oleh P2TP2A Kartika.

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *snowball sampling* yaitu pengambilan sampel secara berantai dengan meminta informasi tentang partisipan pada informan yang telah dihubungi sebelumnya, setelah mendapatkan partisipan pertama dan telah dilakukan wawancara maka peneliti akan meminta informasi pada partisipan pertama tentang partisipan berikutnya yang sesuai dengan kriteria inklusi, dan seterusnya sampai mendapatkan 5 orang partisipan.

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam, dan alat bantu yaitu tape recorder dan catatan lapangan. Peneliti menggunakan sistem wawancara semiterstruktur (*semistructure interview*). Berdasarkan catatan lapangan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan wawancara

dengan setiap partisipan 30-60 menit. Tempat wawancara disesuaikan dengan keinginan partisipan, P1 meminta untuk dilakukan wawancara di tempat kerjanya di salah satu stasiun radio swasta di Kebumen. P2, P3, P4 dan P5 meminta peneliti melakukan wawancara di rumah masing-masing partisipan. Wawancara kepada informan dilakukan di ruang kantor Badan Pemberdayaan Perempuan kabupaten Kebumen.

Keabsahan data (uji validitas) dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik triangulasi (Moleong, 2004; Nasution, 2003). Teknik triangulasi yang digunakan adalah triangulasi sumber.

Analisis data kualitatif dilakukan dengan cara analisis isi (*content analysis*) berdasarkan data mengenai penanganan korban KDRT yang dilakukan dengan *semistructure interview* sebagai metode pengumpulan data.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Faktor- Faktor Penyebab KDRT

KDRT disebabkan oleh banyak faktor. Secara garis besar faktor-faktor yang menjadikan kekerasan dalam rumah tangga dapat dirumuskan menjadi dua, yakni faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal ini berkaitan erat dengan kekuasaan suami dan diskriminasi kalangan masyarakat yaitu adanya budaya patriarki yang menempatkan posisi laki-laki lebih unggul dari pada perempuan dan berlaku tanpa perubahan, seolah-olah itu adalah kodrat. Laki-laki merasa berhak melakukan apa saja pada perempuan, termasuk melakukan kekerasan. (Zumrotun, 2006). Dari hasil analisis data faktor eksternal penyebab KDRT dari budaya patriarki seperti yang diungkapkan oleh P1 dan P4. Suami merasa superior, ia tidak mau dibantah dan istri harus selalu mendengarkan suami tetapi suami tidak mau mendengarkan pendapat istri. Konsep perempuan sebagai hak milik bagi laki-laki menurut hukum, mengakibatkan laki-laki lebih leluasa untuk mengatur dan mengendalikan segala hak dan kewajiban perempuan. Penyebab lain adalah faktor orang ketiga atau perselingkuhan, seperti yang dialami oleh P1 dan P3.

Faktor eksternal penyebab kekerasan dari masalah kemiskinan/ ekonomi diungkapkan oleh P2 dan P3. Akan tetapi P2 menyatakan bahwa ia tidak setuju jika penyebab utama KDRT yang ia alami karena faktor ekonomi, ia mengatakan bahwa orang kaya juga ada yang mengalami KDRT, ia menganggap faktor ekonomi hanya faktor pendukung penyebab KDRT. Hasil triangulasi informan menguatkan pendapat P2, sebagai berikut:

“...faktor kemiskinan juga ada di situ tetapi tidak semua, artinya orang kaya pun juga bisa menjadi korban kekerasan,...” (WS)

Faktor internal timbulnya kekerasan terhadap istri adalah kondisi psikis dan kepribadian suami sebagai pelaku tindak kekerasan yaitu: a) sakit mental, b) pecandu

alkohol, c) penerimaan masyarakat terhadap kekerasan, d) kurangnya komunikasi, e) penyelewengan seks, f) citra diri yang rendah, g), frustrasi, h) perubahan situasi dan kondisi, i) kekerasan sebagai sumber daya untuk menyelesaikan masalah (pola kebiasaan keturunan dari keluarga atau orang tua) (Zumrotun, 2006: 103). Dari hasil analisis data didapatkan bahwa faktor internal penyebab KDRT antara lain suami yang temperamen dan keras hal ini diungkapkan oleh P2, P3 dan P4. Mereka mengungkapkan bahwa suami mereka memang mempunyai sifat yang keras dan temperamen. Sifat suami yang temperamen sebenarnya bisa dilihat sejak awal sebelum menikah. Seorang perempuan seharusnya lebih jeli saat masa taaruf, jika ada indikasi temperamen dari calon suami segera putuskan karena sifat keras dan temperamen merupakan salah satu indikasi terjadinya KDRT. Faktor internal penyebab KDRT lainnya yaitu pola didik yang salah dan pengalaman kekerasan seperti yang diungkapkan oleh P2. Ia mengatakan sejak kecil suaminya terlalu dimanja, jika salah selalu dibenarkan oleh neneknya. Pengalaman kekerasan yang dialami oleh suami P2 adalah jika ibunya pulang dan ia berbuat kesalahan maka ia akan dipukul dengan kayu atau sapu, sehingga ketika ia dewasa ia menganggap bahwa kekerasan adalah salah satu cara untuk menyelesaikan masalah.

Penyebab KDRT dari korban yang melapor di P2TP2A Kartika Kebumen antara lain seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

“Kalau KDRT di sini biasanya juga karena faktor kemiskinan, karena orang ketiga juga ada, jadinya perselisihan atau perbedaan prinsip, perbedaan prinsip jadi ketika dia akan masuk ke lingkup rumah tangga itu belum ada komunikasi yang bagus ,kalau ada permasalahan masih belum tahu mau diselesaikan dengan cara apa, terus kemudian biasanya yang kental adalah budaya patriarki.”(WS)

2. Bentuk-Bentuk KDRT

Semua partisipan mengalami kekerasan fisik dan psikologis walaupun dalam bentuk yang berbeda-beda. Bahkan P2 mengalami tiga bentuk kekerasan sekaligus , yaitu kekerasan fisik, psikologis dan penelantaran rumah tangga dan ketergantungan ekonomi. Ketergantungan ekonomi yang dialami partisipan terjadi bukan karena partisipan tidak memiliki sumberdaya tetapi karena kontrol pelaku terhadap sumberdaya keluarga sehingga kekayaan partisipan dimanfaatkan tanpa seizin partisipan. P3 mengungkapkan bahwa suaminya sering mengambil uangnya, menggadaikan barang-barang rumah tangga tanpa seizinnya.

Dari hasil analisis data tidak ada partisipan yang mengalami kekerasan seksual. Kekerasan non fisik biasanya jarang dilaporkan terutama kekerasan psikologis karena adanya kesulitan dalam hal pembuktian, sehingga bentuk KDRT yang paling banyak dilaporkan adalah kekerasan fisik, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut :

“Kalau bentuk-bentuk KDRT yang dialami korban ini beragam, kita punya

datanya yang 2010 ini untuk dewasa paling banyak kekerasan fisik.” (WS)

Poerwandari (2002) mengemukakan beberapa bentuk kekerasan sebagai berikut: a) Kekerasan fisik, seperti : memukul, menampar, mencekik dan sebagainya. b) Kekerasan psikologis, seperti: berteriak, menyumpah, mengancam, melecehkan dan sebagainya. c) Kekerasan seksual, seperti : melakukan tindakan yang mengarah keajakan/desakan seksual seperti menyentuh, mencium, memaksa berhubungan seks tanpa persetujuan korban dan lain sebagainya. d) Kekerasan finansial, seperti : mengambil barang korban, menahan atau tidak memberikan pemenuhan kebutuhan finansial dan sebagainya.

Penelitian yang dilakukan Missa Lamber (2010: 120) menunjukkan bahwa sebagian korban KDRT tidak hanya mengalami satu bentuk kekerasan melainkan mengalami minimal dua bentuk kekerasan. Lebih dari 50% korban yang selain mengalami kekerasan fisik juga mengalami kekerasan psikologis. Dengan kata lain keseluruhan korban mengalami kekerasan psikologis sebab hampir seluruh korban yang mengalami kekerasan fisik sebelumnya diawali kekerasan psikologis. Demikian juga korban yang mengalami penelantaran keluarga, hampir semua mereka mengalami kekerasan psikologis.

3. Dampak KDRT

Berdasarkan analisis data didapatkan bahwa semua partisipan mengalami luka memar akibat kekerasan fisik yang dialami. Dampak psikologis antara lain murung (P2), minder (P2 dan P3), stress (P3), depresi (P2), trauma (P1, P2, P3, P5) dan hilangnya rasa percaya (P1). Hasil triangulasi dengan informan didapatkan bahwa kekerasan yang dialami korban berdampak pada fisik dan juga psikologis seperti yang diungkapkan berikut:

“Kalau dampak ini berarti kan pasca kekerasan, ini beragam, ada yang kemudian seseorang menjadi minder,... Kemudian ada yang depresi , depresi ini untuk bentuk kekerasan yang lebih pada fisik dan psikologis.terus kemudian kalau itu luka fisik, kekerasan fisik ini dampaknya biasanya ada sakit ikutan. Misalnya psikosomatis, kemudian ada dampak ikutan tadinya yang dilukai kepala tetapi kemudian kenapa sekujur tubuh terasa sakit, seperti itu.” (WS)

Selain berdampak pada fisik dan psikologis KDRT juga berdampak pada aktivitas sehari-hari korban, berdasarkan penelitian WHO (1998) ditemukan bahwa dari segi produktivitas 30 % perempuan yang mengalami kekerasan tidak dapat mengerjakan pekerjaan rumah tangga dan 50 % dari perempuan pekerja tidak dapat mengerjakan pekerjaannya dengan baik. Hal ini sesuai dengan hasil analisis data di mana partisipan mengatakan tidak bersemangat untuk beraktivitas dan mengurung diri, jarang keluar rumah (P3), serta izin tidak masuk kerja untuk waktu yang cukup lama (P1) karena kekerasan yang dialami partisipan tidak dapat bekerja seperti biasa

di kantor karena ijin tidak masuk kerja selama seminggu.

Dampak kekerasan yang lain adalah dampak ekonomi. Partisipan ketiga (P3) mengatakan tidak diberi nafkah oleh suami sehingga ia harus bekerja, perabotan rumah tangga digadaikan suami tanpa izin dan ia juga pernah tidak bisa memasak bahkan air putih tidak ada. Padahal Islam menetapkan kewajiban memberi nafkah kepada istri, sehingga apabila seorang suami yang tidak memberi nafkah kepada istrinya telah berdosa kepada istrinya dan Tuhan, seperti yang tercantum dalam Q.S. Al Baqarah ayat 233 yang artinya :

“... Dan kewajiban ayah memberi makan dan Pakaian kepada para ibu dengan cara ma'ruf...”.

4. Sikap/Reaksi Terhadap KDRT

Sikap/reaksi korban terhadap kekerasan yang dialami berbeda-beda. Beberapa partisipan mengatakan bersikap diam karena ingin suaminya berubah seperti yang diungkapkan oleh P2, P3 dan P4. Alasan lain yang juga diungkapkan oleh P3 adalah ketakutan partisipan terhadap pelaku (suami) terutama faktor ekonomi, karena jika suami ditangkap maka perekonomian rumah tangganya berhenti. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Hayati (2000) yaitu kekerasan dalam rumah tangga merupakan suatu perilaku yang berulang dan membentuk suatu pola (siklus) kekerasan yang khas dan sulit untuk diputuskan mata rantainya.

Siklus perilaku KDRT berdasarkan teori Lenore Walker : 1). Tahap ketegangan dimulai (*tension building phase*). 2) Tahap tindakan (*acting-out phase*). 3) Tahap penyesalan/bulan madu (*reconcilliation/honeymoon phase*). 4) Tahap stabil (*Calm phase*). Setelah mendapatkan kekerasan terus-menerus mendorong (P2, P3, P4) untuk bertindak dan menceritakan kekerasan yang dialami pada teman dan saudara dan bahkan melapor ke kepolisian (P3). P1 dan P5 bersikap reaktif artinya mereka tidak mentolerir kekerasan. P1 dan P5 menceritakan pada saudara dan orangtua dan langsung melaporkan tindak kekerasan yang dialami ke P2TP2A Kartika Kebumen, bahkan P1 juga melaporkan suami ke polisi.

Hasil penelitian Dyah Astuti A., Sri Indrawati E., Puji Astuti T. (2006: 50) menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif antara variabel kemandirian dengan sikap terhadap kekerasan suami pada istri. Artinya semakin tinggi kemandirian dan sikap terhadap kekerasan suami pada istri semakin negatif artinya cenderung menolak kekerasan yang dilakukan suami. Sebaliknya semakin rendah kemandirian, maka sikap terhadap kekerasan suami pada istri semakin positif artinya cenderung untuk menerima kekerasan yang dilakukan suami.

Penelitian tersebut sesuai dengan hasil analisis data di mana P1 dan P5 sebagai wanita yang bekerja cenderung tidak menerima kekerasan yang dilakukan oleh suami. Sebaliknya P3 dan P4 sebagai ibu rumah tangga lebih memilih diam.

Tetapi P2 sebagai wanita yang bekerja memilih diam karena berharap suaminya masih bisa berubah.

Hasil triangulasi dengan informan didapatkan bahwa korban yang melapor di P2TP2A Kartika mempunyai reaksi yang berbeda, ada yang aktif dan ada juga yang pasif, seperti yang diungkapkan berikut:

“...reaksi dari masing-masing korban juga berbeda, tadi pagi juga ada korban kekerasan tapi dia sembunyi-sembunyi melaporkannya, artinya ketika ada korban kekerasan ini ada yang pasif, pasif itu ya udahlah ini sudah nasibku, melaporkannya sembunyi-sembunyi, takut. Tetapi Ada juga yang memberontak, memberontak ini reaktif, artinya si korban ini si perempuan ini, kenapa hidup ini pilihan kenapa aku harus seperti ini...”(WS)

5. Bentuk Penanganan KDRT

P2TP2A Kartika tidak hanya mengurus KDRT terhadap istri tetapi juga kekerasan terhadap anak dan juga kekerasan berbasis gender. Sebagai gambaran di P2TP2A Kartika selama tahun 2010 tercatat ada 88 kasus kekerasan. 55 kasus (62,5%) kekerasan pada orang dewasa (46 kasus KDRT), 33 kasus (37,5%) kekerasan pada anak yang 11 kasus (33,3%) diantaranya adalah KDRT, yang pelakunya adalah ibu dan bapak kandung, saudara dan majikan.

Penanganan yang diberikan oleh P2TP2A Kartika pada korban kekerasan utamanya KDRT tergantung pada kebutuhan korban. Secara umum bentuk-bentuk pelayanan yang diberikan oleh P2TP2A Kartika antara lain:

1) Pelayanan Medis. bekerja sama dengan RSUD Kebumen. Bentuk pelayanan medis yang ada: konsultasi, pengobatan, perawatan kesehatan, test laborat. Dokter akan melakukan anamnesis dan melakukan pemeriksaan untuk menemukan bukti-bukti kekerasan baik fisik maupun seksual yang dituangkan dalam bentuk rekam medis. Untuk kasus pemerkosaan jika diperlukan akan dilakukan pemeriksaan dalam. Dari hasil analisis data pelayanan medis berupa pemeriksaan fisik didapatkan oleh P1, P3 dan P5.

2) Pelayanan medico legal bekerja sama dengan RSUD. Prosedur Pelayanan medicolegal yaitu : setelah mendapatkan surat permintaan visum dari penyidik dan mendapat disposisi dari direktur RSUD dokter pemeriksa membuat visum et repertum (VER), menerbitkan dan mendokumentasikan VER. Dari hasil analisis data pelayanan medicolegal berupa visum et repertum diberikan pada P1 dan P3 sebagai bukti atas pelaporan di kepolisian.

3) Pelayanan Psikologis bekerjasama dengan poliklinik RSUD Kebumen berupa konseling, terapi, pendampingan psikologis, serta home visit. Home visit hanya dilakukan pada kasus-kasus tertentu seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

“...kalau home visit itu hanya untuk kasus-kasus tertentu, penanganan terintegrasi, setelah kuratif ini diantaranya bagaimana penanganan pasca kejadian, setelah melewati kuratif yang mendesak itu kita tangani. Biasanya home visit tim misalnya ada perebutan anak, kita datang kesitu, kita lihat kondisi anak itu, kita mediasi supaya kepentingan terbaik bagi anak itu bisa terpenuhi atau mungkin kalau baikan dengan suaminya perkembangannyaseperti apa , kalau misal suami ditahan atau perceraian kita lihat korban kondisinya seperti apa.”(WS)

Berdasarkan analisis data partisipan yang mendapatkan pelayanan psikologi berupa konseling psikologi adalah P2 dan P4, sedangkan untuk home visit berupa kunjungan dari tim didapatkan oleh P4.

5) Pelayanan Rokhaniawan, berupa siraman rohani/pembinaan keagamaan sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing korban. Dengan siraman rohani diharapkan korban bisa menjadi lebih tabah, percaya diri dan kuat imannya. Berdasarkan analisis data tidak ada partisipan yang mendapatkan pelayanan rokhaniawan. Triangulasi dengan informan didapatkan sebagai berikut:

“...departemen eh kementrian agama untuk pembinaan mental,...”(WS)

6) Pelayanan/pendampingan hukum, bekerja sama dengan Lembaga Bantuan Hukum Pusat Advokasi Kajian Hukum dan Demokrasi (LBH PAKHIS), berupa pemberian konsultasi hukum, pendampingan korban di kepolisian, Kejaksaan, pengadilan dan lembaga terkait.

Dari hasil analisis data di dapatkan bahwa partisipan yang mendapat pendampingan/ bantuan hukum adalah P1, P3 dan P5. Pelayanan lain yang diberikan untuk perlindungan korban kekerasan terutama KDRT adalah shelter (rumah aman). Namun tidak semua korban mendapat pelayanan shelter, hanya korban yang memang membutuhkan perlindungan. Seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

“Shelter kita punya sejak tahun 2007 ..., pemanfaatannya untuk korban yang memang perlu perlindungan, kadang ditempati kadang kosong untuk sekarang sedang kosong, tapi ada fulltimer yang menunggu. Tempatnya cukup representative, karena ini kan difasilitasi pemkab, ada kamarnya, kamar mandinya 2 dan dapur. Keterbatasan kita, kita tidak punya satpam, pemkab tidak bisa memfasilitasi karena satpam kan harusnya dibayar bulanan,...”(WS)

Shelter ini tempatnya tersembunyi artinya tidak dipublikasikan, hanya tim P2TP2A yang mengetahui di mana shelter berada. Dari hasil analisis data didapatkan bahwa tidak ada partisipan yang mendapatkan pelayanan shelter.

7) Pelayanan Pasca Pemulihan (Rehabilitatif), antara lain:

a. Pemberdayaan ekonomi, berupa bantuan modal, pelatihan kewirausahaan bekerja sama dengan Dinas Perindustrian Perdagangan dan Koperasi (Diperindagkop), Dinas Tenaga Kerja Sosial (Dinkesos). Hasil triangulasi pada informan didapatkan pernyataan berikut:

“...Deperindagkop, nakertranskep untuk pemberdayaan korban misal korbannya cerai dia miskin dia harus diberdayakan dari aspek ekonomi...”(WS)

Berdasarkan analisis data didapatkan bahwa P2 mendapatkan bantuan usaha dan pelatihan wirausaha. Diharapkan dengan bantuan modal dan pelatihan yang didapatkan partisipan dapat melanjutkan kehidupannya dan dapat hidup mandiri karena partisipan masih dalam usia produktif, seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut:

“Kalau usia produktif ada pelatihan-pelatihan dari deperindagkop. Yang menyisipkan korban di pelatihan tanpa diketahui peserta lain, kita samarkan karena prinsip kita dalam penanganan korban adalah menjaga kerahasiaan.”(WS)

b. Pendidikan. Pendidikan formal diberikan untuk korban yang berminat untuk sekolah kembali (korban kekerasan pada anak). Pendidikan non formal berupa keaksaraan fungsional agar korban melek aksara, outputnya korban mendapatkan Surat Keterangan Melek aksara (SUKMA). Berikutnya program kesetaraan untuk korban yang tidak berminat untuk melanjutkan sekolah reguler (korban kekerasan pada anak) yang bekerjasama dengan Dinas Pendidikan Nasional dan Departemen Agama. Pelayanan selanjutnya adalah life skill/pendidikan keterampilan agar korban menjadi tenaga terampil dan siap berusaha sendiri (pelaku UKM). Dari hasil analisis data didapatkan hanya P3 yang mendapatkan pelatihan keterampilan.

8) Treatment psikologi untuk pelaku kekerasan. Diharapkan dengan adanya treatment pelaku menginsyafi perbuatannya, dan pelaku dapat memperbaiki perilakunya.

Selain memberikan penanganan pada korban kekerasan P2TP2A Kartika juga melakukan tindakan preventif untuk pencegahan KDRT, seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

“...bentuk preventif kita itu ada KIE, sosialisasi memperkenalkan undang-undang pada masyarakat, ada rambu-rambu bahwa ketika rumah tangga itu ada masalah, ada hal-hal yang tidak boleh dilakukan misalnya kita tidak boleh menyelesaikan masalah dengan kekerasan, bisa lebih efektif dengan mediasi dan sebagainya itu yang preventif,...”(WS).

“...sosialisasi kita punya program lingkaran wicara setiap hari jumat di in fm, itu adalah agar masyarakat peduli terhadap kasus-kasus yang bisa diungkap.”(WS)

Dalam melaksanakan tugasnya P2TP2A membutuhkan peran serta dari masyarakat, karena masyarakat adalah kunci utama dalam pencegahan penanganan KDRT, seperti yang disebutkan dalam UU No 23 Tahun 2004 tentang PKDRT Pasal 15 disebutkan bahwa setiap orang yang mendengar, melihat, atau mengetahui terjadinya kekerasan dalam rumah tangga wajib melakukan upaya-upaya sesuai dengan batas kemampuannya untuk: 1) mencegah berlangsungnya tindak pidana, 2) memberikan perlindungan kepada korban, 3) memberikan pertolongan darurat, dan

4) membantu proses pengajuan permohonan penetapan perlindungan.

Peran serta masyarakat sangat dibutuhkan dalam penanganan KDRT seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut :

“Kalau pemerintah sudah punya peran bagus komitmen bagus, masyarakat tidak ambil peran ya hasilnya tidak akan maksimal,...” (WS)

Peran serta masyarakat kebumen dalam penanganan kekerasan dalam rumah tangga diwujudkan dengan berdirinya LSM INDIPTH (Institute for Social Strengthening Studies – Institut Studi untuk Penguatan Masyarakat) sebagai wadah dalam upaya penanganan kekerasan berbasis masyarakat. Hasil triangulasi dengan informan didapatkan:

“Nah ini kita bekerja sama dengan LSM indipth, jadi ada upaya penanganan kekerasan berbasis komuniti (berbasis masyarakat) termasuk pencatatan dan pelaporan, masyarakat juga unsur-unsur masyarakat kita libatkan...” (WS)

Peran bidan dalam penanganan KDRT diungkapkan oleh informan sebagai berikut :

“iya, mulai 2009 dek, kita aktif melakukan pelatihan-pelatihan penguatan untuk SDM sampai ke tingkat kecamatan , ini yang kita undang diantaranya kepala KUA, kapolsek, Ketua Tim penggerak PKK, kemudian TKSK (Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan) dan dari unsur puskesmas, unsur puskesmas ini biasanya bidan yang dikirim lha bidan ini kita persiapkan, biar lebih peka ketika ada korban yang datang ke dia, setidaknya dia bisa mengidentifikasi, oh ini korban kekerasan berbasis gender, ini korban kekerasan anak, ini perkosaan, ini dihajar suaminya. Di situ kita latih penanganannya itu, prinsip-prinsip apa saja ketika menangani korban selain menjaga kerahasiaan diantaranya juga harus menyediakan tempat yang representatif, artinya jangan dicampur dengan pasien-pasien lain, misalnya istri dipukul dia malu, prinsip yang harus diperhatikan diantaranya prinsip egaliter (setara), tidak ada unsur menggurui, menjaga kerahasiaan, non diskriminasi misal anaknya orang kaya, agamanya Islam. Ini memang bidan terlibat secara langsung khusus untuk kekerasan-kekerasan fisik, termasuk kemarin ada KDRT anak yang dihamili bapaknya ini teman-teman PPT PPKB diwilayah berkoordinasi dengan puskesmas para bidan , memantau sampai kelahiran anak itu benar-benar selamat dan tidak dipungut biaya. Jadi ada benang merah disini antara petugas puskesmas dengan keberadaan P2TP2A Kartika ini.” (WS)

Dalam melakukan kegiatan tentunya ada hambatan, sama seperti P2TP2A dalam melakukan pencegahan dan penanganan KDRT mengalami berbagai hambatan antara lain seperti budaya patriarki, korban yang tidak mau melapor, masyarakat yang menganggap KDRT adalah hal yang tabu dan merupakan aib, SDM dan juga anggaran, seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut.

“Hambatan yang paling krusial adalah budaya patriarki itu jelas ,... Terus

kemudian hambatan intern itu dari korban sendiri, ada korban yang tidak mau melapor, sudah beberapa kali misalnya dirumah sakit, kenapa bu, ini lho kebentur pintu ini lho jatuh dikamar mandi, padahal ini jelas pukulan benda tumpul, dia sendiri yang seorang perempuan tidak bisa mengambil keputusan kekerasan yang dia alami juga hambatan. Hambatan yang lain misalnya SDM,...kemudian di tingkat kabupaten itu jelas anggaran untuk semakin ke sini semakin sedikit, padahal kita punya fulltimer punya shelter,...Berikutnya sistem ...Siapapun pejabatnya KDRT tetap harus dilawan gitu lho, kendalanya tidak semua orang mempunyai pemikiran yang sama, bisa- bisa kita-kita ditertawakan, lagi-lagi bicara KDRT, bicara gender, gender kebablasan ini itu, kadang- kadang belum- belum sudah ada penolakan kita kuat gak disitu . Kalau harapan saya dari sistem, Bappeda dari segi penganggarannya dan perencanaan alokasi anggaran, DPRD mendukung, bupati responnya harus bagus, pejabat yang menggantikan juga komitmennya sama. Kemudian hambatan lain KDRT kan masih dianggap sebagai sesuatu yang tabu,...”(WS)

6. Bentuk Penyelesaian KDRT

Selama ini masyarakat menganggap bahwa persoalan KDRT adalah persoalan yang sifatnya sangat pribadi dan hanya diselesaikan dalam lingkup rumah tangga saja. Perempuan yang menjadi korban kekerasan dalam rumah tangga cenderung memilih diam untuk mempertahankan nilai-nilai keharmonisan keluarga tersebut. Akibatnya perempuan juga cenderung memilih penyelesaian secara perdata melalui perceraian daripada menuntut pelaku kekerasan ke pengadilan (pidana) (Rika S., 2004 : 26).

Dari hasil analisis data didapatkan bahwa dari 5 orang partisipan hanya 1 yang memutuskan untuk berdamai dengan suami yaitu (P4) karena masih mencintai suaminya dan ia merasa suaminya sudah berubah. P1, P2,P3 dan P5 memutuskan bercerai dari suaminya sebagai bentuk penyelesaian KDRT. Awalnya P1 dan P3 hanya bersikap diam dan berharap suaminya dapat berubah tetapi suaminya tetap tidak berubah akhirnya mereka memutuskan untuk bercerai, berbeda dengan P1 dan P5 yang tidak bisa mentolerir bentuk kekerasan dan langsung memutuskan untuk bercerai. Walaupun perceraian di rasa merugikan kedua belah pihak tetapi mereka merasa bercerai merupakan pilihan terbaik.

Peran P2TP2A dalam membantu korban yang mengambil jalan cerai sebagai bentuk penyelesaian KDRT diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

“...kalau mau ngambil jalan cerai juga kita ajari, cerai tidak asal cerai. Walaupun cerai dirasa keputusan paling bagus, cerai tidak akan memuaskan kedua belah pihak, jangan sampai cerai-cerai tok, anak tidak diperhatikan. Kita upayakan agar kerugian perempuan ini tidak terlalu besar.” (WS)

Bentuk penyelesaian lain yang diambil oleh Partisipan adalah menyelesaikan secara pidana di kepolisian seperti yang dilakukan oleh P1 dan P3. Bentuk-bentuk penyelesaian KDRT yang diambil oleh partisipan sesuai dengan yang diungkapkan informan sebagai berikut:

“...penyelesaian akhir ini tergantung, ada yang cerai, ada yang dilaporkan pihak berwajib kemudian ada juga yang damai.” (WS)

Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Litbang RAWCC dalam Rika S (2006 :1) di Yogyakarta tentang solusi yang dipilih korban mulai tahun 2001 s.d. tahun 2003 sebagai berikut: 74 orang bertahan dalam keluarga, 179 orang bercerai, 43 orang musyawarah, dan 15 orang melapor ke polisi. LBH APIK Jakarta juga melaporkan dari 160 kasus KDRT, 130 kasus KDRT (77,8%) perceraian merupakan pilihan tertinggi bagi perempuan korban untuk menyelesaikan ataupun memutus rantai kekerasan dalam rumah tangga yang dialaminya.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

1. Faktor penyebab KDRT terdiri dari faktor internal yaitu suami temperamen/keras, didikan yang salah, pengalaman kekerasan masa lalu. Faktor eksternal yaitu kemiskinan/ekonomi, budaya patriarki, orang ketiga (perselingkuhan).
2. Bentuk-bentuk KDRT yang dialami partisipan adalah gabungan antara kekerasan fisik dan kekerasan psikologis. Bentuk kekerasan yang lain yaitu penelantaran rumah tangga.
3. Dampak KDRT yang dirasakan oleh partisipan antara lain dampak fisik berupa luka memar, dampak psikologis antara lain menjadi pemurung, minder, kecewa, stres, trauma dan depresi.
4. Sikap/reaksi korban terhadap kekerasan yaitu awalnya hanya bersikap diam dan memaafkan tetapi setelah beberapa kali mengalami kekerasan kemudian baru bertindak, sehingga terjadi siklus KDRT.
5. Bentuk-bentuk penanganan KDRT yang ada di P2TP2A Kartika antara lain pelayanan medis, pelayanan medico legal, pelayanan psikologis, pendampingan hukum, shelter, pelayanan pasca pemulihan.
6. Bentuk penyelesaian KDRT yang diambil oleh partisipan paling banyak bercerai. Bentuk penyelesaian yang lain yaitu berdamai dan melaporkan ke kepolisian untuk diproses secara hukum.

Saran

1. Bagi Pemerintah Kabupaten Kebumen Bagi Pemerintah Kabupaten Kebumen diharapkan dapat lebih memperhatikan P2TP2A Kartika terutama dalam masalah anggaran dana sehingga kinerja P2TP2A dalam pencegahan dan Penanganan KDRT bisa lebih optimal.
2. P2TP2A Kartika diharapkan dapat lebih memberikan kontribusi bagi pencegahan dan penanganan KDRT di Kebumen misal dengan memberikan sosialisasi tentang KDRT pada remaja pra nikah bekerja sama dengan BP4 (Badan Penasehat Pembinaan Pelestarian Perkawinan) Departemen Agama sebagai tindakan preventif, sehingga diharapkan ada kesadaran sejak dini tentang bahaya KDRT. Melakukan tindak lanjut penanganan pada korban dengan terus melakukan pemantauan korban sampai korban benar-benar bisa mandiri, meningkatkan kerjasama dengan pihak terkait.
3. Bagi Partisipan diharapkan tetap dapat melanjutkan kehidupannya lebih baik lagi, jangan berputus asa, tetap berusaha dan tetap semangat menjalani hidup.
4. Bagi Masyarakat diharapkan segera melaporkan jika melihat maupun mendengar tetangga yang mengalami KDRT, jangan takut dan jangan menganggap itu sebagai urusan pribadi orang. Selalu memberikan dukungan dan bantuan bagi korban KDRT.
5. Bagi Petugas Kesehatan khususnya Bidan diharapkan agar lebih peka dalam menghadapi kasus –kasus KDRT, berusaha menjadi teman bagi korban dan jangan menggurui serta selalu menjaga kerahasiaan korban.
6. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menggunakan metode ini ditambah dengan uji kredibilitas yaitu dengan triangulasi terhadap teman dekat, tetangga dan saudara korban KDRT, untuk mendapatkan hasil yang akurat dan mendalam. Selain itu diharapkan melakukan penelitian tentang penanganan KDRT pada anak terutama kekerasan seksual pada anak.

DAFTAR PUSTAKA

- AL-Quran dan Terjemahnya. 2008. Bandung : Sinar Baru Algensindo.
- Bagus, I. G. A. 2008. *Pengaruh KDRT Terhadap Kepribadian Anak*. (<http://papua.polri.go.id>), diakses 3 April 2010.
- BPPKB. 2010. *Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Terpadu bagi Korban Kekerasan Berbasis Gender dan Anak Di kabupaten Kebumen*. Kebumen : BPPKB.
- Dindaswari. 2007. *Alkohol dan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) Berdasarkan Sudut Pandang Perempuan*. (<http://dindraswari.multiply.com>), diakses 21 April 2010.
- Djannah, F. 2002, *Kekerasan terhadap Istri*. Yogyakarta: LKIS.

- Dyah Astuti A., Sri Indrawati E., Puji Astuti T. 2006. *Hubungan Antara Kemandirian dengan Sikap Terhadap Kekerasan Suami Pada Istri yang Bekerja di Kelurahan Sampangan Kecamatan Gajah Mungkur Kota Semarang*. Semarang: FK Universitas Diponegoro.
- Faiz, P. M. 2007. *Penelitian Hukum: Kekerasan Dalam Rumah Tangga (Analisa Perlindungan Terhadap Perempuan Melalui Undang-Undang Kekerasan Dalam Rumah Tangga Antara India dan Indonesia)*. (<http://jurnalhukum.com>), diakses 12 April 2010.
- Hasanah, M., Alsa, A., Rustam, A. 2005. *Studi Kualitatif Mengenai Kekerasan Dalam Rumah Tangga Di LBH APIK Semarang*. Semarang: Fakultas Psikologi Unisula.
- Hayati, E.N. 2000. *Menggugat Harmoni*. Yogyakarta: Rifka Annisa Women's Crisis Center.
- _____. 2009. *Kekerasan Terhadap Perempuan : Salah Satu Isyu Dalam Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Rifka Annisa.
- Herkutanto. 2000. *Penghapusan Diskriminasi Terhadap Wanita*. Bandung : PT Alumni.
- <http://www.belitungkab.go.id>, 2008. *Penanganan KDRT*. diakses 26 September 2010.
- <http://www.bppkb.kebumenkab.go.id>. 2009. *Undang-Undang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga*, diakses 7 April 2010.
- <http://www.duniawanita.com/>. 2007. *Dampak Serius KDRT Bagi Kesehatan Masyarakat*, diakses 17 April 2010.
- <http://www.lbh-apik.or.id>, 2010. *12 Bidang Kritis Sasaran Strategis Landasan Aksi Hasil Konferensi Beijing*. Diakses 8 April 2010.
- Husen M. 2004. *Islam Agama Ramah Perempuan Pembelaan Kiai Pesantren Cet 1*. Yogyakarta: LKiS.
- Jacob, T. 2004. *Etika Penelitian Ilmiah*. Yogyakarta : Warta Penelitian Universitas Gadjah Mada (Edisi Khusus).
- Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia. 2008. *Profil Perempuan dan Anak Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Kedeputan Bidang Koordinasi Pemberdayaan Perempuan dan Kesejahteraan Anak. (hlm 43-46).
- Martha, A. E. 2003. *Perempuan Kekerasan dan Hukum*. Jakarta : UII Press.
- Missa, Lamber. 2010. *Studi Kriminologi Penyelesaian Kekerasan Dalam Rumah Tangga di Wilayah Kota Kupang Propinsi Nusa Tenggara Timur*. Semarang : Universitas Diponegoro.
- Moleong, L. 2004. *Metodologi Penelitian kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.

- Mufidah. 2006. *Haruskah Perempuan dan Anak Dikorbankan? Panduan Pemula Untuk Pendampingan Korban Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak*, PT. PSG dan Pilar Media.
- Nani, K. 2007. *Kajian Yuridis Sosiologis Terhadap Kekerasan yang Berbasis Gender*. (www.uninus.ac.id) diakses 25 September 2010.
- Nasution. 2001. *Metode Resech*, Jakarta : Bumi Aksara.
- _____. 2003. *Metode Penelitian Naturalistik Kualitatif*. Bandung : Tarsito.
- Peraturan Pemerintah RI No 4 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan dan Kerja sama Pemulihan Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga.
- Poerwandari, K. 2000. *Penghapusan Diskriminasi Terhadap Wanita*. Bandung : Alumni.
- _____. 2002. "Kekerasan Terhadap Perempuan: Tinjauan Psikologis Feminis", dalam *Pemahaman Bentuk-Bentuk Kekerasan Terhadap Perempuan dan Alternatif Pemecahannya*, Editor Archie Sudiarti Luhulima. Jakarta: Kajian Wanita Dan Gender, Universitas, Jakarta.
- _____. 2005. *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Jakarta : Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Rika, S. 2004. *Pergeseran Cara Penyelesaian Kekerasan Dalam Rumah Tangga: dari hukum perdata ke hukum publik*, Jurnal Politik dan Social tahun IV. Salitiga : CV. Renai.
- _____. 2006. *Perempuan dan Penyelesaian Kekerasan dalam Rumah Tangga*. Bandung : PT. Citra Aditya Bakti
- Salim, N. 2009. *Gambaran Pengalaman Kekerasan dalam Rumah Tangga Pada Istri di RW 03 Kelurahan Jembatan Lima Kecamatan Tambora*. Jakarta : Fakultas Psikologi Unika Atma Jaya.
- Serena. 2002. Tahun 2002: *Catatan Kekerasan dalam Rumah Tangga*. www.perempuan.or.id, di akses 10 Oktober 2010.
- Sukri, S. 2004. *Islam Menentang Kekerasan Terhadap Istri*. Yogyakarta : Gama Media.
- Syatibi, I. 2008. *Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT)*: www.wordpress.com, diakses tanggal 3 April 2010.
- UU Nomor 1/1974 tentang Perkawinan.
- Undang-Undang RI No. 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (PKDRT).
- Usman, H. & Akbar, P. S. 2008. *Metodologi Penelitian Sosial Edisi Kedua*. Jakarta: Bumi Aksara.

- WHO. 2002. *World Health Organization, World Report on Violence and Health 93*, (www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/), diakses 5 Mei 2009.
- Yosie A. 2007. *Hubungan Kekerasan dalam Rumah Tangga dengan Tingkat Kecemasan Pada Wanita*. Yogyakarta : FK UGM.
- Zumrotun, S. 2006. *Membongkar Fiqh Patriarkhis; Refleksi atas Keterbelengguan Perempuan dalam Rumah Tangga*, STAIN Press, Cet.I.

PENGARUH SENAM OTAK TERHADAP TINGKAT STRES PADA ANAK USIA SEKOLAH KELAS 4 DAN 5 DI SD NEGERI WOJO BANGUNHARJO SEWON BANTUL YOGYAKARTA

Okta Fitriyana Sari¹, Ery Khusnal²

Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

Email: tsummastaqaamu@yahoo.com

Abstract

The quasi experimental study aims to investigate the effect of brain gym on the level of stres of school age children. The research design is Quasy Experimental design with Control Group Pre-test-post-test. Sixty subjects were recruited as sample using simple random sampling. Samples were divided into two groups, 30 respondents as experiment group and the other as control group. The finding of this study showed that there was a decrease the mean value to 9 points in treatment group with $p < 0.05$. The control group increased the mean value of -9.4 points with $p < 0.05$. There is effects of brain gym on the stres level of children 4th and 5th grade ($t = 6,996$; $p < 0,01$). Brain gym can be given to school children to reduce level of children stres.

Key words: brain gym, school age children, stres level

PENDAHULUAN

Anak usia sekolah mengalami perubahan perkembangan biologis di mana anak tumbuh terus-menerus. Selain itu perkembangan kecerdasan pada periode ini amat jelas. Anak banyak menyerap ilmu melalui belajar mengajar dan cakrawala dunianya juga semakin luas. Perkembangan konsep diri, ketrampilan membaca, menulis serta berhitung dan belajar menghargai sekolah juga terjadi pada periode ini (Steven, 1999).

Anak usia sekolah (6-12 tahun) mengalami tahap rajin dan rendah diri. Anak akan selalu berusaha mencapai sesuatu yang diinginkan atau prestasinya sehingga anak pada usia ini adalah rajin dalam melakukan sesuatu akan tetapi apabila harapan anak ini tidak tercapai kemungkinan besar anak akan merasakan rendah diri atau minder (Erikson dalam Hidayat, 2006).

Murid datang ke sekolah dengan harapan agar bisa mengikuti pendidikan dengan baik. Berbagai masalah yang mereka hadapi bersumber dari ketegangan karena ketidakmampuan mengerjakan tugas, persaingan dengan teman, kemampuan dasar intelektual kurang, motivasi belajar yang lemah, kurangnya dukungan orang tua, dan guru yang kurang ramah sehingga menyebabkan anak stres. Masalah tersebut tidak selalu dapat diselesaikan dalam situasi belajar mengajar di kelas, melainkan memerlukan motivasi dan pelayanan secara khusus oleh guru di luar situasi proses pembelajaran (Ibung, 2005).

Menurut Perry dan Potter (2005) anak usia sekolah dapat mengalami stres karena perubahan pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi. Potensi kecerdasan dan kreativitas anak akan terhambat karena situasi dan kondisi yang dirasa menekannya membuatnya tidak nyaman. Kecerdasan kreatif anak merupakan aset berharga dalam menghadapi kehidupannya kelak. Dalam kondisi stres dan tertekan, otak anak tidak akan bekerja maksimal dan hanya merekam kejadian, pikiran dan perasaan negatif. Dampak dari stres tersebut dapat berupa terjadinya gangguan kesehatan psikososial dan fisik. Misalnya, meningkatkan kerentanan terhadap penyakit yang berhubungan dengan fisik, terganggunya hubungan antar teman sebaya, lingkungan sekolah yang kurang memadai, bahkan terjadinya penurunan belajar pada anak di sekolah. Dalam jangka pendek, dampak negatif stres ialah mengacaukan dan merusak emosi anak yang ditandai dengan gampang marah, sulit berkonsentrasi, dan mengalami kegelisahan yang berakibat sering mengompol. Dampak jangka panjangnya ialah bisa membuat anak mengalami *chronic stress* dan depresi di masa kecil. Gamon dan Bragdon (2005) mengatakan adanya rangsangan stres yang tinggi akan meningkatkan kadar *cortisol*, di mana *cortisol* disekresikan oleh kelenjar adrenal. Ketika stres orang akan sulit berfikir jernih, mempelajari atau mengingat berbagai hal. Salah satu alasan dalam hal ini adalah kortisol mengurangi pemasokan gula darah ke hipokampus dan seluruh otak lainnya. Jika hipokampus untuk sementara tidak menerima pemasokan, ingatan jangka pendek tidak dapat dimunculkan, sehingga akan mengganggu dalam proses belajar-mengajar.

Kusumoputro (1997) menyatakan upaya optimalisasi sumber daya manusia tidak terlepas dari optimalisasi sumber daya otak. Kunci keberhasilannya adalah upaya peningkatan pembelajaran atau proses belajar-mengajar. Selain melalui pendidikan, pelatihan

fungsi otak juga dapat dilakukan untuk mengoptimalkan fungsi otak, yaitu dengan cara senam otak (*brain gym*). Menurut para ahli, senam otak dapat membantu mengoptimalkan fungsi otak jika dilakukan dengan benar dan teratur. Proses tersebut dikatakan berhasil apabila seseorang dapat menerima informasi dan menyimpan dalam memori jangka panjang dan meningkatkan kembali jika diperlukan.

Denninson (2006) menyatakan dalam riset terbaru *American Alliance for Health, Physical Education and Dance National Convention, April 1987* bahwa anak-anak yang tidak mampu dalam belajar dapat dibantu dengan memberikan mereka pelatihan berupa olahraga, makan makanan sehat, dan mengurangi stres. Salah satu bentuk olah raga yang mampu mengoptimalkan fungsi otak adalah dengan senam otak. Gerakan pada senam ini dapat memperlancar aliran darah dari tubuh ke otak dan sebaliknya sehingga fungsi otak dapat optimal (Munir, 2003). Senam otak mendorong keseimbangan aktivitas kedua belahan otak secara bersamaan, yaitu otak belahan kiri dan otak belahan kanan sehingga potensi kedua belahan otak akan seimbang dan kecerdasan anak akan menjadi maksimal (Depkes RI, 2007).

Berdasarkan studi pendahuluan di SDN Wojo Bangunharjo Sewon Bantul Yogyakarta pada bulan Maret 2010, dari hasil observasi yang telah dilakukan, didapatkan data jumlah siswa sebanyak 285 siswa. Jumlah siswa kelas 4 sebanyak 49 siswa sedangkan kelas 5 sebanyak 47 siswa. Dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti terhadap wali kelas dan orang tua wali terdapat 15 siswa yang memiliki ciri-ciri stres pada anak yakni terjadi penurunan nilai karena standar yang tinggi, anak malas sekolah disebabkan lupa mengerjakan PR sehingga dihukum oleh guru, dan anak merasa terkucil karena persaingan memperoleh nilai yang bagus.

Penelitian tentang senam otak pada lansia dan *attention deficit and hyperactivity disorder* (ADHD) sudah banyak dilakukan oleh peneliti (Yusuf, 2006; Normalasari, 2008; Muzayin, 2007 dan Eliez, 2009). Namun belum ada peneliti yang melakukan penelitian yang berfokus pada topik pengaruh senam otak terhadap tingkat stres pada anak sekolah. Oleh karena itu penelitian dengan topik ini penting untuk dilakukan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk jenis kuantitatif dengan metode *Quasy Experiment* dan dengan desain *Nonequivalent Control Group*. Subjek dalam penelitian ini direkrut dengan teknik *simple random sampling*. Subjek penelitian ini adalah siswa kelas 4 dan 5 di SDN Wojo Bangunharjo Sewon Bantul yang berjumlah 60 siswa yang dibagi menjadi 2 kelompok sampel yaitu 30 siswa diberi senam otak dan 30 siswa tidak diberi perlakuan. Subjek dalam penelitian ini memenuhi kriteria yang ditentukan yaitu: kesehatan, umur, jenis kelamin, nutrisi dan lingkungan. Data diambil dengan memberi kuesioner *pre-test* dan *post-test* pada masing-masing kelompok pada bulan Mei 2010 selama dua minggu.

Instrument penelitian ini menggunakan Skala Tingkat Stres Anak yang diadaptasi dari Skala Tingkat Stres Anak yang dibuat oleh Iswinarti (1996) dan teori stres Andrew Golizek (2005). Tingkat stres anak yang diungkap dalam penelitian ini adalah respon emosional dan

fisik yang terjadi akibat adanya tuntutan yang berkaitan dengan sekolah dan respon stres yang mungkin muncul. Instrumen telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Validitas diuji dengan Pearson Product Moment dan reliabilitas diuji dengan Kuder Richardson (KR 20). Item-item pada instrumen telah valid dengan $r_{hitung} > r_{tabel}$ (0,427) dan reliabilitas instrumen $r=0,788$.

Subjek baik kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol sebelumnya diberi *pre-test* terlebih dahulu dengan menggunakan instrumen yang ada sehingga diperoleh skor awal sebelum intervensi. Hasil skor pada *pre-test* tersebut dijadikan sebagai data awal. Kemudian pada kelompok eksperimen diberikan intervensi senam otak tiga kali seminggu, yang dilakukan setiap hari Senin, Rabu dan Sabtu pada waktu pagi jam 07.00 WIB sebelum proses belajar atau pada saat jam istirahat, selama 2 minggu dengan durasi 15 menit. Intervensi (senam otak) dilaksanakan bersama-sama dalam kelompok perlakuan dengan panduan dari peneliti. Setelah itu dilakukan *post-test* pada kedua kelompok sebagai evaluasi dengan menggunakan instrumen yang sama dengan *pre-test* sehingga dapat diketahui efektivitas eksperimen terhadap penurunan stres.

Sebelum dilakukan uji statistik terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui normal atau tidak data tersebut, yaitu menggunakan rumus uji *Kolmogorov Smirnov*. Dari hasil pengujian didapatkan data terdistribusi normal, sehingga dilakukan analisis dengan statistik parametris dengan rumus *independent samples t-test* (Sugiyono, 2007).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik subjek penelitian digambarkan dalam tabel-tabel berikut.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Subjek Berdasarkan Usia

Usia	Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
10 tahun	3	10	26	86
11 tahun	23	76	4	14
12 tahun	4	14	0	0
Total	30	100	30	100

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan usia anak pada kelompok perlakuan sebagian besar berumur 11 tahun yaitu sebanyak 23 orang (76%), dan yang paling sedikit yakni 3 orang (10%) berusia 10 tahun. Karakteristik usia kontrol sebagian besar berumur 10 tahun yaitu sebanyak 26 orang (86%), 4 orang (14%) berusia 11 tahun.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Subjek Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
Perempuan	19	63	18	60
Laki-laki	11	37	12	40
Total	30	100	30	100

Tabel 2 menunjukkan responden jenis kelamin anak pada kelompok perlakuan sebanyak 19 orang (63%) berjenis kelamin perempuan dan 11 orang (37%) berjenis kelamin laki-laki. Sedangkan pada kelompok control sebanyak 18 orang (60%) berjenis kelamin perempuan dan 12 orang (40%) berjenis kelamin laki-laki.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Subjek Berdasarkan Pendidikan Orang Tua

Pendidikan	Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
Tidak sekolah	0	0	0	0
SD	6	20	13	43
SLTP	8	27	7	24
SLTA	16	53	9	30
PT	0	0	1	3
Total	30	100	30	100

Merujuk tabel 3 responden berdasarkan pendidikan orang tua pada kelompok perlakuan sebanyak 16 orang (53%) berpendidikan SLTA, 8 orang (27%) berpendidikan SLTP, dan 6 orang (20%) berpendidikan SD. Sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 13 orang (43%) berpendidikan SD, 9 orang (30%) berpendidikan SLTA, 7 orang (24%) berpendidikan SLTP dan 1 orang (3%) berpendidikan perguruan tinggi.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penghasilan Orang Tua

Penghasilan	Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
< Rp. 750.000;	6	20	20	66
Rp.750.000; - Rp. 1.000.000;	21	70	6	20
>Rp. 1.000.000;	3	10	4	14
Total	30	100	30	100

Tabel 4 menunjukkan responden berdasarkan penghasilan orang tua pada kelompok perlakuan sebanyak 21 orang (70%) berpenghasilan antara 750 ribu – 1 juta, 6 orang (20%) berpenghasilan kurang dari 750 ribu, dan 3 orang (10%) berpenghasilan lebih dari 1 juta. Sedangkan kelompok kontrol sebanyak 20 orang (66%) berpenghasilan kurang dari 750 ribu, 6 orang (20%) berpenghasilan antara 750 ribu – 1 juta, dan 4 orang (14%) berpenghasilan lebih dari 1 juta.

Table 5. Distribusi skor per item pada pre-test dan post-test anak usia sekolah di SDN Wojo Bangunharjo Sewon Bantul.

Kelompok		Item										
Pre-test												
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	Perlakuan	135	139	128	126	176	153	187	148	119	159	90
	Kontrol	124	110	78	100	157	122	160	113	90	139	74
	Jumlah	259	249	206	226	333	275	309	261	209	298	164
Post-test												
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	Perlakuan	114	101	85	99	147	123	155	123	89	129	69
	Kontrol	144	127	120	116	180	155	181	154	120	160	95
	Jumlah	258	228	205	215	327	278	336	277	209	289	164

Table 6. Distribusi skor per sub item pada pre dan post test anak usia sekolah di SDN Wojo Bangunharjo Sewon Bantul.

Kelompok	Sub Item									
Perlakuan										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pre-test	165	225	161	117	87	191	163	140	77	179
Post-test	129	187	148	86	66	162	156	105	57	138
Selisih	-36	-38	-13	-31	-21	-29	-7	-35	-20	-41
Kontrol										
Pre-test	126	186	156	89	69	168	159	116	48	150
Post-test	154	213	173	116	98	205	181	147	85	178
Selisih	28	27	17	27	29	37	22	31	37	28

Table 7. Hasil Paired Samples Test Tingkat stres anak usia sekolah di SDN Wojo Bangunharjo Sewon Bantul

Variabel	Rata-rata	Df	Sig	t hitung	Ket.
<i>Pre Test</i> perlakuan	50,1667				
<i>Post Test</i> Perlakuan	41,1667	29	0,000	5,960	Signifikan
Variabel	Rata-rata	Df	Sig	t hitung	Ket.
<i>Pre Test</i> Kontrol	42,2333				
<i>Post Test</i> Kontrol	51,6333	29	0,000	-4,366	Signifikan

Table 8. Hasil Independent Samples Test Tingkat stres anak usia sekolah di SDN Wojo Bangunharjo Sewon Bantul

Selisih	Rata-rata	df	Sig	t hitung	Ket.
<i>Pre-Post Test</i> Perlakuan	9,0000				
<i>Pre-Post Test</i> Kontrol	-9,4000	58	0,000	6,996	Signifikan

Table 9. Pengaruh senam otak terhadap penurunan tingkat stres anak usia sekolah di SDN Wojo Bangunharjo Sewon Bantul

Tingkat Stres	Kelompok	
	Perlakuan	Kontrol
Pre-test		
Tinggi	7 (23%)	4 (12%)
Sedang	16 (54)	13 (44%)
Rendah	7 (23%)	13 (44%)
Post-test		
Tinggi	0	4 (12%)
Sedang	17 (56%)	19 (65%)
Rendah	13 (44%)	7 (23%)
Total	60 (100%)	60 (100%)
Uji Independent Sample Test dengan nilai signifikan $p = 0,000$		

Berdasarkan tabel 5 didapatkan skor tertinggi pre-test pada item G, hal ini menunjukkan bahwa pelajaran Matematika (item G) yang paling banyak menyebabkan stres pada anak sebelum diberikan senam otak. Sedangkan pada post-test item dengan skor tertinggi juga item G (tuntutan pelajaran Matematika). Hal ini menunjukkan pelajaran Matematika yang paling banyak menyebabkan stres pada anak sesudah diberikan senam otak.

Merujuk tabel 6 skor sub item tertinggi pada pre-test kelompok perlakuan dan kontrol sama-sama sub item 2. Hal ini menunjukkan bahwa respon stres yang sering dialami oleh anak baik kelompok perlakuan maupun kontrol sebelum diberi senam otak adalah sulit berkonsentrasi (sub item 2). Skor sub item tertinggi pada post-test kelompok perlakuan dan kontrol adalah sub item 2 (sulit konsentrasi). Hasil post-test pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa respon stres yang terbanyak mengalami penurunan sesudah diberi senam otak adalah sulit konsentrasi (sub item 2) yang semula 225 menjadi 187, sedangkan hasil post-test pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa respon stres yang terbanyak mengalami peningkatan sub item 6 (gelisah, bingung, sedih) dan sub item 9 (keringat dingin keluar).

Berdasarkan tabel 7 disajikan perbandingan skor pre-test dan post-test. Terdapat pengaruh senam otak yang sangat signifikan terhadap tingkat stres. Hal ini dapat dilihat dari uji Paired Sample Test pada kelompok perlakuan dengan nilai signifikansi $p = 0,000$ yang berarti ada pengaruh senam otak pada penurunan tingkat stres anak usia sekolah. Hasil rerata yang semula 50,16 (pre) menurun menjadi 41,16 (post). Sedangkan pada kelompok kontrol

uji Paired Sample Test menunjukkan hasil yang signifikan $p = 0,000$ dengan rerata yang semula 42,23 (pre) meningkat menjadi 51,63 (post).

Tabel 8 Hasil uji statistik dengan menggunakan uji beda Independent Sample Test untuk nilai post-test kelompok perlakuan dan kelompok kontrol didapatkan hasil $p = 0,000$ pada level $p < 0,05$ yang berarti bahwa ada perbedaan yang bermakna secara statistik antara kelompok perlakuan dan kontrol.

Merujuk tabel 9 di atas menunjukkan perbandingan perubahan tingkat stres antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dari 30 responden kelompok perlakuan didapatkan 17 (57%) menunjukkan tingkat stres sedang, 13 (43%) menunjukkan tingkat stres rendah. Sedangkan dari 30 kelompok kontrol didapatkan 4 responden (13%) menunjukkan tingkat stres tinggi, 19 responden (64%) menunjukkan tingkat stres sedang, dan 7 responden (23%) menunjukkan tingkat stres rendah.

Setelah diberi senam otak selama 2 minggu pada kelompok perlakuan kemudian dilakukan analisis tingkat stres kepada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Didapatkan bahwa ada penurunan jumlah anak dengan kategori sedang dan tinggi pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol ada peningkatan jumlah anak dengan kategori tinggi dan sedang.

Pada akhir masa anak-anak, ketakutan yang nyata cenderung menurun sementara kecemasan yang berkaitan dengan sekolah, kompetisi individu dan hubungan sosial mejadi meningkat. Anak yang melihat dirinya kurang mampu dibandingkan dengan teman sebaya, seperti menilai bekal yang mereka miliki tidak cukup kuat untuk menghadapi tuntutan stresor (Hughes,1995).

Anak bisa mengalami stres yang bersumber dari keluarga, misalnya kekurangan perhatian atau kelebihan perhatian dari orang tua, terlalu dibebaskan atau disiplin oleh orang tua, sakit atau gangguan fisik, dan perubahan status keluarga. Termasuk stres dari sekolah adalah hal-hal yangt berkaitan dengan tugas-tugas sekolah, hubungan dengan guru, dan hal-hal yang berhubungan dengan kehidupan sekitar (Kisker, 1987 dalam Iswinarti 1996).

Ada beberapa hal yang membentuk anak untuk menciptakan dan mempertahankan dirinya dalam menghadapi stresor yang muncul. Lebih dikenal dengan sebutan karakteristik individu, yang sangat mempengaruhi cara indiviu mengatasi stres yang dirasakan, di antaranya adalah jenis kelamin, faktor usia, faktor keturunan, kemampuan menyelesaikan masalah (Rutter 1981, dalam Iswinarti 1996).

Senam otak yang diberikan pada kelompok perlakuan dapat bermanfaat untuk mengurangi stres emosional dan membuat pikiran menjadi jernih, selain itu juga akan meningkatkan kemampuan koping positif (Arif, 2004). Terbentuknya mekanisme koping bisa diperoleh melalui proses belajar dalam pengertian yang luas dan relaksasi. Apabila individu mempunyai mekanisme koping yang efektif dalam menghadapi stresor, maka stresor tidak akan menimbulkan stres yang berakibat kesakitan (Sholeh, 2005).

Senam otak juga bermanfaat untuk memperbaiki potensi dan aktualisasi otak pada anak (Sidiarto, 1999). Salah satu gerakan pada senam otak yang dapat mengintegrasikan kedua belahan otak melalui *corpus callosum* adalah gerakan gerakan menyeberang garis

tengah (*crossing the middle*) sehingga terjadi *whole brain thinking* (Yusuf dkk., 2006). Pada responden yang diberi senam otak terjadi pengintegrasian antara otak belahan kanan dan kiri karena prinsip dari senam otak adalah gerakan menyilang garis tengah tubuh (*crossing the middle*) dan gerakan kontralateral (*contralateral movement*) (Dennison, 1997).

Penelitian ini pelaksanaannya mendekati ujian akhir semester dan terima raport pada saat tambahan pelajaran sering kali diberikan, hal ini dapat menjelaskan bahwa kelompok kontrol yang tidak diberi perlakuan menjadi semakin terbebani dengan tugas sekolah.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa senam otak ada pengaruh terhadap penurunan tingkat stres pada anak usia sekolah. Data ini juga didukung analisis isi (*Content Analysis*) kepada kelompok perlakuan. Hasil wawancara menunjukkan sebagian besar responden merasakan senang atau gembira setelah bersenam otak dan menyatakan ada perubahan dalam kemampuan belajar mereka.

Lingkungan sekolah merupakan salah satu stresor bagi anak usia sekolah di mana dalam lingkungan tersebut anak dituntut untuk belajar dan mengikuti peraturan yang berlaku (Sholeh, 2005). Kondisi inilah yang dapat memicu terjadinya stres pada anak usia sekolah. Pada kelompok kontrol terjadi peningkatan stres yang dapat dilihat dari nilai pre-test dan post-test di mana nilai pre-test lebih kecil dibandingkan nilai post-test. Hal ini dimungkinkan karena pada kelompok kontrol ini terjadi stres, sedangkan pada kelompok perlakuan terjadi penurunan tingkat stres karena kelompok perlakuan diberi senam otak di mana senam otak dapat berfungsi untuk menurunkan stres. Ingatan seseorang dapat mempengaruhi stres.

Stres menyebutkan aktivitas tubuh dikendalikan oleh sistem saraf simpatis, yang menyiapkan tubuh bereaksi melawan atau menghindari (takut, agresif). Sehingga, aktivitas di sistem limbik, di mana proses mengingat terjadi dan di neokorteks cerebrum tempat untuk berpikir abstrak dan analisis terhambat. Untuk mengatasi stres yang menghambat proses belajar dapat dilakukan senam otak yang dapat memfasilitasi siswa untuk mengoptimalkan seluruh fungsi otak, yang kemudian akan merilekskan respon *fight* atau *flight* yang bermanfaat untuk mengoptimalkan proses mengingat dan berpikir di otak (Maguire, 2001).

Senam otak dapat mempengaruhi sistem *limbik*, hal ini dibuktikan dari hasil wawancara dengan responden yang menyatakan merasakan rileks, senang dan bersemangat setelah melakukan senam otak. Sistem *limbik* yang terdiri dari *amigdala* dan *hipokampus* merupakan bagian otak yang berfungsi dalam mengatur motivasi dan respon emosi (Sholeh, 2005). Koping yang positif merupakan coping yang berfokus pada emosi. Koping yang positif merupakan coping yang berhasil sehingga dapat mengurangi stres dan penyembuhan emosi (Carpenito, 2000).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Donezick (1994), yang dalam penelitiannya membuktikan bahwa *Dennison Lateral Repatterning* (DLR) yang merupakan salah satu gerakan dari senam otak yang diberikan oleh peneliti pada responden kelompok eksperimen dapat membantu mengatasi masalah yang berkaitan dengan memori. Tujuan dari gerakan DLR adalah untuk menemukan bagaimana menyeberangi garis tengah visual, auditorial dan kinestetik dari tubuh untuk pengolahan bilateral.

Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yusuf dkk. (2006) yang menemukan bahwa senam otak mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku anak dengan *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder* (ADHD). Hal ini berkaitan dengan penelitian sebab pengaruh senam otak terhadap tingkat stres adalah saling berkaitan di mana menurut penelitian ada 3 area lokus otak yang mempengaruhi stres, yakni: sistem *limbik* yang berhubungan dengan ekspresi emosi manusia dan perilakunya, lobus frontal yang merupakan mediator pada perilaku dan pemikiran rasional yaitu bagian otak yang berfungsi untuk alasan dan interaksi emosi, lobus temporal berperan pada proses memori dan interpretasi dalam mengaudit stimulus (Stuart dan Sundeen, 1995).

Stres yang menurun menyebabkan penurunan stimulasi medulla dan kelenjar adrenal untuk mengeluarkan hormone epinefrin dan nonepinefrin (katekolamin) (Benson, 2004). Senam otak yang diberikan kepada kelompok eksperimen dapat terbukti menurunkan tingkat stres karena senam otak merupakan aktivitas fisik yang dapat menghasilkan serotonin dan meningkatkan jumlah sel otak. Serotonin yang dihasilkan mempengaruhi hampir semua aspek dalam kehidupan otak, seperti membentuk mood, melindungi sel otak dari proses penghancuran neuron dan meningkatkan memori. Selain menghasilkan serotonin, senam otak dapat meningkatkan jumlah sel otak pada hippocampus yaitu bagian otak yang mengatur memori dan proses belajar (Gamon dan Bragdon, 2005).

Melakukan senam otak secara benar dan teratur membuat bagian-bagian otak diaktifkan dan bekerjasama, stres akan berkurang dan fungsi otak semakin baik. Stres yang berkurang diharapkan dapat mempengaruhi hipotalamus untuk menurunkan kerja sistem saraf otonom simpatis, yang dapat menyebabkan penurunan respon stres.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang senam otak terhadap tingkat stres pada anak usia sekolah kelas 4 dan 5 di SDN Wojo Bangunharjo Sewon Bantul, disimpulkan bahwa tingkat stres pada kelompok perlakuan post-test lebih rendah sedangkan kelompok kontrol post test jauh lebih tinggi.

Ada perbedaan yang bermakna tingkat stres pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dan senam otak dapat menurunkan tingkat stres pada anak usia sekolah kelas 4 dan 5 di SDN Wojo Bangunharjo Bantul Yogyakarta.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka peneliti memberikan saran, antara lain: (1) bagi perawat, agar dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam keperawatan khususnya keperawatan anak. Senam otak dapat dijadikan salah satu intervensi dalam pemberian asuhan keperawatan di komunitas, khususnya yang berbasis sekolah, (2) bagi Kepala Sekolah Dasar, senam otak dapat dijadikan salah satu kegiatan sekolah sebelum kegiatan belajar mengajar dilakukan sehingga stres pada anak dapat dikurangi, (3) bagi peneliti selanjutnya, agar dapat melanjutkan penelitian ini dengan variabel dan responden yang berbeda, misalkan pada kelompok pelajar siswa SLTP, siswa SLTA, play group, TK dan Lansia.

DAFTAR RUJUKAN

- Al Arif, 2004. *Cara praktis Mengembangkan Otak Anak*. Malang; Anak Jenius.
- Arikunto, S., 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Benson, H. 2000. *The Relaxation Response*. http://www.stres_help.tripod.com/d21.html. tanggal 10 Febuari 2010, jam 13.20
- Carpenito, L.J. 2000. *Diagnosa Keperawatan Aplikasi Pada Praktis Klinis*. Edisi 6. Alih Bahasa Tim penerjemah PSIK-UNPAD. Jakarta. EGC.
- Dennison, E.P., and Dennison, G., (1996). *Brain Gym Simple Activities for Whole Brain Learning*. California.
- _____, 2006. *Brain Gym, Senam Otak*. Jakarta: Grasindo.
- _____, Teplitz, J.V. 2005. *Brain Gym untuk Bisnis*. Batam: Interaksara.
- Depkes RI, 1999. *Usaha Kesehatan Sekolah*. Diakses 21 januari 2010., dari <http://www.depkes.go.id/index.php?option=articles&task=viewarticle&artid=111&Itemid=3>.
- _____, 2007. *Senam Otak untuk Merangsang Kecerdasan Bayi*. Diakses 21 Januari 2010., dari <http://www.depkes.go.id/index.php?option=articles&task=viewarticle&artid=111&Itemid=3>
- Gamon, D and Bragdon, A. 2005. *Building Mental Muscle: Conditioning Exercise for The Six Intelligence Zones*. (Rahmi A, Trans). Bandung; PT. Mizan Pustaka
- Hidayat, A.A.A. 2006. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Edisi Kedua. Jakarta: Salemba Medika.
- Iswinarti, 1996. *Tingkat Stres dan Prestasi Belajar Anak Usia Sekolah Yang Memperoleh Pengayaan*. Thesis Tidak diterbitkan. Yogya: Program Pasca Sarjana UGM.
- Kusumoputro, S. 1997. *Optimalisasi Fungsi Otak untuk Optimalisasi Sumber Daya Manusia*. Neurona. Volume 14.
- Munir, R. 2003. *Cerdas dengan Senam Otak*. Diakses 21 Januari 2010., dari <http://www.kompas.co.id/pendidikan/news/0702/1/122811.htm>
- Potter, P. A & Perry, A. G. 2005. *Fundamental of Nursing: Concept, Process and Pracrice*. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Sidiarto, L.D. 1999. *Tatalaksana dan Sistem Asuhan Pada Penyakit Alzheimer/ Demensia*. Berkala NeuroSains 1
- Sholeh, M. 2005. *Tahajud. Manfaat Praktis Ditinjau dari Ilmu Kedokteran*. Surabaya: Forum Studi HIMANDA.
- Steven, P., 1999. *Ilmu Keperawatan*. 2th ed. Jakarta: EGC

MAKNA MENOPAUSE BAGI WANITA DI KOTA KARAWANG

Sari Sudarmiati*

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

E-mail: sari_sudarmiati@yahoo.com

Abstrak

Menopause merupakan suatu fase dalam kehidupan seorang wanita yang dapat disertai keluhan fisik maupun psikologis. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa wanita Barat lebih banyak mengalami keluhan saat menopause dibandingkan dengan wanita di Timur. Perbedaan respon tersebut dapat disebabkan bagaimana wanita memaknai menopause itu sendiri. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui makna menopause bagi wanita di Kota Karawang. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Jumlah partisipan 7 dengan menggunakan *purposive sampling*. Analisis data menggunakan metoda Colaizzi, terdiri dari 5 tema yaitu menopause merupakan hal alami dari proses penuaan, masa kebebasan, tidak memiliki kemampuan reproduksi, menopause mengurangi identitas kewanitaannya dan suatu tahap persiapan ke kehidupan selanjutnya. Penelitian ini menyimpulkan bahwa menopause dipandang sebagai hal yang wajar, dan wanita tidak memperlakukan perubahan fisik yang dialaminya.

Kata Kunci: menopause, makna.

PENDAHULUAN

Menopause adalah berhentinya haid (Pillitteri, 2003). Wanita dikatakan menopause bila tidak mengalami haid selama dua belas bulan berturut-turut. Rata-rata wanita memasuki usia menopause pada umur 45-55 tahun (Jugge, 2008).

Dewasa ini, jumlah wanita yang mengalami menopause cukup besar. Baziad (2003) menyatakan bahwa jumlah wanita di Indonesia yang berusia di atas 50 tahun dan diperkirakan telah memasuki masa menopause sebanyak 15.5 juta orang pada tahun 2000. Jumlah ini diperkirakan menjadi 30.3 juta pada tahun 2020. Jumlah ini tentunya memerlukan perhatian yang serius dari segi masalah kesehatan yang ditimbulkan oleh menopause.

Menopause mengakibatkan timbulnya konsekuensi fisik dan psikologis, di antaranya sakit punggung, nyeri persendian, gangguan tidur, disparenia, dan depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Jacobsen, et al. (2003) menyatakan bahwa penyebab kematian utama pada wanita Norwegia yang menopause adalah penyakit jantung iskemik (18%), stroke (19,2%), kanker (5,7%), penyebab lain (42,2%), *violent death* (3,2%), dan tidak diketahui (0,8%). Penelitian lain yang dilakukan oleh Cheung, Chaundry, Kapral, Jackevicius, dan Robinson (2004) mengatakan bahwa terdapat morbiditas psikiatri yang tinggi di antara wanita

perimenopause. Sekitar 30% dari 436 wanita di Philadelphia berusia antara 45 hingga 47 tahun dilaporkan mengalami depresi saat menopause (Women's Health Program, Monash University, 2007, ¶ 6, <http://womenshealth.med.monash.edu.au>, diperoleh tanggal 15 Pebruari 2009). Berbagai permasalahan seputar menopause tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup seorang wanita yang sebenarnya memiliki hak untuk sejahtera di usia senja.

Menopause merupakan suatu pengalaman yang sangat individual dan berbeda antar wanita satu dengan lainnya (Fecteau, 2002). Bagaimana persepsi dan penerimaan wanita terhadap menopause dapat dipengaruhi oleh budaya dan makna atau arti menopause bagi wanita itu sendiri. Wanita Barat cenderung mengalami perasaan takut, depresi dan frustrasi. Hal yang berbeda ditemukan pada wanita Timur, di mana wanita melaporkan lebih sedikit keluhan (Lock, 2002).

Kota Karawang merupakan kota industri yang penduduknya terdiri dari masyarakat urban dengan beraneka ragam suku budaya dan strata sosial. Menopause bagi masyarakat Karawang berarti “baqi”, di mana wanita menjadi keriput, tua, dan kering sehingga tidak dapat melayani suaminya. Berdasarkan wawancara dengan tokoh masyarakat, ternyata masyarakat Karawang memiliki kecenderungan untuk mudah melakukan kawin cerai, di mana hal ini terutama dijumpai pada pasangan muda atau usia produktif. Selain itu, terdapat pula kecenderungan bagi pria di Karawang untuk memiliki istri lebih dari satu atau menikah kembali bila istri dianggap tidak dapat memberikan pelayanan kepada suami (Ny. A, komunikasi personal, 10 Maret 2009). Sehingga perlu digali lebih lanjut mengenai arti atau makna menopause bagi wanita di Karawang.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana makna menopause bagi wanita di Karawang. Manfaat penelitian ini bagi perawat dan tenaga kesehatan adalah sebagai masukan untuk mengembangkan intervensi keperawatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian kualitatif digunakan untuk menggali pengalaman hidup manusia dengan menekankan nilai-nilai subyektif yang disampaikan oleh informan dari fenomena yang ada dan ditampilkan dalam bentuk narasi (Polit & Hungler, 1999). Penelitian ini ingin mengeksplorasi kedalaman dan kompleksitas dari arti menopause bagi wanita sehingga didapatkan pemahaman dan makna yang mendalam dari fenomena tersebut.

Sampel dalam penelitian ini adalah wanita perimenopause. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan kriteria inklusi:

wanita perimenopause berumur 45 hingga 55 tahun, bersedia menjadi informan, tinggal di Karawang. Jumlah partisipan adalah 7 orang, data dikumpulkan dengan menggunakan *indepth interview* dilengkapi dengan catatan lapangan. Analisis data menggunakan metode *Colaizzi*. Etika penelitian meliputi hak menentukan nasib sendiri (otonomi), kerahasiaan, *privacy*, keadilan, *protection from discomfort*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Partisipan dalam penelitian ini berusia 47 hingga 52 tahun. Suku Sunda 4 orang, Jawa 2 orang, serta Suku Padang 1 orang. Empat partisipan masih mendapatkan menstruasi namun tidak teratur (perimenopause), sedangkan 3 partisipan lainnya sudah tidak mendapatkan menstruasi (menopause). Seluruh partisipan berpendidikan. Hanya 1 partisipan berpendidikan SMU dan S2. Partisipan lainnya (5) berpendidikan sarjana. Pekerjaan partisipan bervariasi (PNS dan wiraswasta).

Terdapat lima tema dalam penelitian ini, yaitu hal alami dari proses penuaan, masa kebebasan, tidak memiliki kemampuan reproduksi, menopause mengurangi identitas kewanitaannya dan suatu tahap persiapan ke kehidupan selanjutnya.

Seluruh partisipan memaknai menopause sebagai hal yang alami dan merupakan bagian dari proses penuaan. Berikut ungkapan partisipan:

"....hal yang wajar ya....karena sudah tua"(P6)" Kita melewati masa-masa muda beranjak ke tua"(P7).

Empat partisipan memaknai menopause sebagai masa kebebasan seksual, di mana mereka tidak perlu lagi untuk menggunakan kontrasepsi, tidak mungkin hamil. Sedangkan 3 partisipan menyatakan mereka merasa bebas untuk beribadah tanpa gangguan menstruasi. Berikut ungkapan partisipan:

"Nggak perlu pake KB lagi"(P5)."...tidak mungkin hamil(P3)".... bisa puasa penuh....(P7).

Seluruh partisipan memaknai menopause sebagai berhentinya menstruasi dan diikuti dengan penurunan kesuburan, sehingga tidak dapat memiliki anak lagi. Berikut ungkapan partisipan:

"Berhentinya menstruasi...tidak lagi mendapat menstruasi..sehingga berpengaruh terhadap kesuburan"(P6)."tidak mendapat mens, telur sudah tidak bisa dibuahi lagi"(P7)

Seluruh wanita menganggap bahwa menopause mengakibatkan terjadinya perubahan identitas kewanitaan. Berikut ungkapan partisipan:

“Kulit jadi keriput....kalau tidak dijaga.....bungkuk(P6)”. “Sudah baqi”(P7).”nanti kering...gairahnya akan berkurang.(P2)”

Dua partisipan menyatakan bahwa menopause merupakan suatu tahap persiapan ke kehidupan yang lebih lanjut. Wanita harus mempersiapkan diri mereka untuk kehidupan tersebut dengan memperbanyak ibadah, berdoa dan berperilaku yang baik. Berikut ungkapan partisipan:

“tahap tinggal landas.....ke tahap berikutnya(P2)”. “Kalau sudah menopause....berarti sudah tua, yang ingat,harus siap-siap kita (P3)”. “Ingat dengan Yang Di Atas, banyak ibadah, ngejaga tingkah laku.....(P5)”

Menopause diartikan sebagai berhentinya menstruasi yang mengakibatkan perubahan fisik pada wanita (Baziad, 2003). Bagi partisipan, perubahan fisik yang dialami oleh wanita menopause merupakan suatu hal yang alami dari kehidupan yang merupakan bagian dari proses penuaan. Hal ini mengakibatkan walaupun wanita mengalami keluhan saat menopause, namun mereka tidak mempermasalahkannya hal tersebut. Mereka menerima perubahan yang terjadi. Hal yang serupa juga dinyatakan oleh Carolan (2006) bahwa wanita Irish memandang menopause sebagai suatu hal yang alami dan wanita melaporkan sedikit keluhan. Perubahan fisik yang dialami saat menopause mengakibatkan seorang wanita menjadi tua dan tidak memiliki kemampuan reproduksi. Wanita memandang menopause merupakan suatu masa kebebasan. Baik kebebasan seksual ataupun kebebasan untuk beribadah. Kebebasan seksual diartikan sebagai hilangnya rasa kekhawatiran hamil meskipun tanpa menggunakan alat kontrasepsi. Sedangkan kebebasan ibadah diartikan sebagai suatu masa di mana wanita dapat melakukan ibadah puasa dan sholat tanpa gangguan siklus menstruasi. Carolan (2006) menyatakan bahwa wanita menopause di Irish merasakan kebebasan tugas reproduksi. Menopause bagi wanita di Karawang juga diartikan sebagai suatu tahap persiapan kehidupan selanjutnya atau suatu tahap tinggal landas. Hal ini membuat wanita lebih banyak beribadah, mendekatkan diri kepada Tuhan dan berperilaku baik.

SIMPULAN DAN SARAN

Menopause bagi wanita di Karawang merupakan suatu hal alami dari proses penuaan yang mengakibatkan terjadinya perubahan fisik pada seorang wanita. Selain itu menopause juga bermakna bahwa seorang wanita akan berkurang identitas kewanitaannya, tidak memiliki kemampuan reproduksi, sebagai suatu masa kebebasan dan tahap persiapan ke kehidupan selanjutnya. Partisipan dalam penelitian ini cenderung homogen dari segi strata sosial (status ekonomi) dan pendidikan. Saran: perlu dilakukan penelitian serupa dengan sampel yang lebih heterogen dan penelitian lanjut mengenai respon psikologis wanita menopause disertai dengan hasil observasi.

KEPUSTAKAAN

- Agee, E. (2000). Menopause and the transmission of women's knowledge: African American and white women's perspectives. *Medical Anthropology Quarterly* 14(1), 73-95.
- American Nurses Association. (2001). Menopausal health. <http://www.menopause.org.au>. Diambil tanggal 15 Pebruari 2009.
- American Menopause Society. (2008). About menopause. <http://www.menopause.org.au>. Diambil tanggal 15 Pebruari 2009.
- Aprilia, N.I. (2008). Faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada wanita perimenopause: Studi di Kelurahan Darma Kecamatan Wonokromo Surabaya. Skripsi. <http://www.adln.lib.unair.ac.id>. Diambil tanggal 3 Juli 2009.
- Australasian Menopause Society. (2008). Menopause: The short term effect and long term risk. <http://www.menopause.org.au>. Diambil tanggal 15 Pebruari 2009.
- Avis N.E., Assmann, S.F., Kravitz, H.M., Ganz, P.A., & Ory, M. (2004) Quality of life in diverse groups of midlife women: Assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life*, 13, 933-946.
- Avis, N.E., & Crawford, S. (2008). Cultural differences in symptoms and attitudes toward menopause. *Menopause Management*, 17(3), 8-13.
- Baziad, A. (2003). *Endokrinologi Ginekologi* (Edisi kedua). Jakarta: Media Aesculapius FK UI.
- Baziad, A. (2003). *Menopause dan andropause*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Becker, D., Lomranz, J., Pines, A., Shmotkin, D., Nitza, E., Amitay, G.B., et al. (2001). Psychological distress around menopause. (2001). *Psychosomatics*, 42(3), 252-257.
- Berg, J.A., & Lipson, J.G. (1999). Information sources, menopause beliefs, and health complaints of midlife Filipinos. *Health Care for Women International*, 20(1), 81-92.
- Berger, G., & Wenzel, E. (2001). Women, body and society: Cross cultural differences in menopause experiences. <http://www/ldb.org/menopause.htm>, diambil 20 Pebruari 2009.
- Bromberger, J.T., Meyer, P.M., Kravitz, H.M., Sommer, B., Cordal, A., Powell, L., et al. (2001). Psychologic distress and natural menopause: A multiethnic community study. *American Journal of Public Health*, 91(9), 1435-1442.

- Bromberger, J.T., Assmann, S.F., Avis, N.E., Schocken, M., Kravitz, H.M., & Cordal, A. (2003). Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and perimenopausal women. *American Journal of Epidemiology*, 158(4), 347-356.
- Brown, W.J., Mishra, G.D., & Dobson, A. (2002). Changes in physical symptoms during the menopause transition. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9(1), 53-67.
- Buchanan, M.C., Villagran, & Ragan, S.L. (2002). Women, menopause, and (Ms.)information: Communication about climacteric. *Health Commun*, 14(1), 99-119.
- Carolan, M. (2006). Menopause: Irish women's voices. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, 29 (4), 397 – 404.
- Cheung, A.M., Chaudhry, R., Kapral, M., Jackevicius, C., & Robinson, G. (2004). Perimenopausal and Postmenopausal Health. *BMC Womens Health*, 4(1), 23-46.
- Closkey, CAR. (1996). Changing focus: women's midlife journey toward becoming wise women. *Doctorate Dissertation*. UMI, **1999058173**.
- Cohen, B., & Menken, J. (2006). *Aging in sub saharan Africa: Recommendations for furthering research*. Washington DC: National Academies Press.
- Dillaway, H.E. (2008). Why can't you control this?" How women's interactions with intimate partners define menopause and family. Journal of Women & Aging, 20(1,2), 47 – 64.
- Farlie, T.G., Barbieri, R.L. (2007). Cross cultural considerations in menopausal women. <http://www/UpToDate.com>, diambil tanggal 16 Pebruari 2009.
- Fecteau, N. (2002). *Perceptions of young women regarding menopause*. Second Annual WELS and ELS, Undergraduate Research Symposium, CHARIS Institute of Wisconsin Lutheran College, 27 - 28 April 2002. <http://www.highwire.edu>, diambil tanggal 25 Pebruari 2009.
- Gold, E.B., Sternfeld, B., Kelsey, J.L., Brown, C., Mouton, C., Reame, N., et al. (2000). Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *American Journal of Epidemiology*, 152(5), 463-473.
- Hall, L., Callister, L.C., Berry, J.A., & Matsumura, G. (2007). Meaning of menopause: Cultural influences on perception and management of menopause. *Journal of Holistic Nursing*, 25(2), 106-118.
- Hartman, J.M., Berger, A., Baker, A., Bolle, J., Handel, D., Mannes, A., et al. (2006). Quality of life and pain in premenopausal women with major depressive disorder: The POWER (Premenopausal, Osteoporosis, Women, Alendronate, Depression) Study. *Health Quality Life Outcomes*, 4(2).

- Henderson, K.D., Bernstein, L., Henderson, B., Kolonel, M., & Pike, M.C. (2008). Predictor of the timing of natural menopause in the multiethnic cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 167(11), 1287-1294.
- Jacobsen, K.B., Heuch, I., & Kvale, G. (2002). Age at natural menopause and all cause mortality: A 37 year follow up of 19.371 Norwegian women. *American Journal of Epidemiology*, 157(10), 923-929.
- Jugge, D.E. (2008). Age at menopause differs-a little-by race and ethnicity. *Journal Watch Women's Health*, (724), 7.
- Kafanelis, B.T., Kostanski, M., Komesaroff, P.A., & Stojanovska, L. (2009). Being in the script of menopause: Mapping the complexities of coping strategies. *Qualitative Health Research*, 19(1), 30-41.
- Kahn, D., Moline, M.L., Ross, R.W., Altshuler, L.L., & Cohen, L.S. (2001). Depression during the transition to menopause: A guide for patients and families. <http://www.menopause.org.au>, diambil tanggal 20 Februari 2009.
- Lock, M. (2000). Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause. *Culture Medical Psychiatry*, 10(3), 23-46.
- Lock, M. (2002). *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Melby, M.K., Lock, M., & Kaufert, P. (2005). Culture and symptom reporting at menopause. *Human Reproduction Update*, 11(5), 495-512.
- Nichols, H.B., Dietz, A.T., Hampton, J.M., Ernstoff, L.T., Egan, K.M., Willet, W.C., et al. (2006). From menarche to menopause: Trends among US women born from 1912 to 1969. *American Journal of Epidemiology*, 164(10), 1003-1111.
- Nosek, M., Kennedy, H.P., & Gudmundsdottir, M. (2008). Silence, stigma, and shame: Distress during the menopause transition. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(5), 482.
- North American Menopause Society. (2008). Beating the menopause blues: Distinguishing mood swing and depression. <http://www.menopause.org>, diambil tanggal 25 Februari 2009.
- Ojanlatva, A., Makinen, J., Helenius, H., Korkeila, K., Sundell, J., & Rautava P. (2006). Sexual activity and perceived health among Finnish middle aged women health. *Quality of Life Outcomes*, 4(29).
- Olshansky, E. (2005). Feeling normal: Women's experiences of menopause after infertility. *American Journal Maternal Child Nurse*, 30(3), 195-200.
- Richters, J.M.A. (2000). Menopause in different cultures. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(2), pages 73 – 80.
- Siagian, A. (2007). Saatnya memperhatikan kesehatan wanita usia menopause dengan serius. <http://www.kesrepro.info>, diambil tanggal 12 Februari 2009.

- Sievert, L.L., & Hernandez, G.E. (2003). Attitudes toward menopause in relation to symptom experience in Puebla, Mexico. *Women & Health*, 38(2), 93 – 106.
- Shiu Yun, F., Anderson, Debra., & Courtney, Mary. (2003). Cross-cultural menopausal experience: Comparison of Australian and Taiwanese women. *Nursing and Health Sciences*, 5(1), 77-84.
- Speziale, H.J., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. (3rdEd) Philadelphia: Lippincot Williams & Walkin.
- Streubert, H.J & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincot Williams Walkins
- Susanto, A. (2001). Menopause, menakutkan atau menyenangkan? (1 Oktober 2001). *Kompas*. <http://www.kompas.com>, diambil tanggal 5 Pebruari 2009.
- Wagiyo (2005). Studi etnografi Pada Wanita Jawa Tengah Dalam Menjalani Masa Menopause. (Tesis, Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan).
- Women's Health Program, Monash University. (2007). Depression and the menopause. <http://www.womenshealth.med.monash.edu.au>, diambil tanggal 15 Pebruari 2009.
- Wienterich, J.A. (2007, Agustus). Gender, medicine, and the menopausal body: How biology and culture influence women experiences with menopause. Makalah dipresentasikan pada pertemuan Perkumpulan Sosiolog Amerika, New York City
- Winterich, J.A., Umberson, D. (2000). How women experience menopause: The importance of social context. *Journal of Women & Aging*, 11(4), 57 – 73.

ASPEK HUKUM KELENGKAPAN DOKUMEN ASUHAN KEBIDANAN PERTOLONGAN PERSALINAN DI RSU PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Sulistyaningsih

Prodi Kebidanan D III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta
email: zoelist_2203@yahoo.co.id

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini adalah mengkaji kelengkapan dokumen askeb pada pertolongan persalinan berdasarkan aspek hukum kesehatan aspek hukum perdata, pidana maupun hukum pembuktian. Desain penelitian ini adalah penelitian yuridis sosiologis. Populasi penelitian ini adalah dokumen rekam medis pertolongan persalinan di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama dua bulan, yaitu September dan Oktober 2010. Sampel penelitian ini adalah total populasi, yaitu 34 dokumen rekam medis pertolongan persalinan normal. Berdasarkan hasil review dokumen askeb, rata-rata kelengkapan isi dokumen askeb sudah mencapai 96.53%. Jumlah askeb yang datanya diisi lengkap adalah 14 askeb (41,18%). Dokumen askeb tersebut merupakan Akta Di bawah Tangan (ADT) yang tidak mempunyai kekuatan pembuktian lahir karena tidak semuanya dilengkapi tanda tangan, tetapi mempunyai kekuatan hukum formil maupun materiil. Berdasarkan hukum pembuktian formil dan materiil, serta dapat diterima sebagai alat bukti surat. Disarankan kepada Bidan dan Penolong persalinan normal agar melengkapi catatan isi terutama tanda tangan di partograf maupun dokumen lainnya. Selain itu juga melengkapi seluruh dokumentasi berdasarkan tindakan yang telah dilakukan.

Kata kunci: aspek hukum kesehatan, dokumen asuhan kebidanan, persalinan normal

PENDAHULUAN

Asuhan persalinan normal mengandalkan penggunaan partograf untuk memantau kondisi ibu dan janin serta kemajuan proses persalinan sehingga dapat mencegah partus lama (Depkes RI, 2002: 27). Partograf merupakan alat yang dapat digunakan oleh ahli kebidanan untuk menilai kemajuan dan tenaga kerja untuk mengidentifikasi intervensi bila diperlukan. Penelitian telah menunjukkan bahwa menggunakan partograf dapat sangat efektif dalam mengurangi komplikasi berkepanjangan dari tenaga kerja untuk ibu (pendarahan post partum, keracunan darah) dan bagi bayi baru lahir (kematian, anoxia, infeksi, dll) (Anonim, *erc.msh.org/quality/pstools/psprtgrf. cfm*, 10 Maret 2009). Berdasarkan penelitian Rahbar&Roshan (2000), Mohammad&Virasakdi (2005), Barbara et.al. (2008) WHO partograf harus dipromosikan untuk digunakan oleh bidan di rumah sakit.

Penggunaan partograf secara rutin dan tepat untuk mendokumentasikan dan memantau kemajuan persalinan serta kesehatan dan kenyamanan ibu dan bayi,

penuntun untuk membuat keputusan klinik dan deteksi dini atas masalah dan penyulit. Setiap penolong persalinan baik Spesialis Obstetri Ginekologi, bidan, dokter umum, residen, diwajibkan untuk memantau dan mendokumentasikan secara seksama kesehatan dan kenyamanan ibu dan janin dari awal hingga akhir persalinan (Depkes RI, 2002: 27).

Menurut Standart Pelayanan Kebidanan (SPK), bidan harus mencatat semua temuan dan pemeriksaan dengan tepat dan seksama pada kartu ibu dan partograf pada saat asuhan persalinan kala I, dan melengkapi partograf dengan seksama untuk semua ibu yang akan bersalin. Semua hasil pemeriksaan dengan menggunakan partograf dicatat pada semua kertas grafik, sehingga akan membantu bidan untuk memantau proses persalinan, mendeteksi abnormalitas, dan melakukan intervensi yang diperlukan segera untuk menyelamatkan ibu dan janin.

Selain partograf, setelah melaksanakan asuhan kebidanan pada pertolongan persalinan Bidan harus membuat dokumentasi berdasarkan Kepmenkes Nomor 369 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Bidan Bagian Standar Praktik Kebidanan Standar IX: Dokumentasi. Dokumentasi tersebut menjadi semakin penting dengan meningkatnya kerumitan sistem pelayanan kesehatan dewasa ini. Keberadaan dokumentasi kebidanan disamping penting dalam hukum kesehatan juga mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien, termasuk juga pelayanan kebidanan. Dokumentasi asuhan kebidanan merupakan bagian tidak terpisahkan dari rekam medis yang termasuk salah satu bahan baku Sistem Informasi Kesehatan (SIK), dan merupakan sumber daya non fisik manajemen kesehatan untuk memperoleh data/informasi yang akurat, lengkap dan mutakhir guna pemantauan pelayanan kebidanan paripurna. Pelayanan kebidanan ini dapat dievaluasi sebagai kinerja rumah sakit.

Dokumentasi asuhan kebidanan yang lengkap mempunyai kegunaan sangat luas, mencakup aspek administrasi, hukum, keuangan, riset medis, edukasi dan dokumentasi (Sanjoyo, www.yoyoke.web.ugm.ac.id, 27 Maret 2009). Dokumentasi asuhan kebidanan dalam bidang hukum, mempunyai beberapa fungsi utama, yaitu 1) sebagai bahan pembuktian di sidang pengadilan; 2) sarana mengembalikan ingatan para pihak yang berpekara. Di dalam proses hukum, tidak adanya dokumentasi asuhan kebidanan akan senantiasa menyudutkan atau merugikan bidan. Hal ini disebabkan karena apabila tidak ada catatan di dalam dokumentasi kebidanan, maka dianggap tidak ada bukti dilakukannya suatu aktivitas pelayanan kebidanan (Chandrawila, 2001: 47).

Dokumentasi asuhan kebidanan digunakan sebagai pedoman atau perlindungan hukum yang mengikat karena di dalamnya terdapat segala catatan tentang tindakan, pelayanan, terapi, waktu terapi, tanda tangan tenaga kesehatan yang merawat, tanda tangan pasien yang bersangkutan, dan lain-lain. Dokumentasi asuhan kebidanan dapat memberikan gambaran tentang standar mutu pelayanan yang

diberikan oleh Bidan. Dokumentasi asuhan kebidanan merupakan berkas rekam medis juga menyediakan data untuk membantu melindungi kepentingan hukum pasien, tenaga kesehatan dan penyedia fasilitas pelayanan kesehatan. Catatan ini juga menyediakan data yang melindungi kepentingan hukum pasien dalam kasus-kasus kompensasi pekerja, kecelakaan pribadi atau malpraktik. Dokumentasi asuhan kebidanan pada pertolongan persalinan dan partograf dapat digunakan sebagai alat bukti bila para pihak berperkara di pengadilan.

Berdasarkan hasil penelitian Sulistyaningsih, et.al. (2007) bidan praktik swasta di Kabupaten Bantul Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang membuat partograf secara lengkap hanya 1 orang (2%) dan sebanyak 50 orang (98%) tidak lengkap. Rumah sakit umum di Kota Yogyakarta sebanyak sembilan buah, salah satunya adalah RSUD Muhammadiyah Yogyakarta, yang merupakan rumah sakit rujukan dan pendidikan bagi tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan). Berdasarkan informasi petugas rekam medis di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta (2009) bahwa partograf tidak selalu ada dalam setiap rekam medis pertolongan persalinan normal dan selama ini belum ada data yang pasti mengenai kelengkapan asuhan kebidanan pada pertolongan persalinan. Berdasarkan hal tersebut, kelengkapan dokumentasi asuhan kebidanan pada pertolongan persalinan perlu diteliti berdasarkan aspek hukum kesehatan.

Berdasarkan latar belakang permasalahan, rumusan masalah penelitian ini adalah "bagaimanakah aspek hukum kesehatan tentang kelengkapan dokumen asuhan kebidanan pada pertolongan persalinan yang dibuat oleh Bidan di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta?"

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengkaji 1) kelengkapan dokumen askeb pada pertolongan persalinan berdasarkan review identifikasi ibu bersalin, kehadiran laporan yang penting (partograf), otentikasi dokumen dan praktik pencatatan yang baik, 2) Aspek hukum kesehatan tentang kelengkapan dokumen askeb pertolongan persalinan yang dibuat oleh Bidan di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta, baik aspek hukum perdata, pidana maupun hukum pembuktian.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah penelitian yuridis sosiologis, yaitu studi yang membahas aspek yuridisnya dan sekaligus membahas aspek-aspek sosial yang melingkupi gejala hukum tertentu (Soekanto, 1984:5). Aspek yuridis yang diteliti adalah aspek hukum kesehatan tentang kelengkapan dokumen askeb pertolongan persalinan oleh Bidan di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta. Aspek sosial yang diteliti adalah praktik Bidan di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta dalam melakukan pencatatan asuhan persalinan normal.

Penelitian ini dilakukan di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta karena merupakan salah satu rumah sakit pendidikan dan rumah sakit rujukan. Selain itu

rumah sakit ini juga telah memperoleh sertifikat ISO pelayanan kesehatan tahun 2009.

Populasi penelitian ini adalah dokumen rekam medis pertolongan persalinan di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama dua bulan, yaitu September dan Oktober 2010. Sampel penelitian ini adalah total populasi, yaitu 34 dokumen rekam medis pertolongan persalinan normal.

Data sekunder yang telah diperoleh melalui studi kepustakaan disusun secara sistematis sehingga diperoleh gambaran yang menyeluruh mengenai asas hukum, kaidah hukum, dan ketentuan hukum yang berkaitan dengan dokumen askeb pertolongan persalinan. Data primer yang diperoleh melalui studi lapangan digunakan untuk mendukung pemahaman dari studi kepustakaan terutama yang berkaitan dengan permasalahan.

Hasil penelitian ini dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif. Analisis kuantitatif dilakukan secara deskriptif untuk data kelengkapan dokumen askeb pertolongan persalinan yaitu analisis persentase. Analisis kualitatif dilakukan berdasarkan asas hukum, kaidah hukum dan ketentuan hukum yang berkaitan dengan kelengkapan dokumen dan standar prosedur operasional askeb pertolongan persalinan, sehingga diperoleh kerangka pemikiran yuridis yang sesuai dengan kaidah hukum yang berlaku di Indonesia.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil review rekam medis pasien, tiap dokumen rekam medis pasien dengan persalinan normal terdiri dari 22 dokumen, tetapi dokumen tersebut tidak selalu ada dalam tiap rekam medis persalinan normal. Dari 22 dokumen yang ada di RM, tidak semua dokumen dibuat oleh Bidan karena penolong persalinan dan pemberi asuhan tidak hanya Bidan. Dokumen yang dibuat oleh Bidan walaupun persalinan ditolong oleh dokter spesialis kandungan adalah catatan persalinan, partograf persalinan, observasi kala I, catatan suhu nadi, catatan pemberian obat, asuhan kebidanan, perencanaan kebidanan dan catatan perkembangan.

Dokumen asuhan kebidanan terdiri dari data subyektif dan data obyektif, assesment dan perencanaan (dibuat dalam dokumen perencanaan kebidanan). Berdasarkan hasil review dokumen askeb, rata-rata kelengkapan isi dokumen askeb sudah mencapai 96.53%. Isi dokumen yang paling banyak tidak diisi adalah umur ibu bersalin, nama terang bidan penolong persalinan. Berdasarkan review kelengkapan isi dokumen askeb, jumlah askeb yang datanya diisi lengkap adalah 14 askeb (41,18%).

Selain membuat dokumen askeb dan perencanaan kebidanan, Bidan juga mengisi partograf, walaupun persalinan ditolong oleh dokter spesialis kandungan. Dari 34 persalinan normal, ada 1 askeb yang tidak dilengkapi partograf. Rata-rata kelengkapan isi partograf adalah 79.55%. Data yang belum diisi sebagian besar

adalah tanggal dan waktu pecahnya selaput ketuban, aseton/protein urine, obat-obatan dan cairan yang diberikan, nama terang. Tanda tangan pengisi partograf tidak ada pada semua partograf, sehingga tidak ada partograf yang terisi lengkap.

Semua RM persalinan normal selalu ada catatan pemberian obat, catatan dokter, catatan suhu nadi, resume keperawatan, resume medis. Dokumen santunan rohani Islam dan catatan tindakan fisioterapi yang paling sedikit kehadirannya. Dari 34 dokumen RM, terdapat 2 dokumen (5,88%) yang dilengkapi 10 dokumen lainnya.

Hukum pembuktian yang merupakan bagian dalam hukum acara juga memiliki unsur materiil maupun formil. Hukum pembuktian materiil mengatur mengenai dapat/tidaknya diterimanya (*admissibility*) alat bukti di persidangan (*toelaatbaarheid*) dan kekuatan/daya pembuktian (Hadiwidjojo, 1989; Suroto, 2006).

Alat bukti adalah bahan atau alat yang dipakai dalam proses pemeriksaan perkara untuk membenarkan kebenaran sesuatu. Adapun alat-alat bukti yang disebut dalam Undang-Undang (pasal 1866 KUH Perdata, pasal 164 HIR, pasal 284 RBg) adalah: 1) Tulisan (pasal 1867 KUH Perdata); 2) Saksi (pasal 1895 KUH Perdata); 3) Persangkaan (pasal 1915 KUH Perdata); 4) Pengakuan (pasal 1923 KUH Perdata); dan 5) Sumpah (pasal 1929 KUH Perdata).

Menurut Hugens Holtz (dalam Hadiwidjojo, 1989), tulisan adalah semua benda (*zaken*) yang mengandung/memuat tanda-tanda bacaan (*leesteekens*) yang dapat dibaca. Dalam hubungannya satu dengan yang lain, tanda-tanda (huruf) tersebut dapat diketahui/dibaca ungkapan-ungkapan pemikiran dari si pembuat/penulis. Menurut Pitlo (1986), tulisan adalah tanda bacaan (*leesteekens*) yang dapat dimengerti isinya yang mengungkapkan pikiran, atas apa dituliskan bukan menjadi soal, apakah di atas kertas, karton, sutera, kayu dan sebagainya. Demikian juga mengenai aneka bentuk (karakter) tulisan, Arab, Latin, Cina, Hyroglyph dan sebagainya tidaklah menjadi soal.

Tulisan sebagai alat bukti, dibagi menjadi dua, yaitu tulisan-tulisan yang berupa akta dan tulisan-tulisan yang bukan akta. Akta sendiri dibedakan menjadi akta otentik dan akta di bawah tangan. Menurut Hugen Holtz (dalam Hadiwidjojo, 1989), akta adalah tulisan yang dibuat khusus (sengaja dibuat) untuk menjadi alat bukti. Menurut Pitlo (1986), akta adalah tulisan yang ditandatangani dibuat untuk menjadi bukti bagi orang (kepentingan orang) untuk siapa tulisan itu dibuat. Dengan demikian, yang penting untuk dapat dikatakan sebagai akta adalah: 1) harus ada tanda tangan (KUHPdata pasal 1874, 1875, 1878 dan 1880); 2) tanda tangan harus sama dengan nama (bukan nama seperti biasa yang dipakai oleh mereka yang beragama kristen); 3) tanda tangan adalah *individualisering* dari yang membuat, oleh karenanya; 4) cap jempol, tanda silang dan lain-lain bukanlah tanda tangan, demikian juga stempel nama bukanlah tanda tangan; 5) boleh dilakukan fascimile (*door een ander*) jika yang bersangkutan berwenang atau dengan kertas karbon; 6) memuat

perbuatan hukum yaitu peristiwa-peristiwa yang menjadi dasar dari suatu hak atau perikatan (KUH Perdata pasal 108, 1069 dan 1415); 7) sejak semula sengaja dibuat untuk pembuktian.

Alat bukti tulisan yang termasuk sebagai akta sengaja dibuat sebagai alat bukti, terdapat tanda tangan dan berisi peristiwa hukum. Dalam hukum, akta mempunyai fungsi, yaitu a) syarat adanya sesuatu (*bestaans vereischte*); b) sebagai alat bukti (*bewijs middle*); dan c) satu-satunya alat bukti (*eenig bewijs middel*). Akta dapat berfungsi sebagai alat bukti yang dapat diterima di pengadilan.

Akta dibedakan menjadi dua yaitu akta otentik dan akta di bawah tangan. Kekuatan hukum akta otentik tidak diragukan lagi karena dibuat oleh pejabat yang telah ditunjuk. Akta di bawah tangan (ADT) sengaja dibuat untuk pembuktian oleh para pihak tanpa bantuan pejabat. Dokumen asuhan kebidanan pada pertolongan persalinan normal termasuk ADT.

Kekuatan pembuktian dokumen askeb pertolongan persalinan normal sebagai akta di bawah tangan adalah sebagai berikut.

1. Tidak mempunyai kekuatan pembuktian lahir (kekuatan pembuktian yang didasarkan pada keadaan lahiriahnya) karena tanda tangan pada dokumen askeb pertolongan persalinan normal masih dapat dipungkiri, mudah dipalsukan. Persoalan kebenaran/keaslian tanda tangan dokumen askeb pertolongan persalinan normal adalah sangat penting (*prealabel*). Hal ini dapat dimengerti, sebab dokumen askeb pertolongan persalinan normal baru akan mempunyai kekuatan dan menjadi bukti sempurna bila tanda tangan pada dokumen askeb pertolongan persalinan normal diakui oleh yang menandatangani. Kalau tanda tangan pada dokumen askeb pertolongan persalinan normal telah diakui oleh yang bersangkutan, maka isi dalam dokumen askeb pertolongan persalinan normal tidak lagi dapat disangkal. Dengan diakuinya tanda tangan pada dokumen askeb pertolongan persalinan normal, maka dokumen askeb pertolongan persalinan normal merupakan bukti sempurna yang berlaku terhadap para pihak yang bersangkutan.

Terhadap pihak ketiga, dokumen askeb pertolongan persalinan normal mempunyai kekuatan bukti bebas. Sebenarnya pembuat Undang-Undang dapat menentukan bahwa tanda tangan pada dokumen askeb pertolongan persalinan normal dianggap asli sampai dibantah oleh yang bersangkutan dan dibuktikan bahwa tanda tangan itu bukanlah tanda tangannya, melainkan palsu. Undang-Undang juga dapat menentukan bahwa yang bersangkutan cukup menyatakan bahwa tanda tangan pada dokumen askeb pertolongan persalinan normal itu bukan tanda tangannya. Dengan demikian, yang terbeban pembuktian adalah pihak yang menggunakan dokumen askeb pertolongan persalinan normal itu, baik itu dari pihak penggugat untuk membuktikan keaslian tanda tangan dalam dokumen askeb pertolongan persalinan normal maupun pihak tergugat untuk

membuktikan bahwa tanda tangannya telah dipalsukan.

2. Kekuatan pembuktian formil dokumen askeb pertolongan persalinan normal

Kalau tanda tangan pada dokumen askeb pertolongan persalinan normal telah diakui oleh dokter yang merawat pasien, yang bersangkutan, atau jika tidak diakui atau disangkal, akan tetapi pihak pasien berhasil dalam membuktikan kebenaran/keaslian tanda tangan tersebut, maka keterangan atau isi dalam dokumen askeb pertolongan persalinan normal adalah benar. Dengan demikian dokumen askeb pertolongan persalinan normal mempunyai kekuatan pembuktian formil (*formeel bewijcskracht*) yaitu bahwa dokter yang merawat pasien yang menandatangani ADT menyatakan bahwa apa yang tertulis di atas tanda tangannya adalah keterangan atau pernyataannya. Dalam hal ini ADT merupakan bukti memaksa (*dwingen bewijs*) bahwa yang tanda tangan telah menyatakan secara tertulis isi ADT, tetapi mengenai saat pembuatannya (*dagteekening*) adalah kekuatan bukti bebas. Sebenarnya undang-undang tidak menyebut mengenai kekuatan pembuktian formil. Adanya kekuatan pembuktian formil ADT ini timbul dari pemikiran logis.

3. Kekuatan pembuktian materiil dokumen askeb pertolongan persalinan normal

Dokumen askeb pertolongan persalinan normal akan mempunyai kekuatan pembuktian materiil bila isi yang tertulis dalam ADT adalah benar yaitu kebenaran yang sesungguhnya (*waarheid*). Isi dalam ADT berlaku sebagai hal yang benar terhadap dokter yang membuatnya dan demi keuntungan untuk pasien. Terhadap setiap orang lainnya, kekuatan pembuktiannya adalah bebas (Sudikno dalam Hadiwidjojo, 1989).

Dokumen askeb pertolongan persalinan normal merupakan pembuktian seperti akta otentik terhadap orang yang menandatangani serta para ahli warisnya serta mereka yang menerima hak dari mereka (pasal 1875 KUH Perdata). Selanjutnya dalam pasal 1870 KUH Perdata menentukan bahwa akta otentik menjadi bukti sempurna di antara para pihak dan para ahli waris serta mereka yang menerima hak dari mereka. Dengan demikian, dokumen askeb pertolongan persalinan normal merupakan bukti sempurna bagi para pihak. Namun dokumen askeb pertolongan persalinan normal tidak menimbulkan bukti lengkap tentang hal-hal dalam dokumen askeb pertolongan persalinan normal tersebut yang hanya sekedar catatan atau ungkapan.

Kekuatan materiil dokumen askeb pertolongan persalinan normal berlandaskan bahwa orang yang menandatangani dokumen askeb pertolongan persalinan normal dan menyerahkan kepada pihak lain, seolah-olah ia menyatakan bahwa 1) inilah keterangan/pendapat/sikap orang yang bertanda-tangan; 2) keterangan ini dapat dipertanggungjawabkan oleh orang yang bertanda-tangan; 3) Apa yang diterangkan oleh orang yang bertanda-tangan itu adalah benar; 4) Orang yang bertanda-tangan bersedia/sanggup melakukan apa

yang ditulis/yang tertulis dalam dokumen askeb pertolongan persalinan normal.

Kekuatan materiil dokumen askeb pertolongan persalinan normal merupakan bukti terhadap/melawan pihak yang tanda tangan, bukan menguntungkannya. Tidak seperti akta otentik yang ditandatangani pejabat yang mempunyai kekuatan pembuktian materiil yang lebih luas.

Hukum pembuktian formil mengatur mengenai cara mengadakan alat bukti (Hadiwidjojo, 1989; Suroto, 2006). Untuk pemeriksaan di pengadilan, bukti salinan ADT dilekatkan dalam berkas. Selanjutnya hakim mencocokkan dengan aslinya, dan memberi tanda. Lawan diberi kesempatan untuk melihat dan wajib mengakui atau menyangkal kebenaran ADT.

Hukum pembuktian materiil mengatur mengenai dapat/tidaknya diterimanya (*admissibility*) alat bukti di persidangan (*toelaatbaarheid*) dan kekuatan/daya pembuktiannya (Hadiwidjojo, 1989). Untuk menentukan dapat/tidaknya diterima sebagai alat bukti di persidangan, perlu kiranya mengetahui definisi alat bukti dalam perkara pidana.

Bukti menurut Prof. Subekti, SH adalah sesuatu untuk meyakinkan akan kebenaran dalil atau pendirian. Alat bukti adalah alat-alat yang dipergunakan untuk dipakai membuktikan dalil-dalil suatu pihak di muka pengadilan. Menurut Dr. Andi Hamzah, SH alat bukti adalah sesuatu untuk meyakinkan kebenaran suatu dalil, pendirian atau dakwaan. Barang bukti dalam perkara pidana yaitu barang mengenai mana delik dilakukan (obyek delik) dan alat yang dipakai melakukan delik. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa barang bukti yang diajukan di pengadilan diperoleh: 1) obyek delik; 2) alat yang dipakai untuk melakukan delik; 3) barang-barang tertentu yang mempunyai hubungan langsung dengan delik yang terjadi. Adapun alat-alat bukti yang sah disebut dalam KUHAP pasal 184 (1) adalah: a) keterangan saksi; b) keterangan ahli; c) surat; d) petunjuk; e) keterangan terdakwa.

Surat yang sebagaimana tersebut pada Pasal 184 ayat (1) huruf c, dibuat atas sumpah jabatan atau dikuatkan dengan sumpah, adalah: 1) berita acara dan surat lain dalam bentuk resmi yang dibuat oleh pejabat umum yang berwenang atau yang dibuat di hadapannya, yang memuat keterangan tentang kejadian atau keadaan yang didengar, dilihat atau yang dialaminya sendiri, disertai dengan alasan yang jelas dan tegas tentang keterangannya itu; 2) surat yang dibuat menurut ketentuan peraturan perundang-undangan atau surat yang dibuat oleh pejabat mengenai hal yang termasuk dalam tata laksana yang menjadi tanggung-jawabnya dan yang diperuntukkan bagi pembuktian sesuatu hal atau sesuatu keadaan; 3) surat keterangan dari seorang ahli yang memuat pendapat berdasarkan keahliannya mengenai sesuatu hal atau sesuatu keadaan yang diminta secara resmi dari padanya; 4) surat lain yang hanya berlaku jika ada hubungannya dengan isi dari alat pembuktian yang lain (KUHP pasal 187).

Dokumen askeb pertolongan persalinan normal termasuk alat bukti surat.

Pembuktian yang diutamakan dalam penyelesaian perkara pidana adalah pembuktian materiil karena hukum pembuktian formil mengatur mengenai cara mengadakan alat bukti (Hadiwidjojo, 1989; Suroto, 2006). Karena terikat peraturan rahasia kedokteran (PP No. 10 tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran), pemaparan isi RM harus seijin pasien.

Sesuai dengan KUHAP, sistem pembuktian dalam perkara pidana menganut system “negative menurut undang-undang (*wettelyk positiep*). Menurut system ini, terdakwa tidak dapat dihukum bila alat bukti tidak menimbulkan adanya keyakinan bahwa suatu tindak pidana telah terjadi dan bahwa terdakwa telah melakukannya. Hal ini akan berlaku sebaliknya, bila Hakim meyakini kebenaran alat bukti, bahwa terdakwa telah melakukan suatu tindak pidana, maka terdakwa dapat dijatuhi hukuman pidana.

Dalam sistim pembuktian ini, yang pada akhirnya menentukan nasib si terdakwa adalah keyakinan Hakim. Walaupun alat bukti mempunyai kekuatan pembuktian materiil, bila Hakim tidak yakin akan kesalahan terdakwa, maka terdakwa harus dibebaskan. Karena itu, dalam tiap putusan Hakim Pidana yang memutuskan hukuman, terdapat pertimbangan: “bahwa Hakim, berdasarkan bukti-bukti yang sah, berkeyakinan akan kesalahan terdakwa”.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

1. Berdasarkan hasil review dokumen askeb, rata-rata kelengkapan isi dokumen askeb sudah mencapai 96.53%. Isi dokumen yang paling banyak tidak diisi adalah umur ibu bersalin, nama terang bidan penolong persalinan. Berdasarkan review kelengkapan isi dokumen askeb, jumlah askeb yang datanya diisi lengkap adalah 14 askeb (41,18%).
2. Dokumen askeb pertolongan persalinan normal yang dibuat oleh Bidan di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan akta di bawah tangan yang tidak mempunyai kekuatan pembuktian lahir karena tidak semuanya dilengkapi tanda tangan, tetapi mempunyai kekuatan hukum formil maupun materiil.
3. Berdasarkan hukum pembuktian formil dan materiil, dokumen askeb pertolongan persalinan yang dibuat oleh Bidan di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta secara lengkap isinya dapat diterima sebagai alat bukti surat.

Saran

Disarankan kepada Bidan dan Penolong persalinan normal di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta agar melengkapi catatan isi terutama tanda tangan di partograf maupun dokumen lainnya. Selain itu juga melengkapi seluruh dokumentasi berdasarkan tindakan yang telah dilakukan. Disarankan kepada Pihak Manajemen

RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta agar menyusun prosedur tetap pembuatan dokumen asuhan kebidanan pada pertolongan persalinan normal sebagai salah satu produk hukum rumah sakit yang melindungi Bidan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 2009, *The Partograph*, www.erc.msh.org, 10 Maret 2009
- _____, 1999, *Application of Partograph in Huaiyot Hospital*, *Journal of Health Science*, Vol. 8 No. 2 April-June 1999.
- Barbara E. Kwast, Pia Poovan, Edita Vera, Elaine Kohls, study the frequency and mode of delivery of women admitted in the latent and active phase of labour, *African Journal of Midwifery and Women's Health*, Vol. 2, Iss. 3, 18 Jul 2008, pp 143 - 148
- Chandrawila Wila (2001), *Hukum Kedokteran*, Cetakan I, Bandung: CV Mandar Maju.
- Dangal, 2007, Preventing Prolonged Labor by Using Partograph, *Internet Journal of Obstetrics and Ginekology*, 2007, TM ISSN: 1528-8439 Vo. 7 Nomor 1 .
- Departemen Kesehatan RI. 2001. *Standar Pelayanan Kebidanan: Buku 1*. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPKR), dan JHPIEGO (MNH). 2002. *Buku Acuan Asuhan Pesalinan Normal*. Jakarta.
- Green, Lawrence W. 1980. *Health Education Planning*. California: Mayfield Publishing Co.
- Groeschel Norelle, Pauline Glover, 2001, The Partograph, *The Australian Journal of Midwifery*, Volume 14, Issue 3, Pages 22-27, September 2001, www.journals.elsevierhealth.com.
- Hadiwidjojo Hapsoro. 1989. *Hukum Pembuktian*. Penyusun: Koosmargono. Semarang: Fakultas Hukum Unika Soegijapranoto.
- Huffman Edna K. 1999. *Health Information Management*. Edited by Jennifer Cofer, RRA.
- Konsil Kedokteran Indonesia, 2006, *Manual Rekam Medis*, Jakarta.
- Karjono, 2000. *Kontroversi Aspek Hukum Elektronik Rekam Medis*. www.kalbe.co.id, 27 Maret 2009
- Mohammad&Virasakdi, 2005, *Evaluation of World Health Organization partograph implementation by midwives for maternity home birth in Medan, Indonesia*. www.doc.clib.psu.ac.th. 27 Maret 2009
- Notoatmodjo Sukidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

- Oladapo OT, Daniel OJ, Olatunji AO, 2006, Knowledge and Utilization of The Partograph at Nigeria, *Journal of Obstetric and ginekology*, 2006 ISSN 0144-3615, 2006, vol. 26, n^o 6, pp. 538-541.
- Pitlo A.. 1986. *Pembuktian dan Daluwarsa Menurut Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Belanda*. Alih Bahasa: Isa Arief. Cetakan II. PT Intermasa.
- Rahbar T., Roshan Z. Atrkar, 2000. *Effect at Partograph on The First Stage of Delivery*. Jurnal Medic Fakultas. Guilan. www.sdh.gums.ac.ir.
- Sanjoyo, 2009. *Aspek Hukum Rekam Medis*. www.yoyoke.web.ugm.ac.id, 23 Maret 2009.
- Soekanto, Soerjono, 1984, *Pengantar Penelitian Hukum*, Jakarta: UI Press
- Sulistyaningsih, Shofari Bambang, Soeroto Valentinus. 2009. Studi Korelasi Tingkat Pengetahuan Bidan Praktik Swasta Di Kabupaten Bantul Dengan Kelengkapan Partograf Dan Kewenangannya Memaparkan Isi Rekam Medis. *Jurnal Keperawatan Kebidanan*, Juni 2009, STIKES 'Aisiyiah Yogyakarta.
- Tim Penyusun Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1988, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Jakarta: Balai Pustaka
- Wichaksana Aryawan. 2000. *RM dan Kinerja Rumah Sakit*. Subkomite Rekam Medik Rumah Sakit Umum Al Kamal - Jakarta Barat. Cermin Dunia Kedokteran No. 129, 2000: 49. Jakarta. 1 April 2000. www.kalbe.co.id
- Widiarti, Eny. 2007. Evaluasi Penggunaan Partograf oleh Bidan Delima Di Kabupaten Purworejo Propinsi Jawa Tengah. *Tesis Program Pasca Sarjana Minat Utama Magister Kesehatan Ibu dan Anak Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta*.

DAFTAR PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN

- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- Kitab Undang-Undang Hukum Pidana.
- Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
- Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana.
- Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
- Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran.
- Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 1995 tentang Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan.

Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medik.

Permenkes Nomor 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.

Permenkes Nomor H.K.02.02/MENKES/149/I/2010 tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Bidan.

Keputusan Dirjen Pelayanan Medik Nomor 78/Yanmed/RS Umdik/YMU/I/91 tentang Penyelenggaraan RM Di Rumah Sakit.

Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor Hk.00.06.1.5.01160 tanggal 21 Maret 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir RM Dasar dan Pemusnahan Arsip RM Di Rumah Sakit.

Surat Edaran Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: SE/06/M/P.PAN/03/2005 tentang Program Perlindungan, Pengamanan dan Penyelamatan Dokumen Arsip Vital.

HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI DI RSUD SETJONEGORO KABUPATEN WONOSOBO JAWA TENGAH¹

Atmawati², Suryani³

Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

Abstrak

Konsep keperawatan adalah pelayanan kesehatan bersifat profesional dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia (biologis, psikologis, sosial dan spiritual). Pelayanan dan asuhan keperawatan profesional bertujuan membantu klien dalam pemulihan dan peningkatan kemampuan dirinya melalui tindakan pemenuhan kebutuhan klien secara komprehensif dan berkesinambungan. Studi pendahuluan dengan wawancara, dari 15 klien didapatkan hasil 12 klien (80%) menyatakan bahwa komunikasi perawat terhadap klien sangat penting. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat dalam asuhan keperawatan pasien pre operatif di RSUD Setjonegoro Wonosobo Jawa Tengah. Metode penelitian study Korelasi (*Correlation Study*), pendekatan kuantitatif dan menggunakan rancangan *cross sectional* dengan sampel 45 orang. Alat ukur menggunakan kuesioner dengan menggunakan metode check list. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Komunikasi terapeutik pada perawat di ruang Bougenvil dan Edelwis RSUD Setjonegoro Wonosobo yaitu nilai baik 25 orang (55,6%), nilai cukup 20 orang (44,4%), dan tidak ada perawat yang komunikasi terapeutiknya kurang. Tingkat kecemasan pasien pre operasi, kecemasan sedang 7 orang (15,6%), dan kecemasan rendah 38 orang (84,4), dan mengalami kecemasan berat tidak ada. Hasil uji Kendall Tau memperlihatkan nilai τ sebesar 0,480, taraf signifikansi 0,001 dapat disimpulkan bahwa ada hubungan dalam tingkatan sedang antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di ruang Bougenvil dan Edelwis RSUD Setjonegoro Wonosobo Jawa Tengah.

Kata kunci : cemas, pre operasi, komunikasi terapeutik

PENDAHULUAN

Konsep keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat profesional dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia (biologis, psikologis, sosial dan spiritual) (Azis A.H. 2007). Saat ini perawat memiliki peran yang lebih luas dengan penekanan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, juga memandang klien secara komprehensif. Kecemasan yang berlebihan juga berpengaruh terhadap tekanan darah menjadi tidak stabil, yang dapat mengakibatkan shock pada saat operasi dan terganggunya metabolisme tubuh untuk memproduksi energi, sehingga pasien tersebut dapat kehilangan berat badan setelah operasi.¹

Penelitian Johnson yang dikutip dari Stuart and Sunden, 1987 (dalam hidayat 2007), menyebutkan bahwa komunikasi terapeutik dapat meningkatkan keterbukaan antara perawat dan klien sehingga dapat menurunkan kecemasan. Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi klien ke arah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan pada pertumbuhan klien. Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan dengan wawancara terhadap 15 klien didapatkan hasil 12 klien (80%) menyatakan bahwa komunikasi yang dilakukan perawat terhadap klien sangatlah penting, karena akan sangat mendukung kecepatan kesembuhan klien. Sedangkan 3 orang klien (20%) mengatakan bahwa komunikasi yang dilakukan oleh perawat tidak begitu penting.²

Setelah dilakukan observasi pada bulan Oktober 2009 di ruang Bougenvil dan Edelwis RSUD Setjonegoro Wonosobo peneliti memperoleh hasil bahwa dari 11 orang perawat yang melakukan tindakan pada pasien pre operatif terdapat 8 orang perawat (72,72%) yang belum melakukan komunikasi terapeutik secara keseluruhan sesuai prosedur kepada klien dan keluarga. Perawat tidak menjelaskan secara rinci tentang penyakit yang diderita klien terhadap klien itu sendiri, perawat tidak menjelaskan kemungkinan yang dapat terjadi pada saat operasi atau setelah operasi, perawat tidak memberitahu mengenai fase pemulihan setelah operasi. Sedangkan 3 orang perawat yang telah melakukan komunikasi sesuai prosedur kepada klien dan keluarga.

METODOLOGI PENELITIAN

Disain penelitian study Korelasi (*Correlation Study*), pendekatan kuantitatif dan menggunakan rancangan *cross sectional* dengan sampel 45 orang. Alat ukur menggunakan kuesioner dengan menggunakan metode check list. Berdasarkan uji validitas diperoleh hasil kuesioner komunikasi terapeutik 31 pertanyaan valid, dan kuesioner tingkat kecemasan pasien pre operasi 18 soal valid.³

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik responden

a. Berdasarkan umur

Karakteristik responden berdasarkan umur menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki umur lebih dari 50 tahun yaitu 19 orang (42,2%) sedangkan yang paling sedikit memiliki umur antara 21-30 tahun yaitu 5 orang (11,1%).

b. Berdasarkan tingkat pendidikan

Karakteristik berdasarkan tingkat pendidikan bahwa sebagian besar responden berpendidikan SD yaitu 19 orang (42,2%) sedangkan yang paling sedikit berpendidikan SMP yaitu sebanyak 5 orang (11,1%).

B. Komunikasi terapeutik perawat

Komunikasi terapeutik merupakan salah satu persiapan pre operasi yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kecemasan pasien dan dilakukan pada saat 30 menit sampai 1 jam sebelum pasien dibawa ke kamar operasi. Perawat yang melakukan komunikasi terapeutik terhadap responden dengan nilai baik yaitu 25 orang (55,6%), sedangkan nilai cukup adalah 20 orang (44,4%). Tahapan-tahapan komunikasi terapeutik yang diobservasi dan dinilai adalah tahap orientasi, tahap kerja, dan tahap terminasi. Kegiatan pada tahap orientasi meliputi, memberikan salam dan tersenyum pada klien, melakukan validasi (kognitif, psikomotor, afektif), memperkenalkan nama perawat, menanyakan nama panggilan kesukaan klien, menjelaskan tanggung jawab perawat dan klien, menjelaskan peran perawat dan klien, menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, menjelaskan tujuan, menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan yang dilakukan, menjelaskan kerahasiaan. Kegiatan tahap kerja yaitu meliputi, menanyakan keluhan utama/keluhan yang mungkin berkaitan dengan kelancaran pelaksanaan kegiatan, menjelaskan maksud dan tujuan dari tindakan persiapan sebelum operasi, menjelaskan tentang alasan atau dasar harus dilakukannya tindakan operasi (maksud dan tujuan tindakan operasi), menjelaskan perawatan yang akan dilakukan (terapi obat-obatan dan persiapan pre operasi), perawat memberitahu pasien tentang siapa yang akan menangani operasinya, menjelaskan segala kemungkinan bila tidak dilakukan operasi, menjelaskan kemungkinan ditemukan penyakit lain pada saat dilakukan operasi, menjelaskan kemungkinan rasa sakit yang dirasakan, menjelaskan fase pemulihan/pasca operasi (lamanya perawatan setelah operasi), memberikan kesempatan bertanya kepada klien mengenai segala sesuatu tentang penyakit yang dideritanya, memberikan kesempatan pasien untuk mengekspresikan ketakutannya (ketidaktahuan, nyeri, perubahan citra diri, dan kematian). Pada tahap terminasi kegiatannya meliputi : menyimpulkan hasil kegiatan, evaluasi proses dan hasil, memberikan reinforcement positif, merencanakan tindak lanjut dengan klien, melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya (waktu, tempat, topik), mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik.⁴

Menurut Mundakir (2006) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan produk atau hasil dari perkembangan pendidikan. Berdasarkan hasil penelitian tingkat pendidikan perawat di ruang Bougenvil dan Edelwis kebanyakan D3 keperawatan, yang berjumlah 19 orang dari jumlah keseluruhan perawat 30 orang. Disatu sisi menurut keterangan dari pihak RSUD Setjonegoro Wonosobo bahwa pelatihan-pelatihan diselenggarakan setiap 3 bulan sekali, misalkan pelatihan medis dan seminar, tetapi tidak ada pelatihan khusus untuk komunikasi terapeutik. Faktor lain yang mempengaruhi komunikasi terapeutik perawat adalah sikap perawat itu sendiri selama kegiatan berlangsung dan lingkungan. Penilaian pada tahap terminasi dan dimensi respon/perilaku non verbal sebagian besar perawat memperoleh nilai

baik dengan rata-rata mendapat 2 poin. Perawat melakukan kegiatan seperti duduk atau berdiri berhadapan, mempertahankan kontak mata terhadap klien, dan kadang tersenyum. Hal tersebut dilakukan oleh perawat karena perawat ingin menunjukkan bahwa perawat siap untuk melayani dan menolong kebutuhan yang diperlukan pasien, serta menunjukkan sikap penerimaan, menghargai, dan keterbukaan untuk mendengarkan keluhan pasien. Sikap empati sangat diperlukan (Brammer, 1993 dalam Suryani, 2006). Perawat yang bersikap empati pada klien akan mampu memberikan alternative pemecahan masalah bagi klien, karena meskipun perawat turut merasakan kesedihan klien namun perawat tidak larut dalam masalah klien sehingga perawat dapat memikirkan masalah yang dihadapi klien secara obyektif. Komunikasi dilakukan perawat sebelum pasien dikirim ke ruang operasi dan tidak dalam waktu kunjungan, sehingga pasien tenang dan kondisi lingkungan mendukung. Psikologis perawat juga perlu diperhatikan, yaitu stress yang diakibatkan oleh beban kerja, kejenuhan, kurangnya otonomi dan kreativitas; kurangnya pelatihan; karier yang melelahkan; ketidakpuasan kerja, dan kebosanan dalam bekerja.

C. Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operatif

Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi diukur 5 sampai 10 menit sebelum pasien dibawa ke kamar operasi, sebagian besar responden mengalami kecemasan yang rendah yaitu 38 orang (84,4%). Tingkat kecemasan yang terjadi pada responden dipengaruhi oleh lima faktor yaitu, faktor jenis kelamin, faktor psikologis, faktor umur, dan faktor tingkat pendidikan, serta faktor lingkungan sosial.⁵

Hasil penelitian yang didapatkan responden yang mengalami tingkat kecemasan ringan atau rendah dalam menghadapi operasi dengan nilai <5 , yaitu responden dengan umur rata-rata >50 tahun yang berjumlah 19 responden (42,2%) dan berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah 20 responden, yang pada umumnya lebih menampakkan ketenangan pada saat akan menjalani operasi. Berbeda halnya yang terjadi pada wanita. Wanita cenderung lebih menunjukkan sikap mempunyai perasaan sedih dan cemas ketika akan menghadapi operasi, karena gangguan panik memiliki komponen genetik yang sama namun lebih banyak terdapat pada wanita sehingga bila pada pasien pre operasi dan ketakutannya tidak tertangani akan berdampak lebih besar pada wanita, misalkan dapat terjadi syock dan perdarahan. Hal ini dapat diperkuat dengan data yaitu yang mengalami tingkat kecemasan sedang adalah 7 responden (15,6%), dengan jumlah responden terbanyak adalah wanita yaitu 26 orang dan berumur kurang dari 40 tahun. Menurut Sunaryo (2004) mengatakan “bahwa wanita dalam bertindak ataupun berperilaku berdasarkan pertimbangan emosional atau perasaan”. Tingkat pendidikan responden berpengaruh pula terhadap tingkat kecemasan, karena tingkat pendidikan mempengaruhi tingkat pengetahuan responden yang akhirnya akan berpengaruh juga terhadap penerimaan diri klien sendiri terhadap penyakit yang ada dalam dirinya. Penerimaan diri pada diri klien

sendiri akan membuat klien lebih kooperatif dan asertif dalam tindakan keperawatan, namun demikian faktor penentu tidak hanya dari pengetahuan saja melainkan ada faktor lain yaitu adanya tanda dan gejala penyakit yang diderita klien (Nasir A., 2009).

Berdasarkan data yang diperoleh peneliti pendidikan responden terbanyak adalah tidak sekolah 15 orang (33,4 %), SD 19 orang (42,2%), SMP 5 orang (11,1%), dan SMA 6 orang (13,3%). Sedangkan seperti yang telah disebutkan pada paragraf sebelumnya, bahwa responden yang mengalami tingkat kecemasan sedang terbanyak adalah wanita dengan tingkat pendidikan SMA yang berjumlah 6 responden dan berumur kurang dari 40 tahun. Hal ini disebabkan karena penyakit yang diderita oleh responden. Responden berjenis kelamin wanita menderita penyakit kanker payudara dan kanker rahim yang tindakannya mengharuskan payudara dan rahim diangkat melalui dioperasi.

D. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operatif di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo Jawa Tengah

Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien pre operatif di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo Jawa Tengah dapat diketahui melalui tabel silang antara komunikasi terapeutik perawat dan tingkat kecemasan responden dan dengan menggunakan uji statistik Kendall Tau.³

Tabel 4.1. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operatif di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo Jawa Tengah

No.	kecemasan komunikasi terapeutik	Rendah		Sedang		Jumlah	
		f	%	f	%	f	%
1.	Baik	25	55,6	0	0	25	55,6
2.	Cukup	13	34,2	7	15,6	20	44,4
	Jumlah	38	84,4	7	15,6	45	100

Sumber : Data primer 2010

Tabel 4.1. memperlihatkan bahwa sebagian besar responden mengalami kecemasan rendah setelah mendapatkan komunikasi terapeutik yang baik dari perawat yaitu 25 orang (55,6%) sedangkan responden yang paling sedikit mengalami kecemasan sedang dan mendapatkan komunikasi terapeutik yang cukup dari perawat yaitu sebanyak 7 orang (15,6%).

Hasil uji statistik Kendall Tau memberikan nilai τ sebesar 0,480 dengan taraf signifikansi (p) 0,001. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa p lebih kecil dari 0,05 ($0,001 < 0,05$) sehingga dapat disimpulkan ada hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien pre operatif di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo. Untuk mengetahui apakah hubungan kedua

variabel signifikan atau tidak, dilakukan uji signifikansi dengan rumus Z. Berdasarkan hasil perhitungan didapatkan bahwa harga z hitung lebih besar dari harga z tabel ($4,66 > 2,58$) sehingga dapat disimpulkan ada hubungan positif yang signifikan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien pre operatif di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo Jawa Tengah.

Untuk mengetahui kekuatan hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien pre operatif, maka besarnya nilai korelasi τ dibandingkan dengan besarnya tabel koefisiensi korelasi. Hasil perbandingan menunjukkan bahwa besarnya τ (0,480) terletak diantara $0,400 - 0,599$ ($0,400 < \tau < 0,599$) sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan kedua variabel dalam tingkatan sedang.

Komunikasi terapeutik perawat merupakan serangkain kegiatan yang merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan (Nurjanah, 2001 dalam Nasir A., 2009), dan dipengaruhi oleh enam faktor, yaitu pendidikan dan atau pengetahuan, sikap, lingkungan, emosi, dan stress akibat beban kerja (psikologis). Pendidikan dan atau pengetahuan mempengaruhi kejelasan perawat dalam menyampaikan informasi tentang persiapan operasi kepada pasien, sehingga mengetahui pikiran dan perasaan klien sangat penting terutama mengenai tingkat kecemasan klien akibat penyakit yang dideritanya.

Kepandaian perawat dalam mengidentifikasi masalah penyebab kecemasan klien menjadi jaminan keberhasilan dalam keseluruhan proses ini, sehingga perawat dituntut menguasai bidang keilmuan, teknik komunikasi, stategi komunikasi, dan mampu memotivasi klien untuk dapat bercerita mengenai keluhan yang dirasakannya (Nasir A., 2009). Umumnya perawat dalam menjelaskan tentang persiapan operasi terhadap pasien belum mencapai 2 point yaitu nilai “sempurna” yang dapat dilihat dari nilai pada tahap kerja yang meliputi, perawat tidak menjelaskan perawatan yang akan dilakukan secara rinci, tidak menjelaskan fase pemulihan/pasca operasi, dan tidak memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya dan mengekspresikan ketakutannya, tetapi banyak juga perawat yang mendapat nilai baik pada tahap ini. Informasi persiapan operasi yang disampaikan oleh perawat terhadap pasien pre operasi yaitu mengenai maksud atau alasan dan tujuan dari tindakan persiapan operasi.

Faktor lain yang berpengaruh terhadap kecemasan pasien pre operasi adalah lingkungan atau dukungan sosial. Dukungan sosial yang datang terutama dari pihak keluarga, teman, ataupun kerabat sangatlah penting untuk ketenangan klien pada saat akan menjalani operasi dan memberikan penghargaan yang tinggi pada klien sehingga tidak mudah terserang cemas dan stress. Rasimin (2000) mengatakan “bahwa dukungan positif akan meningkatkan kesehatan mental”. RSUD Setjonegoro Wonosobo mempunyai kebijakan bagi keluarga yang ingin menunggu operasi sampai selesai walaupun belum disediakan tempat yang khusus, namun keluarga

dapat menemani pasien di luar ruangan. Sakit dan penyakit mempengaruhi seseorang itu dalam berperilaku sesuai tanggapannya terhadap rasa sakit dan penyakit tersebut yang menimbulkan respon yang bersifat internal (berasal dari dalam dirinya sendiri) maupun eksternal (dari luar dirinya), baik respon pasif (seperti pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun aktif (praktik).

Tingkat keparahan penyakit yang diderita pasien juga berpengaruh terhadap kondisi psikologis yaitu kecemasan yang mempengaruhi perilaku. Respon atau perilaku wanita dengan penyakit kanker dan mengharuskan payudaranya diangkat akan berbeda dengan kaum laki-laki dengan sakit atau operasi *appendixcites*. Responden dengan jumlah 7 orang yang mengalami kecemasan sedang dan diantaranya adalah wanita dengan kasus kanker payudara, pengangkatan rahim karena kanker, dan kuret. Kecemasan merupakan hal atau penyerta yang normal ketika seseorang mengalami pengalaman baru dan belum pernah dicoba. Kecemasan tersebut dapat dianggap tidak normal jika intensitas dan durasinya berlebih, sehingga regresi atau menarik diri dari orang lain dan lingkungan merupakan reaksi dari kecemasan yang berlebih.

Peran dan fungsi perawat yang salah satunya adalah perawat berperan sebagai *conselor* dengan menggunakan komunikasi terapeutik akan membangun hubungan interpersonal yang baik dan untuk meningkatkan perkembangan seseorang. Di dalam konseling tersebut diberikan dukungan emosional dan intelektual oleh perawat, antara lain : mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat sakitnya, perubahan pola interaksi merupakan dasar dalam merencanakan metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasinya, memberikan konseling atau bimbingan penyuluhan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu yang akan membantu meningkatkan fungsi adaptif dari pasien.

SIMPULAN DAN SARAN/ REKOMENDASI

1. Komunikasi terapeutik pada perawat di ruang Bougenvil dan Edelwis RSUD Setjonegoro Wonosobo Jawa Tengah yaitu dengan nilai baik adalah 25 orang (55,6%), sedangkan nilai cukup adalah 20 orang (44,4%), sementara tidak ada perawat yang komunikasi terapeutiknya kurang.
2. Tingkat kecemasan pasien pre operasi pada responden di ruang Bougenvil dan Edelwis RSUD Setjonegoro Wonosobo Jawa Tengah yaitu yang mengalami kecemasan sedang 7 orang (15,6%), dan sisanya mengalami kecemasan rendah yaitu 38 orang (84,4), sementara yang mengalami kecemasan berat tidak ada.
3. Hasil uji Kendall Tau memperlihatkan nilai τ sebesar 0,480 dengan taraf signifikansi 0,001, kesimpulannya ada hubungan dalam tingkatan sedang antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di ruang Bougenvil dan Edelwis RSUD Setjonegoro Wonosobo Jawa Tengah.

Berdasarkan hasil penelitian ini saran yang diberikan meliputi:

1. Bagi institusi rumah sakit
Tingkatkan pemantauan dan penilaian terhadap kreativitas kerja dalam melayani pasien terutama pada proses keperawatan sesuai dengan kebijakan standar operasional yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.
2. Bagi perawat
Mengaplikasikan prosedur standarisasi keperawatan khususnya komunikasi terapeutik sehingga tingkat kecemasan pasien dapat diminimalisir.
3. Bagi peneliti selanjutnya
Metode yang digunakan lebih baik menggunakan wawancara mendalam, agar tingkat kecemasan pasien lebih teridentifikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT RINEKA CIPTA
- Hidayat. 2007. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT RINEKA CIPTA
- Nurjannah. 2005. *Komunikasi Keperawatan Dasar-Dasar Komunikasi bagi Perawat*. Yogyakarta: MocoMedika
- Priyanto,. 2009. *Komunikasi Dan Konseling Aplikasi dalam Sarana Pelayanan Kesehatan untuk Perawat dan Bidan*. Jakarta: Salemba Medika
- Stuart. W. Gail. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta: EGC

PENGARUH PIJAT BAYI TERHADAP PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI USIA 1-3 BULAN DI PUSKESMAS PANDANWANGI MALANG

Tri Lestari H., M.Kep., Sp.Mat.¹, Aini Alifatin, S.Kp.² Novi Kartikasari³

Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Malang

Email: tari_1971@yahoo.com

ABSTRAK

Bayi pada usia 1-3 bulan merupakan awal dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Pijat bayi dapat digunakan sebagai alternatif pilihan dalam meningkatkan berat badan. Pijat bayi dapat meningkatkan tonus nervus vagus (saraf ke-10), nervus vagus merangsang kontraksi lambung dan usus dengan cara meningkatkan hormon gastrin dan insulin, sehingga penyerapan makanan menjadi lebih baik. Penyerapan makanan yang baik menyebabkan bayi cepat merasa lapar dan bayi akan lebih sering menyusu dan dapat meningkatkan berat badan bayi. Design penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *quasi Experimental*. Sampel yang digunakan masing-masing berjumlah sepuluh responden untuk kelompok intervensi dan kontrol dengan metode *cluster sampling two stage*. Pada kelompok intervensi, pijatan dilakukan selama 1 bulan dengan frekuensi 1 x seminggu. Analisa data yang digunakan adalah uji *t-test independent* dengan menggunakan taraf signifikan 0,05, dengan hasil uji statistik didapatkan nilai $t = -1,283$ dan nilai p (sig. 2-tailed) = 0,216. Disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 1-3 bulan. Peneliti berharap penelitian selanjutnya dapat meneliti dan menganalisa faktor-faktor lain yang mempengaruhi peningkatan berat badan disamping pijat bayi, sehingga dapat terlihat faktor yang lebih bermakna dalam peningkatan berat badan bayi.

Kata Kunci : Pijat Bayi, Peningkatan Berat Badan, Bayi Usia 1-3 Bulan

I. PENDAHULUAN

Indonesia tidak dapat terlepas dari masalah bayi dan balita yang mengalami masalah nutrisi dan berat badan. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri menyebutkan hingga Juni 2010 terdapat 129.807 bayi. Data tersebut menunjukkan bahwa 3.245 atau 2,5 persennya termasuk kategori berat badan sangat kurang. Persentase tersebut meningkat dibanding tahun lalu yang hanya 2,2 persen atau 2.640 bayi (JawaPos 13 Juli 2010). Bayi dikatakan memiliki tumbuh kembang yang optimum bila pertambahan fisiknya (berat dan tinggi badan) meningkat seiring dengan kemampuan berpikirnya (Amalia 2006, p. 8).

Penelitian yang dilakukan oleh T. Fields dan Scafidi tahun 1986-1990 (dikutip dalam Roesli 2001, p. 12) menunjukkan bahwa pada 20 bayi prematur yg dipijat 3x15 menit selama 10 hari mengalami kenaikan berat badan per hari 20% - 47% lebih banyak dari yang tdk dipijat. Pijat bayi dapat merangsang peningkatan aktivitas *nervus vagus* (saraf otak ke-10) bayi. Peningkatan tonus *nervus vagus* (saraf otak ke-10) menyebabkan kadar enzim penyerapan gastrin dan insulin naik sehingga penyerapan terhadap sari makanan pun menjadi lebih baik. Penyerapan makanan yang lebih baik akan menyebabkan bayi cepat lapar dan karena itu lebih sering menyusui. Akibatnya, produksi ASI akan lebih banyak dan berat badan bayi akan bertambah. Pijat bayi perlu dikenalkan pada bayi sejak dini, tidak hanya pada saat bayi rewel, tetapi dapat dijadikan sebagai kegiatan *parentbing* setiap harinya, karena pijat bayi yang dilakukan rutin, akan membantu proses tumbuh kembang fisik dan emosi bayi (Lise 2009).

Berdasarkan fenomena diatas, peneliti ingin menyempurnakan penelitian tersebut melalui penelitian ini. Untuk itu peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan pada bayi usia 1-3 bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi, Malang.

A. Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh bermakna pijat bayi terhadap peningkatan berat badan pada bayi usia 1-3 bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi, Malang.?

B. Tujuan penelitian

Mengetahui pengaruh bermakna pijat bayi terhadap peningkatan berat badan pada bayi usia 1-3 bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi, Malang.

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi Instansi Kesehatan Setempat

Diharapkan instansi kesehatan setempat seperti puskesmas dapat lebih mempromosikan pijat bayi ditengah-tengah masyarakat.

2. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi keperawatan yang dapat digunakan untuk meningkatkan berat badan bayi melalui pijat bayi dan dapat digunakan sebagai referensi penelitian selanjutnya yang terkait dengan pijat bayi.

3. Bagi Ibu

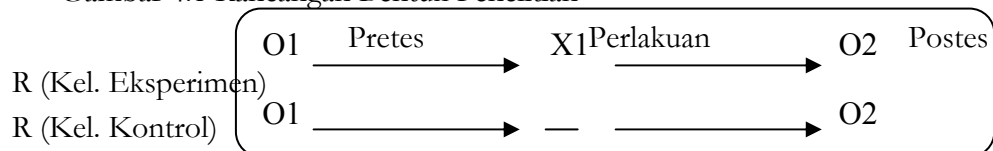
Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan tambahan pada ibu tentang cara melakukan pijat bayi yang benar sehingga dapat diterapkan sendiri dirumah. Selain itu ibu dapat menyadari pentingnya stimulasi awal bagi tumbuh kembang anak sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal, dan ibu termotivasi untuk melakukan pijat bayi secara rutin.

II. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian *Quasi Experimental* atau eksperimen semu. Desain ini tidak mempunyai pembatasan yang ketat terhadap randomisasi, dan pada saat yang sama dapat mengontrol ancaman validitas (Setiadi 2007, p. 133).

Penelitian ini dirancang menggunakan *NonEquivalent Control Group Design*. Dalam rancangan ini, pengelompokan anggota sample pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol tidak dilakukan secara random atau acak. Kemudian dilakukan pretest (O1) pada kedua kelompok tersebut, dan diikuti intervensi (X) pada kelompok eksperimen. Setelah beberapa waktu dilakukan posttest (O2) pada kelompok tersebut. Rancangan Penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 4.1 Rancangan Bentuk Penelitian



Keterangan:

O1 : Pretes berupa penimbangan berat badan bayi sebelum pijat bayi

X1 : Dilakukan pemijatan bayi

— : Tidak dilakukan pemijatan bayi

O2 : Postes berupa penimbangan berat badan bayi setelah pijat atau tidak dengan perlakuan pijat

B. Populasi, Sampel dan Sampling

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi sehat usia 1-3 bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi, Malang. Jumlah bayi usia 1-3 bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi yang

didapat dari data kohort bayi Puskesmas Pandanwangi sampai bulan Maret 2010 berjumlah 30 bayi.

2. Sampel

Perhitungan besar sampel berdasarkan Sopiyudin (2010):

$$\begin{aligned} n1 = n2 &= 2 \left(\frac{(Z\alpha + Z\beta) S}{X1 - X2} \right)^2 \\ &= 2 \left(\frac{(1,64 + 1,28) 31,75}{41} \right)^2 \\ &= 10,2 \end{aligned}$$

Keterangan:

$Z\alpha$ = deviat baku alfa (ditetapkan sebesar 5%, $Z\alpha = 1,64$)

$Z\beta$ = deviat baku beta (ditetapkan sebesar 10%, $Z\beta = 1,28$)

S = standar deviasi gabungan dari kedua kelompok

$X1 - X2$ = selisih minimal rerata yang dianggap bermakna

Jadi, Jumlah sampel pada kelompok intervensi berjumlah 10 responden, dan jumlah sampel pada kelompok kontrol berjumlah 10 responden.

3. Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Accidental Sampling*, dimana teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel (Setiadi 2007, p. 184). Posyandu yang dipilih dalam pengambilan sampel adalah posyandu RW. IIa, VIII, dan IX.

2. Protokol Intervensi

Sebelum melakukan penelitian ini, peneliti menyusun sebuah protokol atau panduan tentang perlakuan pijat bayi. Protokol ini berisi tentang langkah-langkah yang harus dilakukan dalam melakukan pijat bayi. Langkah-langkah pijat bayi terdapat pada lampiran.

Untuk kelancaran penelitian atau pemberian perlakuan pada kelompok intervensi yang mendekati kesamaan dengan harapan peneliti, peneliti melakukan pijat bayi langsung kepada bayi.

3. Prosedur Pengumpulan Data.

- a. Melakukan survey dengan kuesioner untuk mengetahui karakteristik responden dan menimbang berat badan bayi sebelum dilakukan pijat bayi.

- b. Pemijatan bayi dilakukan selama 1 bulan dengan frekuensi 1 x seminggu dan durasi waktu ± 15 menit setiap perlakuan pemijatan
- c. Setelah pemijatan dilakukan selama 1 bulan, penimbangan berat badan bayi setelah pijat bayi dilakukan kembali.
- d. Peningkatan berat badan bayi pada kelompok kontrol didapatkan melalui studi dokumentasi KMS (Kartu Menuju Sehat) dengan melihat peningkatan berat badan bayi saat berusia 2-3 bulan.

4. Analisa Data

a. Analisa univariat

Analisa univariat digunakan untuk melakukan analisis terhadap distribusi frekuensi dari karakteristik responden (Jarak kelahiran, keaktifan mengikuti posyandu, jumlah pendapatan keluarga tiap bulan, dan pemberian ASI eksklusif) serta kenaikan berat badan bayi usia 1-3 bulan.

b. Analisa bivariat

Pengujian pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 1-3 bulan, dimana analisa data yang dilakukan pada penelitian ini menggunakan perhitungan statistic dengan uji beda dua mean (*T test*) *Independent*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Data Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

a. Jarak Kelahiran

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Jarak Kelahiran Responden di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi Malang, tahun 2011

Jarak Kelahiran	Kel. Kontrol		Kel. Intervensi	
	Σ	%		%
a. Anak Pertama	4	40%		50%
b. 1-2 tahun	1	10%		0%
c. 3-5 tahun	3	30%		30%
d. > 5 tahun	2	20%		20%
Jumlah	10	100%	10	100%

a. Pemberian ASI Eksklusif

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pemberian ASI Eksklusif Bayi Usia 1-3 Bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi Malang, tahun 2011

Pemberian ASI Eksklusif	Kel. Kontrol		Kel. Intervensi	
	Σ	%	Σ	%
ASI Eksklusif	5	50%	5	50%
ASI + Susu Formula	3	30%	3	30%
Susu Formula Saja	2	20%	2	20%
Jumlah	10	100%	10	100%

b. Pendapatan Keluarga Tiap Bulan

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pendapatan Keluarga Tiap Bulan Responden di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi Malang, tahun 2011

Pendapatan Keluarga Tiap Bulan	Kel. Kontrol		Kel. Intervensi	
	Σ	%	Σ	%
> Rp 1.500.000	1	10%	1	10%
Rp 650.000 – Rp 1.500.000	7	70%	7	70%
< Rp 650.000	2	20%	2	20%
Jumlah	10	100%	10	100%

1. Kenaikan Berat Badan Bayi Usia 1-3 Bulan Dalam Waktu 1 Bulan

a. Berat Badan Bayi Kelompok Kontrol

Tabel 5.5 Kenaikan Berat Badan Bayi Kelompok Kontrol Dalam Waktu 1 Bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi Malang, tahun 2011

No.	Responden	Berat Badan Sebelum (gram)	Berat Badan Sesudah (gram)	Selisih Kenaikan Berat Badan Dalam Waktu 1 Bulan (gram)
1.	A	3400	3900	500
2.	B	4500	5200	700
3.	C	5000	5300	300
4.	D	5200	6000	800
5.	E	5800	6500	700
6.	F	3600	4400	800
7.	G	3600	4100	500
8.	H	4900	5600	700
9.	I	4100	4700	600
10.	J	3600	4300	700
Rata-Rata		4370	5000	630

b. Berat Badan Bayi Kelompok Intervensi

Tabel 5.6 Kenaikan Berat Badan Bayi Kelompok Intervensi Dalam Waktu 1 Bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi Malang, 2011

No.	Responden	BB Sebelum (gram)	BB Sesudah (gram)	Selisih Kenaikan BB Dalam Waktu 1 bulan (gram)
1.	a	3000	3500	500
2.	b	3600	4400	800
3.	c	4800	5500	700
4.	d	5300	6100	800
5.	e	4500	5300	800
6.	f	4800	5500	700
7.	g	5300	6000	700
8.	h	4600	5200	600
9.	i	4300	5200	900
10.	j	5100	5700	600
Rata-rata		4530	5240	710

5.1. Analisis Univariat

1. Analisis Data Karakteristik Responden

Tabel 5.7 Uji Homogenitas Karakteristik Responden di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi Malang, tahun 2011

	Levene Statistic	P Value (Sig.)
Jarak kelahiran antar anak	0,281	0,602
Keaktifan posyandu	1,531	0,232
Pemberian ASI eksklusif	0,000	1,000
Pendapatan keluarga tiap bulan	0,000	1,000

N = 20 Responden

Hasil uji homogenitas kelompok kontrol dan intervensi didapatkan rata-rata karakteristik nilai $p > 0,05$. Nilai p pada jarak kelahiran antar anak yaitu 0,602, keaktifan posyandu bernilai p 0,232, pemberian ASI eksklusif dan pendapatan keluarga tiap bulan

memiliki nilai p yang sama yaitu 1,000. Hal ini menunjukkan kedua kelompok tersebut homogen.

2. Analisis Data Kenaikan Berat Badan

Tabel 5.8

Hasil Analisa Rata-Rata Kenaikan Berat Badan Bayi Usia 1-3 Bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi Malang, tahun 2011

Kelompok	Mean Median	SD	Min-Mak	95% CI
Kontrol (Tidak dipijat)	630,00 700,00	156,702	300-800	517,90 - 742,10
Intervensi (Dipijat)	710,00 700,00	119,722	500-900	624,36 - 795,64

N = 20 responden

5.2. Analisis Bivariat

1. Analisis pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 1-3 bulan.

Analisis variabel kategorik pijat bayi dengan variabel numerik berat badan bayi menggunakan uji statistik t-test independent. Hasil uji statistik dikatakan ada pengaruh yang signifikan jika nilai $p < 0,05$ dan tidak ada pengaruh yang bermakna jika diperoleh nilai $p > 0,05$.

Perhitungan uji statistik t-test independent dengan SPSS

1) Uji Normalitas

Tabel 5.9

Hasil Uji Normalitas Data Kenaikan Berat Badan Bayi Usia 1-3 Bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi Malang, tahun 2011

	Kelompok	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	P value (Sig.)
Kenaikan berat badan (gram)	Kel. Kontrol (tidak dipijat)	0,879	10	0,126
	Kel. Intervensi (dipijat)	0,952	10	0,691

Hasil uji normalitas Shapiro-Wilk dari kenaikan berat badan bayi kelompok kontrol dan intervensi didapatkan rata-rata karakteristik nilai $p > 0,05$. Hal ini

menunjukkan bahwa data tersebut berdistribusi normal, sehingga memenuhi syarat untuk menggunakan uji parametrik (T-test independent) dalam menguji hipotesis.

2) Uji Homogenitas

Tabel 5.10

Hasil Uji Homogenitas Data Kenaikan Berat Badan Bayi Usia 1-3 Bulan di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi Malang, tahun 2011

	Levene Statistic	P value (sig.)
Kenaikan Berat Badan Bayi	0,826	0,375

Uji T test Independent

Tabel 5.11

Hasil Analisis T-test Independent Pengaruh Pijat Bayi Terhadap Peningkatan Berat Badan Bayi Usia 1-3 Bulan Di Kelurahan Pandanwangi wilayah kerja Puskesmas Pandanwangi Malang, tahun 2011

Kelompok	Mean	SD	SE	t	Sig. (2-tailed)	95%CI
Kontrol (tidak dipijat)	630	156,702	49,554	-1,283	0,216	-211,016 – 51,016
Intervensi (dipijat)	710	119,722	37,589			

N = 20 Responden

Rata-rata kenaikan berat badan bayi pada kelompok yang dipijat adalah 710, dengan standar deviasi 119,722, dan pada kelompok bayi yang tidak dipijat adalah 630, dengan standar deviasi 156,702. Hasil uji statistik didapatkan nilai $t = -1,283$ dan nilai p (sig. 2-tailed) = 0,216.

Dengan interpretasi hasil pada alpha 5% ($p > 0,05$) terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok bayi yang dipijat dengan kelompok bayi yang tidak dipijat. Artinya, tidak ada pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 1-3 bulan.

1. Pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan pada bayi usia 1-3 bulan

Rata-rata kenaikan berat badan bayi pada kelompok yang dipijat adalah 710, dan pada kelompok bayi yang tidak dipijat adalah 630. Hasil uji statistik didapatkan nilai $t = -1,283$ dan nilai p (sig. 2-tailed) = 0,216 yang berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok bayi yang dipijat dengan kelompok bayi

yang tidak dipijat. Artinya, tidak ada pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 1-3 bulan.

Hasil tersebut tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Neherta (2009) yang menyatakan bahwa hasil penelitian yang diperoleh dari pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 3-6 bulan, yaitu terdapat perbedaan peningkatan yang signifikan pada bayi yang dilakukan pemijatan jauh lebih baik dari pada bayi yang tidak dilakukan pemijatan dengan Nilai $P < 0.05$. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 20 responden dengan total sampling sebagai teknik samplingnya.

Masalah yang tampak dalam hasil uji yang tidak signifikan pada hasil uji t diatas yaitu jumlah sampel yang terlalu sedikit digunakan oleh peneliti. Seperti yang dikatakan Widhiarso (2010) bahwa salah satu hal yang menyebabkan hasil uji tidak signifikan yaitu ukuran sampel yang kecil. Misalnya korelasi variabel yang diteliti adalah 0.50. Kalau ukuran sampel hanya 10 orang, maka hasil uji statistik tidak menemukan hubungan yang signifikan. Kalau ukuran sampel sebanyak 15 orang maka hasil analisis menemukan hubungan yang signifikan. Hal ini dikarenakan semakin besar ukuran sampel yang dipakai semakin kecil nilai kritis yang dipakai acuan. Selain itu, ada banyak faktor yang menyebabkan uji statistik tidak signifikan, yaitu kurang tepatnya penggunaan uji statistik, masalah data, sampel, dan desain penelitian.

Ketidakpengaruhannya tersebut juga dapat disebabkan oleh frekuensi pijat bayi yang terlalu jauh dalam penelitian ini yaitu 1 minggu sekali. Hal tersebut dikuatkan oleh teori Lee (2009) yang menyatakan bahwa bayi akan mendapatkan keuntungan yang lebih besar bila pemijatan dilakukan tiap hari sejak lahir sampai usia enam atau tujuh bulan. Sejak usia enam bulan, pijat dua hari sekali sudah memadai. Hasil penelitian menunjukkan bahwa bayi yang dipijat rutin setiap hari minimal 2 kali mengalami kenaikan berat badan yang optimal dari pada bayi yang tidak rutin dipijat atau sama sekali tidak di pijat. Selain itu, pijat bayi perlu dikenalkan pada bayi sejak dini, tidak hanya pada saat bayi rewel, tetapi dapat dijadikan sebagai kegiatan *parenting* setiap harinya, karena pijat bayi yang dilakukan rutin, akan membantu proses tumbuh kembang fisik dan emosi bayi (Lise, 2009).

Menurut Soetjiningsih (2001), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pertumbuhan bayi selain pijat bayi yaitu faktor genetik, faktor lingkungan, faktor gizi, dan pendapatan keluarga. Salah satu yang sangat berperan dalam peningkatan berat badan bayi adalah faktor gizi. Seorang anak yang sehat dan normal akan tumbuh sesuai dengan potensi genetik yang dimilikinya, asalkan pertumbuhan ini harus dipengaruhi oleh intake zat gizi yang dikonsumsi dalam bentuk makanan (Suhardjo 2003). Pada usia 0-6 bulan makanan yang cocok untuk bayi adalah air susu ibu (ASI), jika pemberian ASI

dengan terpaksa tidak bisa diteruskan, maka susu formula untuk bayi merupakan alternatif pengganti terbaik (*Southeast Asian Food and Agriculture Science and Technology* (SEAFAST) Center IPB 2010).

Hal lain yang tak kalah penting dalam tumbuh kembang bayi yaitu jarak kelahiran antar anak. Ibu yang mengatur jarak kelahiran sesuai dengan program pemerintah dapat memberikan perhatian yang lebih dengan memenuhi kebutuhan asuh, asih dan asah bayi. Kebutuhan asuh bayi terdiri dari kebutuhan fisik-biomedis seperti pemberian ASI, penimbangan berat badan rutin, dan imunisasi. Kebutuhan asih meliputi kebutuhan emosi atau kasih sayang, dan kebutuhan asah yaitu kebutuhan akan stimulasi mental (Karnia 2010).

Selain itu, Pendapatan keluarga termasuk dalam masalah sosial ekonomi yang dapat mempengaruhi pertumbuhan bayi, karena kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan akan menghambat pertumbuhan anak. Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dapat memenuhi kebutuhan akan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya (Nur 2009). Walaupun mayoritas responden memiliki pendapatan yang cukup, tetapi hal tersebut tidak berhubungan dengan ketidaktahuan ibu dalam memberikan nutrisi yang cukup kepada bayi mereka.

III. KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Setelah adanya serangkaian proses mulai dari pengambilan data sampai analisa, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Karakteristik responden mayoritas merupakan anak pertama, aktif berposyandu, mengkonsumsi ASI eksklusif, dan memiliki pendapatan Rp 650.000 – Rp 1.500.000 tiap bulannya. Hasil uji statistik didapatkan kedua kelompok tersebut homogen.
2. Rata-rata kenaikan berat badan bayi pada kelompok yang dipijat adalah 710, dan pada kelompok bayi yang tidak dipijat adalah 630. Hasil uji statistik didapatkan nilai $t = -1,283$ dan nilai p (sig. 2-tailed) = 0,216 yang berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok bayi yang dipijat dengan kelompok bayi yang tidak dipijat. Artinya, tidak ada pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 1-3 bulan.

B. SARAN

1. Bagi profesi

Bagi tenaga kesehatan, diharapkan dapat lebih peka terhadap masalah yang terkait dengan tumbuh kembang anak dengan memberikan praktik keperawatan yang bersifat holistik pada klien dan mulai belajar mendalami terapi komplementer. Perawat dapat melakukan peran *edukator* kepada ibu agar ibu lebih peka dalam pertumbuhan dan perkembangan anaknya serta terhindar dari segala permasalahannya.

2. Bagi Ibu

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan ibu dapat memperhatikan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan berat badan bayi, sehingga bayi dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Pijat bayi dapat dilakukan oleh ibu sebagai tindakan alternatif tambahan untuk mendapatkan manfaat yang lain dalam pijat bayi.

3. Bagi Peneliti Lain

Untuk peneliti selanjutnya, hendaknya melakukan penelitian dengan tema yang sama akan tetapi diperluas variabel dependennya dengan meneliti dan menganalisa faktor-faktor lain yang mempengaruhi peningkatan berat badan, sehingga dapat terlihat faktor yang lebih bermakna dalam peningkatan berat badan bayi.

IV. DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Aziz 2003 'Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah Edisi 2', Salemba Medika, Jakarta.
- Lise 2009, 'Pijat Bayi (Infant Massage)', diperoleh pada tanggal 14 Agustus 2010, <http://ibunyakayyisa.blogspot.com/2009/06/pijat-bayi.html>.
- Kompas 2010, 'Mengantar Anak ke Puncak Kecerdasan', 11 Mei, diperoleh pada tanggal 1 Januari 2011, <http://www1.kompas.com/read/xml/2010/05/11/14340792/mengantar.anak.ke.puncak.kecerdasan>
- Nur, Atien 2009, 'Deteksi Dini Gangguan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak'.
- Nursalam 2008, 'Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan', Salemba Medika, Jakarta.
- Prasetyono 2009, 'Teknik-Teknik Tepat Memijat Bayi Sendiri Panduan Lengkap dan Uraian Kemanfaatannya', DIVA Press, Yogyakarta.
- Rakhmawati, Widya 2007, 'Modul Pijat Bayi', Universitas Padjajaran, Bandung.
-

- Retna, Eny 2009, 'Menerapkan Therapi (Sentuhan) Pijat Bayi Dengan Benar Sebagai Langkah Awal Untuk Menstimulasi Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi', diperoleh pada tanggal 14 Agustus 2010, <http://enyretnaambarwati.blogspot.com/2010/09/menerapkan-terapi-sentuhan-pijat-bayi.html>
- Jawa Pos 2010, 'Ribuan Bayi Kediri Terancam Gizi Buruk', 13 Juli, diperoleh pada tanggal 11 Januari 2011, <http://www.jpnn.com/index.php?mib=berita.detail&id=69164>.
- Roesli, Utami 2001, 'Pedoman Pijat Bayi Prematur & Bayi Usia 0-3 Bulan', Trubus Agriwidya, Jakarta
- Sears, William & Sears, Martha 2003, 'The Baby Book, Everything You Need To Know About Your Baby From Birth To Age Two', Little, Brown and Company, New York.
- Silvia, Maria et.al 2010, 'Teaching Chilean Mothers to Massage Their Full-Term Infants: Effects on Maternal Breast-Feeding and Infant Weight Gain at Age 2 and 4 Months', *Nursing Center*, diperoleh pada tanggal 6 Oktober 2010, http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=1008478.
- Southeast Asian Food and Agriculture Science and Technology (SEAFST) Center IPB 2010, 'Memperkenalkan Makanan pada Bayi, diperoleh pada tanggal 6 Oktober 2010, <http://seafast.ipb.ac.id/index.php/articles/38-foodanutrition/55-memperkenalkan-makanan-pada-bayi>.
- Soetjiningsih 2001, 'Tumbuh Kembang Anak', EGC, Jakarta.
- Widya, Ayu et. al 2009, 'Perbandingan Peningkatan Pengetahuan Ibu Tentang Pijat Bayi Pada Balita Setelah Mendapat Penyuluhan dan Pemutaran VCD di Kelurahan Widodomartani, Ngemplak, Sleman, Yogyakarta', diperoleh pada tanggal 11 Januari 2011, http://ikmfkuii.000space.com/download/naskah_publicasi/Ayu%20Widya%20Ningsih_2009.pdf.
- Wong, Donna et al 2003, 'Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik', EGC, Jakarta.
- Wong, Donna et al 2008, 'Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong', EGC, Jakarta.

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MELAKUKAN DETEKSI TANDA DAN GEJALA DEPRESI LANSIA YANG MENDERITA DIABETES MELITUS KRONIS

Wahyu Ekowati

Jurusan Keperawatan Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto

Abstrak

Lansia yang menderita penyakit diabetes melitus kronis membutuhkan banyak dukungan. Hal ini terjadi karena salah satu karakteristik penyakit DM kronis disertai luka ganggren membutuhkan waktu dan perlakuan yang konsisten. Terkadang harus disertai kedisiplinan dalam mengkonsumsi obat, menjalani diet yang ketat, mengikuti olah raga, dan perawatan luka yang lama. Hal-hal seperti ini sering menimbulkan masalah psikologis pada lansia, depresi salah satunya. Peran keluarga sangat penting disini, sebab jika keluarga mampu mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia maka keluarga diharapkan mampu memberikan dukungan yang terbaik sehingga lansia dapat meraih kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) yang lebih terjamin. Penelitian jenis *Explanatory Reseach* ini dilakukan pada 22 sampel anggota keluarga di Bogor, bertujuan untuk mengetahui faktor- faktor yang berhubungan dengan kemampuan keluarga dalam mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis. Analisis kuesioner dan data menggunakan Uji *Fisher Exact* dan uji *korelasi Product Moment Pearson*. Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa jumlah anggota keluarga *care giver* tidak ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis ($p=0,346$; pada $\alpha=0,05$ dan $\rho = -0,156$), pengetahuan ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia ($p=0,006$; pada $\alpha = 0,05$ dan $\rho=0,660$), usia *care giver* tidak ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia ($p=1,000$; pada $\alpha=0,05$ dan $\rho = -0,196$), motivasi merawat terdapat hubungan yang bermakna dengan kemampuan keluarga untuk mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia ($p=0,002$; pada $\alpha=0,05$ dan $\rho=0,593$), pendidikan terdapat hubungan yang bermakna dengan kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia ($p=0,002$; pada $\alpha=0,05$ dan $\rho=0,716$), lama merawat lansia terdapat hubungan yang bermakna dengan kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia ($p=0,032$; pada $\alpha=0,05$ dan $\rho=0,586$), pengaruh budaya tidak ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia ($p=0,096$; pada $\alpha=0,05$ dan $\rho=0,220$), tingkat ekonomi terdapat hubungan yang bermakna dengan kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis ($p=0,007$; pada $\alpha=0,05$ dan $\rho=0,758$). Kesimpulan: Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, motivasi, pendidikan, lama merawat dan tingkat ekonomi. Selanjutnya tidak ada hubungan yang bermakna jumlah anggota keluarga, usia dan pengaruh budaya dengan kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis.

Kata kunci: tanda dan gejala depresi, diabetes pada lansia, peran keluarga

PENDAHULUAN

Depresi merupakan masalah mental paling banyak ditemui pada lanjut usia (lansia) yang membutuhkan penatalaksanaan holistik dan komprehensif pada aspek fisik, mental dan sosial. Di samping itu, depresi pada lansia harus diwaspadai dan dideteksi sedini mungkin karena dapat mempengaruhi perjalanan penyakit fisik dan kualitas hidup lansia. Saat ini, prevalensi depresi pada lansia di dunia berkisar 8-15 persen dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara di dunia mendapatkan prevalensi rata-rata depresi pada lansia adalah 13,5 persen dengan perbandingan wanita-pria 14,1 : 8,6. Adapun prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di rumah sakit dan panti perawatan sebesar 30-45 persen (Kompas, 2008). Depresi pada lansia seringkali lambat terdeteksi karena gambaran klinisnya tidak khas. Depresi pada lansia lebih banyak tampil dalam keluhan somatis, seperti kelelahan kronis, gangguan tidur, penurunan berat badan, dan sebagainya. Depresi pada lansia juga dapat tampil dalam bentuk perilaku agitatif, ansietas atau penurunan fungsi kognitif. Beberapa faktor pencetus depresi pada lansia, antara lain faktor biologik, psikologik, stres kronis, dan penggunaan obat. Dari beberapa faktor tersebut salah satunya berkumpul menjadi satu pada kasus lansia yang menderita diabetes melitus kronis disertai adanya luka ganggren. Lansia dengan penyakit Diabetes Melitus kronis dan tidak kunjung memperoleh kesembuhan seringkali mendapat perhatian yang kurang optimal dari keluarganya. Terkadang tidak dirawat dengan baik atau dibiarkan begitu saja, sebab apabila harus mendapat perawatan di unit perawatan maka keluarga akan menanggung biaya yang tidak sedikit. Akibat kondisi ini menyebabkan lansia mengalami depresi. Jika lansia mengalami kondisi depresi maka pencapaian tujuan perawatan akan mengalami hambatan. Keterlibatan keluarga secara aktif sejak awal terapi merupakan langkah yang harus ditempuh untuk memberi dukungan pada pasien dan akan berdampak positif terhadap kelangsungan pengobatan. Apalagi karakteristik diabetes dengan luka ganggren yang membutuhkan waktu lama dan konsistensi perawatan, diet yang tepat, hingga aktifitas olahraga yang semua itu memerlukan dukungan dari keluarga. Deteksi awal terhadap tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis, perlu dilakukan untuk mewaspadai komplikasi depresi, terutama pada lansia pada lansia yang menjalani perawatan lama di rumah sakit, lansia dengan keluhan somatis kronis, lansia dengan imobilisasi berkepanjangan serta lansia dengan isolasi sosial. Disini kemampuan keluarga dalam mendeteksi tanda dan gejala munculnya depresi pada lansia menjadi tugas sekaligus kewajiban bagi keluarga. Maka untuk itu perlu diketahui faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan kemampuan keluarga dalam mendeteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian *Explanatory Research* yaitu untuk menjelaskan hubungan antara variabel terikat (*dependent*) dengan variabel bebas (*Independent*). Penelitian bertujuan mendeskripsikan tentang faktor yang berhubungan dengan kemampuan keluarga dalam melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes melitus kronis. Desain penelitian ini adalah *cross sectional* dengan 22 sample yang merupakan care giver utama bagi lansia.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan uji *Fisher's Exact* terhadap delapan variabel bebas dapat disimpulkan sebagai berikut :

Tabel 1.2. Rekapitulasi Hasil Uji Hubungan Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat.

Variabel bebas	p-value	Keterangan
Jumlah anggota keluarga	0,346	Tidak ada hubungan bermakna
Pengetahuan	0,006	Ada hubungan bermakna
Usia	1,000	Tidak ada hubungan bermakna
Motivasi	0,002	Ada hubungan bermakna
Pendidikan	0,002	Ada hubungan bermakna
Lama merawat	0,032	Ada hubungan bermakna
Pandangan budaya	0,098	Tidak ada hubungan bermakna
Tingkat ekonomi	0,007	Ada hubungan bermakna

Hasil Uji Statistik *Korelasi Product Moment Pearson*

Untuk mengetahui hubungan variabel bebas dan terikat selain menggunakan uji statistik *Fisher's Exact*, juga digunakan uji *Korelasi Product Moment Pearson* karena data berdistribusi normal dan diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 1.2. Hasil Uji *Korelasi Product Moment Pearson*

Variabel	Sig (2-tailed)	Korelasi	Kesimpulan
Jumlah anggota keluarga	0,481	-0,156	Tidak ada hubungan bermakna
Pengetahuan	0,001	0,660	Ada hubungan bermakna
Usia	0,376	- 0,196	Tidak ada hubungan
Motivasi	0,004	0,593	Ada hubungan bermakna
Pendidikan	0,000	0,716	Ada hubungan bermakna
Lama merawat	0,004	0,586	Ada hubungan bermakna
Pandangan budaya	0,326	0,220	Tidak ada hubungan
Tingkat ekonomi	0,000	0,758	Ada hubungan bermakna

Pembahasan

1. Hubungan Jumlah Anggota Keluarga Dengan Kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi lansia yang menderita diabetes kronis.

Dari 22 responden sebagian besar jumlah anggota keluarga dalam kategori sedikit (≤ 4 orang) sebanyak 72,7%, sedangkan sisanya 27,3% jumlah anggota keluarga dalam kategori banyak (> 4 orang). Banyaknya jumlah anggota keluarga sedikit (≤ 4 orang) disebabkan sebagian besar orang tua dari responden menjadi keluarga akseptor program Keluarga Berencana (KB) sejak tahun 80-an. Hal ini dapat dipahami karena saat itu pemerintah memang sedang gencar-gencarnya mensosialisasikan program KB. Penjelasan tambahan dari responden menyebutkan bahwa biasanya lansia memang tinggal dengan salah satu anaknya, sehingga anak tersebutlah yang selalu merawat lansia dan memonitor perkembangan terapi diabetes terhadap lansia. Meskipun jumlah anak dari lansia lebih dari 4 atau termasuk dalam kelompok anggota keluarga banyak namun tetap saja lansia hanya tinggal dan dirawat oleh salah satu anaknya tersebut dan ini sekaligus menjadi care giver utama bagi lansia yang menderita diabetes kronis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi lansia yang menderita diabetes kronis. Nilai rho yang diperoleh adalah negatif (- 0,156), berarti hubungan berlawanan, yaitu semakin banyak jumlah anggota keluarga, maka tidak berpengaruh pada kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi lansia. Hal ini dikarenakan dalam diri masing-masing anggota keluarga selain care giver lebih menyerahkan perawatan lansia kepada salah satu dari anggota keluarga tempat lansia tinggal bersamanya. Selain itu posisi rumah tinggal yang jauh dari rumah lansia dan care giver rupanya juga menjadi penyebab bahwa mereka tidak dapat mendeteksi dan mengamati perubahan perilaku lansia termasuk ketika lansia menunjukkan tanda dan gejala mengalami depresi akibat menderita diabetes kronis.

2. Hubungan Pengetahuan Responden Dengan Kemampuan mendeteksi tanda dan gejala depresi lansia yang menderita diabetes kronis..

Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang depresi dengan kemampuan responden dalam melakukan deteksi tanda dan gejala depresi. Nilai rho yang diperoleh adalah positif (0,660), berarti hubungan searah, yaitu semakin baik pengetahuan, maka semakin baik pula kemampuan dalam melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia. Hal ini sejalan dengan teori dari Lawrence Green (1980) yang mengatakan bahwa tingkat pengetahuan akan mempengaruhi praktik seseorang terhadap perilaku tertentu. Responden yang termasuk dalam kelompok mampu melakukan deteksi tanda dan gejala depresi lansia merupakan orang yang banyak mengetahui cara merawat penyakit diabetes, mereka sering berkonsultasi dengan

petugas kesehatan baik perawat, dokter atau ahli gizi bahkan responden juga merupakan care giver utama dari lansia sampai mengetahui secara detail tahap terapi atau program terapi yang dijalani oleh lansia. Sebagai contoh mereka menjadi pendamping saat lansia mengikuti senam atau olah raga dari agenda Persadia atau membimbing dan memberikan suport saat lansia mengikuti kegiatan dan aktifitas sosial dengan tetangga. Maka melalui berbagai aktifitas tersebutlah, setiap responden dapat selalu memantau setiap perubahan sikap atau perilaku lansia. Mereka juga sekaligus berinteraksi dan berkomunikasi dengan lansia, mendengar apa yang dikeluhkan lansia, memperhatikan apa yang dirasakan lansia dan selanjutnya memberikan respon yang bersifat positif. Respon positif yang dilakukan care giver ini termasuk dalam bentuk dukungan sosial terhadap lansia. Hal ini sangat membantu lansia untuk memperoleh kesejahteraan mental yang baik meski dengan segala keterbatasan yang dimilikinya. Hal ini juga sejalan dengan Wiarsih (1999), menyebutkan bahwa keluarga memiliki peran yang cukup besar dalam meningkatkan kualitas kesehatan jiwa individu lanjut usia antara lain dengan cara melibatkan individu lanjut usia dalam diskusi dan kegiatan keluarga, berbicara dengan suara lembut, menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi individu lanjut usia, membantu perawatan diri, dan melibatkan individu lanjut usia dalam kegiatan sosial masyarakat. Diah (2007) juga menyebutkan bahwa keluarga mempunyai peran dalam interaksi sosial, dukungan finansial, dan perawatan kesehatan terhadap individu lanjut usia. Perhatian keluarga terhadap individu lanjut usia lebih pada perawatan kesehatan fisik saja dan tidak pada peran emosional sehingga individu lanjut usia sering merasa terasing dan kesepian terutama pada individu lanjut usia yang tidak berada satu rumah dengan keluarganya. Jika hal-hal ini dapat dilakukan oleh keluarga yang merawat lansia dengan penyakit diabetes kronis maka keluarga yang merupakan care giver utama lansia akan mampu melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia tersebut.

3. Hubungan Usia Responden Dengan Kemampuan melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis

Secara teori menyebutkan bahwa tingkat kedewasaan seseorang akan dilihat dari usianya yang semakin bertambah. Secara logika semakin dewasa atau tua seseorang maka semakin tinggi kemampuan, pengetahuan, tanggung jawab dalam bertindak atau berpikir serta bijak dalam mengambil keputusan sehubungan dengan tugasnya dalam merawat lansia. Sedangkan pada hasil penelitian nilai rho yang diperoleh adalah negatif (-0,196), berarti hubungan berlawanan, yaitu semakin bertambahnya usia, tidak mempengaruhi kemampuan melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis. Hal ini dikarenakan pada responden yang usianya tergolong kelompok muda-pun ternyata ada yang mampu melakukan deteksi tanda dan gejala depresi

pada lansia yang menderita diabetes kronis. Responden kelompok muda tersebut memang sering melakukan konsultasi dengan petugas kesehatan maupun mencari informasi di media, *sharing* sesama keluarga lain yang merawat lansia dengan kondisi yang sama ataupun mencari informasi secara proaktif di buku-buku kesehatan tentang depresi maupun tentang topik cara merawat diabetes. Hal ini rupanya mempengaruhi cara pandang dan kemampuan mereka dalam menyimpulkan adanya perubahan sikap dan perilaku lansia yang mengarah pada depresi.

4. Hubungan motivasi dengan Kemampuan melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara motivasi merawat lansia dengan kemampuan melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis (p value: 0,002). Hasil uji Korelasi Product Moment Pearson diperoleh nilai rho positif (0,593), berarti hubungan searah, yaitu semakin baik motivasi dalam merawat lansia maka semakin baik pula kemampuan melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis. Hal ini sesuai dengan teori motivasi yang menyebutkan bahwa adanya motivasi akan menjadi sumber energi utama dari seseorang untuk bertindak atau melakukan sesuatu yang diyakininya bisa dikerjakannya dan bernilai kemanfaatan baik bagi diri sendiri maupun orang lain. Munculnya motivasi pada seseorang menurut berbagi teori karena yang bersangkutan memiliki kepentingan, memiliki nilai dan sikap tertentu sehingga timbul motivasi. Motivasi menurut Gage & Berliner (1984), menggambarkan energi bagi seseorang dan memberikan arah bagi aktivitasnya. Energi dan arah inilah yang menjadi inti dari konsep tentang motivasi. Motivasi merupakan sebuah konsep yang luas (*diffuse*), dan seringkali dikaitkan dengan faktor-faktor lain yang mempengaruhi energi dan arah aktivitas manusia, misalnya minat (*interest*), kebutuhan (*need*), nilai (*value*), sikap (*attitude*), aspirasi, dan insentif. Adanya motivasi yang kuat ini rupanya mendasari caregiver untuk mengetahui cara merawat termasuk melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis.

5. Hubungan pandangan budaya dengan kemampuan melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan responden (p value : 0,002). Hasil uji Korelasi Product Moment Pearson diperoleh nilai rho positif (0,716), berarti hubungan searah, yaitu semakin baik tingkat pendidikan responden maka semakin baik kemampuan melakukan deteksi tanda dan gejala depresi lansia. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori pendidikan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin banyak kemampuan dan pengetahuan yang diperolehnya.

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang menjadi dasar untuk melaksanakan tindakan. Demikian juga dalam riset ini diketahui bahwa responden yang tingkat pendidikannya lebih tinggi memiliki kemampuan untuk melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis.

6. Hubungan lama merawat dengan kemampuan untuk melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara lama merawat dan tinggal bersama lansia dengan kemampuan melakukan deteksi tanda dan gejala depresi lansia. Hal ini diketahui dari nilai (p value : 0,030). Hasil uji Korelasi Product Moment Pearson diperoleh nilai rho positif (0,586), berarti hubungan ini searah, yaitu semakin lama merawat lansia maka semakin baik pula kemampuannya dalam melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia. Hal ini disebabkan pada responden yang lebih lama dalam merawat lansia yang menderita diabetes kronis lebih banyak pengalamannya, mereka lebih hafal dan mengerti respon yang ditampilkan lansia. Ini bisa dimengerti karena seseorang yang harus menjalani terapi untuk kasus diabetes kronis yang disertai ganggren harus mengikuti terapi dan perawatan yang cukup ketat. Dampak dari program ini sering menimbulkan masalah psikologis lansia. Keluhan seperti jenuh dan bosan dengan terapi, kelelahan fisik, keterbatasan gerak yang menyebabkan lansia terkadang harus terisolir atau mengurangi kegiatan diluar bersama teman sebaya lansia, perasaan tidak berguna karena sering merepotkan hingga kecemasan terhadap kematian yang ada dalam pikiran lansia. Berbagai keluhan ini merupakan hal yang kerap kali tersampaikan pada responden, sehingga responden sebagai care giver utama bagi lansia sudah hafal benar akan keluhan ini.

7. Hubungan pandangan budaya dengan kemampuan melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis.

Hasil penelitian uji Korelasi Product Moment Pearson diperoleh nilai rho positif (0,220), berarti hubungan searah yang sangat lemah, yaitu semakin kuat pengaruh budaya (local culture) yang dianut keluarga maka tidak banyak mempengaruhi terhadap kemampuan melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis. Hal ini dikarenakan sedikitnya panduan secara budaya khususnya budaya Jawa yang secara detail menjelaskan tentang cara melakukan deteksi tanda dan gejala depresi pada lansia, sehingga responden lebih banyak mendapat informasi dengan cara mengakses secara proaktif dari media atau buku kesehatan atau petugas kesehatan secara langsung.

8. Hubungan tingkat ekonomi responden dengan kemampuan melakukan deteksi depresi lansia yang menderita diabetes kronis

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara tingkat ekonomi dengan kemampuan melakukan deteksi depresi lansia yang menderita

diabetes kronis (p value : 0,008). Hasil uji Korelasi Product Moment Pearson diperoleh nilai rho positif (0,758), berarti hubungan searah, yaitu semakin tinggi tingkat ekonominya maka semakin baik pula kemampuan melakukan deteksi depresi lansia yang menderita diabetes kronis. Hal ini dapat dimengerti bahwa untuk biaya perawatan luka ganggren saja, maka keluarga harus memiliki dana yang mencukupi, belum lagi dengan konsumsi obat, cek kadar gula rutin, konsultasi kesehatan dengan pergi ke dokter atau unit pelayanan kesehatan, mengupayakan diet yang sesuai atau pembuatan alat bantu semisal sepatu khusus untuk kaki diabetes. Hal-hal semacam ini tentu membutuhkan dana yang tidak sedikit. Selain itu keluarga yang secara tingkat ekonomi lebih tinggi biasanya lebih peduli dengan kondisi kesehatan, termasuk melaporkan hal-hal yang berhubungan dengan kondisi lansia pada saat kontrol ke unit pelayanan kesehatan. Melalui interaksi dengan petugas kesehatan maka keluarga dapat memperoleh pengetahuan tentang dampak psikologis termasuk depresi yang terjadi pada lansia. Maka tingkat ekonomi yang tinggi akan lebih mampu memenuhi kebutuhan tersebut.

Simpulan dan saran

1. Jumlah anggota keluarga tidak ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan melakukan deteksi depresi lansia yang menderita diabetes kronis ($p=0,346$; pada $\alpha=0,05$ dan nilai $\rho=-0,156$).
2. Pengetahuan ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan melakukan deteksi depresi lansia yang menderita diabetes kronis ($p=0,006$; pada $\alpha=0,05$ dan nilai $\rho=0,660$).
3. Usia tidak ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan melakukan deteksi depresi lansia yang menderita diabetes kronis ($p=1,000$; pada $\alpha=0,05$ dan nilai $\rho=-0,196$).
4. Motivasi ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan melakukan deteksi depresi lansia yang menderita diabetes kronis ($p=0,002$; pada $\alpha=0,05$ dan nilai $\rho=0,593$).
5. Pendidikan ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan melakukan deteksi depresi lansia yang menderita diabetes kronis ($p=0,002$; pada $\alpha=0,05$ dan nilai $\rho=0,716$).
6. Lama waktu merawat ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan melakukan deteksi depresi lansia yang menderita diabetes kronis ($p=0,032$; pada $\alpha=0,05$ dan nilai $\rho=0,586$).
7. Pandangan budaya tidak ada hubungan yang bermakna dengan kemampuan melakukan deteksi depresi lansia yang menderita diabetes kronis ($p=0,096$; pada $\alpha=0,05$ dan nilai $\rho=0,220$).
8. Ekonomi ada hubungan yang bermakna dengan kinerja Karu ($p=0,007$; pada $\alpha=0,05$ dan nilai $\rho=0,758$).

B. SARAN

Saran bagi perawat diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga terkait dengan cara merawat penyakit diabetes dan kemungkinan dampaknya terhadap kesehatan mental lansia, tanda dan gejala depresi yang muncul serta cara penanganan yang tepat sehingga keluarga dapat berperan serta aktif dalam membantu lansia mendapatkan kesejahteraan mental yang lebih baik. Saran bagi keluarga yang menjadi care giver utama bagi lansia diharapkan selalu berupaya mendapatkan informasi tentang merawat diabetes pada lansia termasuk kemungkinan masalah psikologis yang bisa muncul berkaitan dengan dampak terapi yang membutuhkan waktu dan komitmen yang tinggi. Jika keluarga mampu melakukan deteksi tanda dan gejala adanya depresi pada lansia yang menderita diabetes kronis maka keluarga dapat memberikan bantuan yang sangat bermanfaat bagi lansia dalam mengatasi kesulitannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto S, *Manajemen Penelitian*, Rineka Cipta, Jakarta, 2003.
- Chi-kwan, VN. (2005). Angka bunuh diri lansia di Hongkong meningkat ¶ 6. <http://www.antara.news>. Diperoleh 9 Juni 2008
- Diah, I. (2007). *Pengaruh stres sosio lingkungan pada kelangsungan hidup lansia janda/duda di Kabupaten Lamongan*, ¶ 6, <http://www.library@lib.unair.ac.id>. diperoleh 7 Januari 2007).
- Departemen Kesehatan RI, *Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 Tentang Kesehatan*, Jakarta, Tidak dipublikasikan, 1992
- Ernawati, F (2007). Status zink pada lansia dengan status gizi yang berbeda ¶ 1,2. <http://www.gizi.net>. Diperoleh 9 Juni 2008
- Ekowati, 2008, Dukungan keluarga terhadap pencapaian integritas diri individu lanjut usia. *Proceeding Konas IV Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Surabaya
- Friedman, M.M. (1992). *Keperawatan keluarga: teori dan praktek*. Alih bahasa Ina Debora, R.L dan Yoakim Asy. Jakarta: EGC
- Hurlock, E.B. (1991). *Psikologi perkembangan : suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. Jakarta: Erlangga.
- Kaplan HI, Sadock BJ & Grebb JA. (1997). *Synopsis psikiatri*. Alih bahasa : Widjaja Kusuma. Jilid 1 & 2. Jakarta. Binarupa Aksara.
- Kuntjoro, ZS. (2002). *Memahami mitos dan realita tentang lansia*, ¶ 1, <http://www.e-psikologi.com>. diperoleh 7 Januari 2008.
- Kompas. 1997. *Lansia rentan alami depresi*. Kompas, 23 Juli 2007, hlm 3.

- Kozier, *Fundamental of Nurshing Concept, Process and Practice*. Fourth edition, Eddision-Wesley Publishing Company, Inc, California. 1991.
- Kusnanto, Hari, *Metode Kualitatif Dalam Riset Kesehatan*, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1999
- Notoatmodjo, S, 2002, *Pengantar Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Nursalam, *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Salemba Medika, Jakarta, 2002.
- Probosuseno (2007). *Mengatasi "isolation" pada lanjut usia*. <http://www.medicalzone.org>. Diperoleh 9 Januari 2008.
- Siburian, P. (2007). *Kesepian lansia sebabkan kesehatan menurun*. ¶ 5. <http://www.waspada.online> diperoleh 9 Juni 2008
- Shives L.R. (2005). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & wilkins.
- Undang-undang No.13/1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wiarsih, W. (1999). Peran keluarga dalam meningkatkan kesehatan jiwa lansia di rumah. *Jurnal keperawatan Indonesia*. Volume II (7), hlm 253-257

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN WANITA USIA SUBUR TIDAK PERIKSA PAP SMEAR DI KECAMATAN KARTASURA SUKOHARJO

Winarsih Nur Ambarwati, Irdawati dan Vivin Dwi Nuryanti

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta, Email :

Abstrak

Latar Belakang : Wanita penderita Ca serviks baru di dunia diketahui terdapat 493.243 jiwa per tahun dengan angka kematian karena kanker ini sebanyak 273.505 jiwa per tahun. Insiden dan mortalitas Ca serviks di dunia menempati urutan kedua setelah kanker payudara. Sementara itu, di negara berkembang Ca serviks menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian akibat kanker pada wanita usia reproduktif, mencapai hampir 80% kasus. Di Indonesia Ca serviks berada pada peringkat pertama dengan 15.050 kasus baru dan kematian 7.566 jiwa dalam setahun. Kasus Ca serviks yang ditemukan di provinsi Jawa Tengah tahun 2004 sebesar 79,42 kasus per tahun. Sedangkan tahun 2005 ditemukan sebesar 2.076 kasus (19,70%) per tahun. Total kasus Ca cerviks dari seluruh Puskesmas dan Rumah Sakit di kabupaten Sukoharjo tahun 2009, sebanyak 136 kasus. Tingginya angka kematian dan kesakitan wanita yang menderita Ca serviks karena pada umumnya ditemukan dalam stadium yang telah lanjut. Hal ini disebabkan karena kurangnya kesadaran deteksi dini dengan pemeriksaan pap smear.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan wanita usia subur tidak melakukan pemeriksaan pap smear di kecamatan Kartasura kabupaten Sukoharjo

Metode : Desain penelitian ini adalah *cross-sectional*, jenis kuantitatif survai, teknik sampling *proportionate stratified random sampling*, jumlah responden 220, instrumen penelitian dengan kuesioner dan ceklist, teknik analisis bivariat dengan uji *Rank Spearman*.

Hasil : Karakteristik responden meliputi : usia responden paling banyak pada kelompok 20-35 tahun 61,8%, pendidikan paling banyak SMA 41,4%, jumlah anak paling banyak 2-5 66,8%. Data penelitian menunjukkan pengetahuan tinggi sebanyak 70,9% rendah 29,1%, sikap baik 90,9%, sikap kurang 9,1%, tingkat sosial ekonomi paling banyak sejahtera II 44,1%, persepsi ibu tentang biaya mahal 55%, sesuai 40,9%, murah 4,1%. Analisis bivariat variabel yang berhubungan dengan perilaku tidak pemeriksaan pap smear adalah pengetahuan ($p=0,004$), sikap ($p=0,15$), tingkat pendidikan ($p=0,017$), tingkat sosial ekonomi ($p=0,002$) dan persepsi biaya ($p=0,018$).

Simpulan : Upaya peningkatan keberhasilan cakupan *screening* Ca serviks dengan pemeriksaan pap smear perlu mempertimbangkan upaya-upaya peningkatan pengetahuan, sikap, pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan keterjangkauan biaya.

Kata kunci : ca serviks, pengetahuan, sikap, tidak pemeriksaan pap smear, wanita usia subur.

PENDAHULUAN

Berdasarkan data dari Badan Kesehatan Dunia diketahui terdapat 493.243 jiwa per tahun penderita Ca serviks baru di dunia dengan angka kematian karena kanker ini sebanyak 273.505 jiwa per tahun (Emilia, 2010). Insiden dan mortalitas Ca serviks di dunia menempati urutan kedua setelah kanker payudara. Sementara itu, di negara berkembang Ca serviks menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian akibat kanker pada wanita usia reproduktif, mencapai hampir 80% kasus (Prawirohardjo, 2006). Di Indonesia Ca serviks berada pada peringkat pertama dengan 15.050 kasus baru dan kematian 7.566 jiwa dalam setahun.

Kasus Ca serviks yang ditemukan di provinsi Jawa Tengah tahun 2005 ditemukan sebesar 2.076 kasus (19,70%) per tahun (Dinkes Jateng, 2005). Total kasus Ca cerviks dari seluruh Puskesmas dan Rumah Sakit di kabupaten Sukoharjo tahun 2009, sebanyak 136 kasus. Berdasarkan penggolongan usia, kasus Ca serviks paling banyak ditemukan pada wanita usia 20-44 tahun sebanyak 26 kasus. Angka ini meningkat dibandingkan tahun sebelumnya yaitu sebanyak 9 kasus. Di kabupaten Sukoharjo, kasus Ca serviks terbanyak ditemukan di kecamatan Kartasura yaitu sebanyak 7 kasus (DKK Sukoharjo, 2009).

Wanita yang terdeteksi menderita Ca serviks di Indonesia pada umumnya telah berada pada stadium lanjut yaitu III b ke atas (Sirait, Soetiarto, Oemiarti, 2003). Hal ini dapat berdampak pada tingginya angka kematian dan kesakitan wanita dengan Ca serviks. Terlambatnya terdeteksi Ca serviks di Indonesia pada umumnya disebabkan rendahnya kesadaran pemeriksaan pap smear sebagai salah satu teknik untuk screening Ca serviks dan faktor-faktor lain yang meningkatkan resiko berkembangnya Ca serviks. Data ini ditunjang oleh bukti epidemiologi menunjukkan bahwa dalam hal faktor risiko, kanker serviks ternyata memiliki kemiripan dengan infeksi menular seksual. Kurang lebih setengah dari wanita di Amerika yang terdiagnosis Ca Serviks, mereka tidak melakukan screening (Saslow et al., 2002).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan wanita usia subur tidak melakukan pemeriksaan pap smear di kecamatan Kartasura kabupaten Sukoharjo.

METODE

Rancangan yang dipergunakan adalah *cross-sectional*. Penelitian ini dilakukan di kecamatan Kartasura kabupaten Sukoharjo karena di daerah tersebut jumlah wanita usia suburnya tinggi dan pada observasi awal melalui wawancara singkat dengan masyarakat banyak yang belum melakukan pemeriksaan pap smear. Populasi dalam penelitian ini adalah wanita usia subur yang telah menikah sebanyak 1064 di kecamatan Kartasura kabupaten Sukoharjo. Dipilih wanita usia subur yang telah menikah dengan tujuan untuk menghomogenkan populasi. Jumlah sampel

menggunakan ketentuan dari Notoatmodjo (2003) didapatkan jumlah sampel 220 orang. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan cara *proportionate stratified random sampling*. Pada penelitian ini peneliti menggunakan kuesioner dan ceklist. Analisis data yang digunakan adalah statistik uji *Spearman Rank*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini disajikan sebagai hasil analisis karakteristik responden dan bivariat. Analisis karakteristik responden terdiri dari dua analisis yaitu 1) Karakteristik responden yang terdiri dari usia, pendidikan, jumlah anak 2) Variabel yang diteliti yaitu pengetahuan, sikap, sosial ekonomi, persepsi biaya pap smear, alasan lain tidak periksa pap smear, dan perilaku tidak periksa pap smear. Semua variabel diatas merupakan data kategorik sehingga disajikan dalam bentuk jumlah dan persentase.

1. Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik Wanita Usia Subur Tidak Periksa Pap Smear di Kecamatan Kartasura Sukoharjo (n=220)

Variabel	n	%	Total (n)	%
1. Usia ibu				
<20 tahun	3	1,4	1,4	1,4
20-35 tahun	136	61,8	61,8	63,2
>35 tahun	81	36,8	36,8	100,0
Total	220	100,0	100,0	
2. Tingkat pendidikan				
Tidak tamat /tidak sekolah	1	0,5	0,5	0,5
SD/MI	10	4,5	4,5	5,0
SMP/MTS	49	22,3	22,3	27,3
SMA/ SMK	91	41,4	41,4	68,6
Perguruan Tinggi	69	31,4	31,4	100,0
Total	220	100,0	100,0	
3. Jumlah anak				
< 2 anak	62	28,2	28,2	28,2
2-5 anak	147	66,8	66,8	95,0
> 5 anak	11	5,0	5,0	100,0
Total	220	100,0	100,0	

Usia responden kebanyakan berusia 20-35 tahun yaitu sebanyak 63,2%. Pendidikan responden kebanyakan SMA yaitu sebanyak 68.6% . Jumlah anak yang paling banyak adalah antara 2-5 anak sebanyak 95 %.

2. Analisis Bivariat

a. Hubungan pengetahuan dengan perilaku tidak periksa pap smear

Tabel 2. Hubungan pengetahuan dengan perilaku tidak periksa pap smear wanita usia subur di Kecamatan Kartasura Sukoharjo 2011 (n=220)

Pengetahuan	Perilaku tidak periksa pap smear				TOTAL		P value
	Tdk Periksa	Belum periksa	Tdk Periksa	Belum periksa			
	n	%	n	%	n	%	
Tinggi	93	42.3	63	28.6	156	70.9	0,04
Rendah	51	23.2	13	5.9	64	29.1	
Total	144	65.5	76	34.5	220	100	

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku periksa pap smear dengan p value < 0,05. Pengetahuan tinggi sebanyak 70,9% dan pengetahuan rendah sebanyak 29,1 %.

Fakta tentang tingginya pengetahuan wanita di kecamatan Kartasura tentang pentingnya periksa pap smear yang tidak diikuti dengan tingginya partisipasi periksa pap smear tidak sesuai dengan penelitian di Malaysia oleh Wong et al. (2008) yang menunjukkan hasil penelitian responden umumnya memiliki pengetahuan yang rendah tentang pap smear. Tempat penelitian mempunyai kontribusi terhadap pengukuran hasil pengetahuan. Kecamatan Kartasura merupakan daerah urban dan perkotaan sehingga kemudahan memperoleh informasi tentang pap smear sangat memungkinkan namun demikian tidak diikuti dengan angka partisipasi yang baik periksa pap smear. Kondisi ini sesuai dengan pendapat Popadiuk dan Francis (2002) bahwa di negara berkembang hanya sedikit wanita yang melakukan periksa pap smear. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Uni Emirat Arab oleh Bakheit dan Haroon (2004) di mana di negara Arab penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku periksa pap smear dengan pengetahuan, sikap dan pendidikan wanita. Hal ini dapat dipengaruhi oleh kondisi pengetahuan, sikap dan pendidikan wanita di bangsa Arab telah baik dibandingkan dengan di Indonesia. Dalam penelitian yang lain di Malaysia sebuah penelitian kualitatif oleh Oon et al.(2010) didapatkan data bahwa wanita yang tidak periksa pap smear pada umumnya mereka mengetahui tujuan periksa pap smear dan dapat menjelaskan dengan baik dan benar tentang manfaatnya tetapi tidak begitu memahami kapan harus periksa, siapa saja yang sebaiknya periksa pap smear. Menurut Popadiuk dan Francis (2002) komponen penting dalam program *screening* pap smear adalah harus ada proses rekrutmen partisipan, sistem informasi yang baik, upaya peningkatan kualitas, pendidikan dan pelatihan untuk petugas dan partisipan.

b. Hubungan sikap dengan perilaku tidak periksa pap smear

Tabel 3. Hubungan perilaku tidak periksa pap smear dengan sikap wanita usia subur di kecamatan Kartasura Sukoharjo 2011 (n=220)

Sikap	Perilaku tidak periksa pap smear				TOTAL		p value
	Tdk Periksa	Belum periksa	Tdk Periksa	Belum periksa			
	n	%	n	%	n	%	
Baik	126	57.3	74	33.6	200	90.9	0,015
Kurang	18	8.2	2	0.9	20	9.1	
Total	144	65.5	76	34.5	220	100	

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara sikap dengan perilaku tidak periksa pap smear dengan p value < 0,05. Hasil pengukuran pada variabel sikap menunjukkan bahwa 90,9% wanita mempunyai sikap yang baik dan hanya 9,1 % menunjukkan sikap yang kurang baik. Sikap baik ini dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan yang baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Awodele et al. (2011) di Nigeria yang meneliti pengetahuan perawat yang menunjukkan hasil perawat pada umumnya menunjukkan pengetahuan tentang pap smear dengan baik (60%) dan kebanyakan mempunyai sikap (80%) yang baik pula. Lebih lanjut dalam penelitian hanya sekitar 0,9% perawat yang tidak memiliki kesadaran pentingnya periksa pap smear dan sisanya 91% menyadari pentingnya periksa pap smear namun hasil perilaku periksa pap smear hanya sekitar 40% perawat yang telah periksa pap smear dan sisanya 60% meskipun sadar periksa pap smear penting namun belum periksa karena beberapa alasan yaitu malu, takut hasilnya, mahal dan tidak punya uang. Fakta ini juga menunjukkan bahwa sikap yang baik dalam mendukung perilaku periksa pap smear tidak serta merta selalu diikuti perilaku periksa periksa pap smear.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Wong et al. (2008) bahwa para wanita tidak periksa pap smear di antaranya karena takut sakit saat pemeriksaan, kurang pemahaman terhadap manfaat pemeriksaan, biaya yang mahal. Hasil penelitian tentang sikap yang baik pada wanita yang tidak periksa pap smear didapatkan juga penelitian oleh Oon et al.(2010) yaitu pada umumnya mereka setuju bahwa wanita yang telah melahirkan dan menikah sebaiknya melakukan periksa pap smear. Untuk variabel sikap masih dalam penelitian Oon et al.(2010) mereka tidak periksa pap smear karena menganggap pemeriksaan pada daerah genetalia pada umumnya malu dan mereka juga mempunyai anggapan bahwa mereka tidak merasakan gejala adanya penyakit Ca serviks sehingga mereka merasa tidak perlu periksa. Penelitian yang dilakukan Bourne et al.(2010) dilaporkan bahwa wanita usia

tua lebih bisa menerima prosedur pemeriksaan pada daerah genital daripada wanita usia lebih muda pada umumnya lebih merasa malu dan enggan. Responden dalam penelitian ini paling banyak masih berusia muda.

c. Hubungan pendidikan dengan perilaku tidak periksa pap smear

Tabel 4. Hubungan perilaku tidak periksa pap smear dengan pendidikan wanita usia subur di Kecamatan Kartasura Sukoharjo 2011 (n=20)

Pendidikan	Perilaku tidak periksa pap smear				TOTAL		p value
	Tdk Periksa	Belum periksa	Tdk Periksa	Belum periksa			
	n	%	n	%	n	%	
TDK SEKOLAH	1	0.5	0	0	1	0.5	0,017
SD	7	3.2	7	1.4	10	4.5	
SMP	36	16.4	13	5.9	49	22.3	
SMA	63	28.6	28	12.7	91	41.4	
PT	37	16.8	32	14.5	69	31.4	
Total	144	65.5	76	34.5	220	100	

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku tidak periksa pap smear dengan p value < 0,05. Pada variabel pendidikan responden terbanyak berpendidikan SMA 41% dan yang paling sedikit adalah tidak sekolah 0,5%. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian di Uni Emirat Arab oleh Bakheit dan Haroon (2004) di mana di negara Arab penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku periksa pap smear dengan pendidikan wanita.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Wong et al. (2008) bahwa para wanita tidak periksa pap smear di antaranya karena kurang pemahaman terhadap manfaat pemeriksaan, biaya yang mahal. Tingkat pendidikan wanita Indonesia secara umum belum dapat dikatakan baik. Karena tidak semua wanita Indonesia memperoleh kesempatan untuk melanjutkan ke pendidikan tinggi. Pendidikan yang rendah dapat mempengaruhi kecenderungan terhadap sikap yang kurang mendukung dan kurangnya kesadaran pentingnya periksa pap smear.

d. Hubungan antara perilaku tidak pap smear dengan sosial ekonomi

Tabel 5. Hubungan perilaku tidak periksa pap smear dengan sosial ekonomi wanita usia subur di kecamatan Kartasura Sukoharjo 2011 (n:220)

Sosial Ekonomi	Perilaku tidak periksa pap smear				TOTAL		p value
	Tdk Periksa	Belum periksa	Tdk Periksa	Belum periksa	n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Sejahtera I	27	12.3	5	2.3	32	14.5	0,02
Sejahtera II	67	30.5	30	13.6	97	44.1	
Sejahtera III	48	21.8	41	18.6	89	40.5	
Sejahtera III Plus	2	0.9	0	0	2	0.9	
Total	144	65.5	76	34.5	220		

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat sosial ekonomi yang diukur dengan tingkat kesejahteraan keluarga dengan perilaku tidak periksa pap smear dengan p value < 0,05. Pada variabel sosial ekonomi responden paling banyak adalah pada sejahtera II yaitu 44,1%. Keluarga dengan kategori sejahtera II artinya telah dapat memenuhi kebutuhan fisik dan sosial psikologisnya, akan tetapi belum dapat memenuhi pengembangannya. Tingkat kesejahteraan penduduk dapat berdampak pada kebutuhan. Masyarakat dengan tingkat kesejahteraan rendah akan sulit untuk memenuhi kebutuhan sekunder dan tersier, karena berfokus pada pemenuhan kebutuhan primer. Aktivitas deteksi dini dapat dianggap tidak penting bagi sebagian masyarakat karena tidak dianggap kebutuhan yang urgen dan pada umumnya dianggap sebagai kebutuhan pengembangan.

e. Hubungan antara perilaku tidak pap smear dengan alasan biaya

Tabel 6. Hubungan perilaku tidak periksa pap smear dengan alasan biaya wanita usia subur di kecamatan Kartasura Sukoharjo 2011 (n=220)

Alasan biaya	Perilaku tidak periksa pap smear				TOTAL		p value
	Tdk Periksa	Belum periksa	Tdk Periksa	Belum periksa			
	n	%	n	%	n	%	
Mahal	89	40.5	32	14.5	121	55.0	00,018
Sesuai	47	21.4	43	19.5	90	40.9	
Murah	8	3.6	1	0.5	9	4.1	
Total	144	65.5	76	34.5	220	100	

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan alasan biaya periksa pap smear dengan perilaku periksa pap smear dengan p value < 0,05.

Pada variabel alasan biaya sebanyak 55% menyatakan biaya pemeriksaan pap smear termasuk mahal dengan fakta bahwa hal ini dinyatakan oleh responden yang kebanyakan dalam kategori sejahtera II dan III dan sebanyak 40,9% menyatakan sesuai. Biaya pemeriksaan pap smear dianggap mahal karena dianggap aktifitas pemeriksaan pap smear hanya untuk deteksi dini hasilnya tidak dapat dirasakan secara langsung manfaat pemeriksaan pap smear. Penelitian di Nigeria oleh Awodele et al. (2011) dengan responden perawat menunjukkan hasil perawat yang tidak memeriksa atau belum memeriksa diantaranya disebabkan menurut mereka biayanya mahal.

SIMPULAN

Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku wanita usia subur tidak pemeriksaan pap smear dalam penelitian ini adalah meliputi variabel pengetahuan, sikap, pendidikan dan alasan biaya.

SARAN

Sesuai dengan hasil penelitian maka sebaiknya dalam melakukan program-program peningkatan perilaku pemeriksaan pap smear sebaiknya meliputi program peningkatan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan pap smear, pendekatan yang dapat meningkatkan kesadaran dan mampu menumbuhkan sikap yang mendukung terhadap perilaku deteksi dini, memperbaiki pendidikan wanita Indonesia secara umum, dan keterjangkauan biaya pemeriksaan pap smear.

UCAPAN TERIMA KASIH

1. Prof.DR.H.Bambang Setiaji, S.E., selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian
2. Arif Widodo, A Kep, M Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan yang telah memberikan izin dan dukungan kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
3. DR.Harun Joko P , S.E., M Hum, selaku Ketua Lembaga Penelitian Universitas Muhammadiyah Surakarta.
4. Kepala Kecamatan Kartasura yang telah memberikan izin untuk mengambil data penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Awodele, O., Adeyomoye, A.A.A.A., Awodele D.F., Kwashi, U., Awodele, I.O., Dolupo, D.C., (2011) Study on cervical cancer screening amongst nurses in lagos university teaching hospital, Lagos Nigeria, *J Canc Educ*. DOI 101007/sd 3187-010-0187-6
- Bakheit.M.N., Haroon,A.I.B. (2004) The knowledge, attitude and practice of pap smear among lalcal school teachers in the skarjah district, *Midlle East Juornal of Family Medicine*, 2004 ; Vol 4
- Bourne, A.P., Charles. C.A.D., Francis, C.E., South-Bourne, N., Peters, R. (2010) Perception, attitude and practices of women towards pelvic examination and pap smear in Jamaica north America. *Journal of Medicine Sciences* 2010 October, Volume 2 No.10
- Dinkes Propinsi Jawa Tengah. 2005. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Tahun 2003*. Diakses dari [http://www.dinkesjateng.org/profil2005 / bab4.htm](http://www.dinkesjateng.org/profil2005/bab4.htm) Tanggal 23 November 2010 jam 08:10
- DKK Sukoharjo. (2009). *Laporan Data Kasus Penyakit Tidak Menular di Puskesmas dan Rumah Sakit Kabupaten Sukoharjo*.
- DKK Sukoharjo. (2009). *Laporan Data Jumlah Kasus Dx / Golongan Umur Kabupaten Sukoharjo*.
- Emilia, O, dkk. (2010). *Bebas Ancaman Kanker Serviks (Fakta, Pencegahan, dan Penanganan Dini terhadap Serangan Kanker Serviks)*. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Oon, S.W., Shuib,R., Ali, S.H., Hussain, N, H, N., Shaaban, J., Yusoff, H.M., (2010) Knowledge and attitude among women and men in decision making on pap smear screening in kelantan Malaysia, *World Academy of Science, Engineering and Technology*.
- Prawiroharjo, S. (2006). *Onkologi Ginekologi, Edisi 1 dalam*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Popadiuk,C., Francis,P. (2002) Pap smear's : a review of what's new. *The New Canadian Journal of CME*. October 2002

- Saslow, D., Runowicz, C.D., Solomon, D., Moscicki, A., Smith, R.A., Eyre, J.H, Cohen, C. (2011) American cancer society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *Ca on line American Cancer*, June 16, 2011. *Ca Cancer Journal*.
- Sirait, A.M., Soetiarto, F., Oemiarti, R. (2003) Ketahanan hidup penderita kanker serviks di rumah sakit kanker dharmais Jakarta, *Buletin. Peneletian Kesehatan* Vol 31 No 1, 2003
- Wong, L.P., Wong, Y.L., Low, W.Y., Khoo, E.M., Shuib, R. (2008) Cervical cancer screening attitude and beliefs of malaysian women who have never had a pap smears: a qualitative study, *International Juornal of Behavioral Medicine*, 15 : 289-292, 2008

PENGARUH PEMBERIAN AIR REBUSAN DAUN ALPOKAT TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH TERHADAP PENDERITA HIPERTENSI DI DESA KARANG SEWU KULON PROGO

Feri Setiawan Arya Kusuma, Yuli Isnaeni

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta Email yuli2ishal@yahoo.com.

Abstract

High blood pressure or hypertension is generally defined as systole pressure that higher than or equal to 140 mmHg and diastole pressure that higher than or equal to 90 mmHg. Hypertension is often called as *the silent killer* because the symptoms of hypertension is not clearly seen and in early stage, do not cause any serious health problems. Hypertension still becomes the highest risk factor of death in the world, particularly in developing countries like Indonesia.

The objectives of this study is to find out the effectiveness of giving avocado-leaves-boiled in water to lower high blood pressure on hypertension sufferers using pre experimental research with one group pretest-posttest. The research was conducted in Karang Sewu village RT 61 Kulon Progo from 14 March 2009 to 23 March 2009. There were 11 respondents involved who were chosen using simple random sampling. The result of the research showed that the systole blood pressure prior to the giving of the avocado-leaves-boiled in water (pretest) = 158.18 mmHg (mean), standard deviation = 14.71 mmHg. Meanwhile, the systole blood pressure after the giving of the avocado-leaves-boiled in water (post test) = 142.27 mmHg (mean), standard deviation = 19.92 mmHg. The diastole blood pressure prior to the giving of giving of the avocado-leaves-boiled water (pretest) = 90.90 mmHg, standard deviation = 12.21 mmHg. Meanwhile, the diastole blood pressure after giving of the avocado-leaves-boiled in water (post test) = 83.63 mmHg, standard deviation = 15.01 mmHg (mean). It shows that avocado-leaves-boiled water was effective to lower the high blood pressure of hypertension sufferers with the value of $p\ 0.001 < 0.05$ of systole blood pressure and $p\ 0.017 < 0.05$ of diastole blood pressure. The suggestions for the future research are to use control group as the comparison and to control the subject's emotional state so the blood pressure is not affected at the time of the measurement.

Key words : hypertension sufferer, avocado-leave-boiled water, lowering high blood pressure

PENDAHULUAN

Tekanan darah merupakan kekuatan yang diperlukan agar darah dapat mengalir di dalam pembuluh darah dan beredar mencapai semua jaringan tubuh manusia. Darah yang beredar tersebut berfungsi sebagai media pengangkut oksigen, zat-zat lain yang diperlukan bagi kehidupan sel-sel tubuh serta sebagai sarana pengangkut sisa hasil metabolisme yang tidak berguna lagi dari jaringan tubuh manusia. Dalam keadaan normal tekanan darah sistolik akan selalu lebih tinggi daripada tekanan darah diastolik (Gunawan, 2008). Secara medis, tekanan darah diatas 140/90 mmHg tergolong dalam penyakit hipetensi sedangkan tekanan darah dibawah 120/70 mmHg tergolong dalam penyakit tekanan darah rendah (Sustrani et al., 2004).

Peningkatan tekanan darah atau hipertensi disebabkan karena kebiasaan hidup yang kurang baik, seperti merokok, minum kopi, stress atau ketegangan jiwa akan menyebabkan tekanan darah sedikit naik yang sering disebut dengan hipertensi. Menurut Gunawan (2008), hipertensi merupakan gangguan kesehatan yang banyak terjadi di masyarakat.

Berdasarkan Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995, jumlah penderita hipertensi di Indonesia saat ini belum diketahui pasti tetapi prevalensinya sekitar 8,3 %. Menurut Darmoyo (1990) cit Gunawan (2008), disebutkan bahwa 1,8 %-28,6 % penduduk dewasa adalah penderita hipertensi. Angka 1,8 % berasal dari penelitian di Desa Kalirejo, Jawa Tengah dan 28,6 % penelitian di Sukabumi, Jawa Barat. Sedangkan penelitian di Kabupaten Sleman, Yogyakarta pada tahun 2007 menyatakan jumlah penderita hipertensi sebesar 2000 orang dari 7000 responden (Anonim, 2007, Alpukat dan Hipertensi, <http://www.medicastore.com>, diperoleh tanggal 21 Oktober 2008).

Dari data tersebut dapat dilihat bahwa angka penderita hipertensi masih sangat tinggi, sehingga diperlukan upaya tertentu agar jumlah penderita setiap tahun tidak bertambah dengan pesat. Oleh karena itu diharapkan setiap berupaya mencari pengobatan, sebagaimana sabda Rosulullah SAW bahwa *“Allah SWT tidak menurunkan penyakit kecuali menurunkan pula (obat) penyembuhan bagi penyakit tersebut”* (H.R. Bukhari & Muslim).

Dalam hal ini, peran perawat komunitas sangat dibutuhkan. Ada pun peran perawat komunitas adalah peran sebagai pelaksana kesehatan yaitu memberikan pelayanan pada tingkat individu, keluarga dan kelompok berupa tanggung jawab melalui upaya promotif dan preventif dalam kaitannya untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat (Mubarak et al., 2006).

Upaya untuk mengontrol tekanan darah pada penderita hipertensi antara lain dengan memeriksakan tekanan darah secara rutin setiap bulan agar dapat diberikan penanganan secara tepat, atau jika hipertensi tidak bisa dikontrol lagi maka harus

segera dilakukan pengobatan. Pengobatan hipertensi dapat dilakukan dengan mengkonsumsi obat dari dokter atau mengkonsumsi obat tradisional.

Kebanyakan dari masyarakat lebih memilih mengkonsumsi obat tradisional daripada harus pergi ke dokter. Selain lebih mudah didapat harganya juga lebih terjangkau. Salah satu obat tradisional yang dapat dikonsumsi oleh penderita hipertensi adalah daun alpukat, karena daun alpukat mengandung asam lemak tak jenuh, vitamin dan mineral seperti kalsium yang berfungsi untuk meningkatkan karbohidrat dan menurunkan kolesterol (Fauzi, 2008).

Daun alpukat juga mengandung polifenol, saponin, quersetin, gula alkohol persiat dan niasin yang nantinya akan mempengaruhi aktivitas enzim lipoprotein lipase, sehingga produksi VLDL (*very low density lipoprotein*) di hati akan menurun. Dengan turunnya VLDL maka kolesterol yang ada dalam pembuluh darah akan kembali normal (Dalimartha, 2008).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Departemen Farmakologi, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas KwaZulu-Natal, Durban, Afrika Selatan, ekstrak daun alpukat diuji cobakan pada hewan babi yang mengalami penyempitan pembuluh darah, didapatkan hasil bahwa ekstrak daun alpukat dapat mengurangi ritmik jantung berlebih, kontraksi myogenic vena porta yang tersumbat. Selain itu, ekstraksi daun alpukat dapat menghasilkan relaksasi concentration-related pada endothelium yang tersumbat-termasuk juga cincin torak aortic pra-kontraksi dengan noradrenaline. Kemudian penemuan hasil studi ini ditujukan untuk menganjurkan penggunaan ekstrak daun alpukat sebagai obat suplemen pada masalah-masalah hipertensi dan kasus-kasus disfungsi kardio tertentu pada sejumlah masyarakat pedesaan di Afrika (University Of KwaZulu-Natal, 2007, *Cardiovascular Effect Of Persea Americana Mill (Lauraceae) (Avocado) Aqueous Leaf Extract In Experimental Animal*, dalam www.pubmed.gov, diakses bulan Maret-April 2007).

Sedangkan di Indonesia ekstrak daun alpukat oleh masyarakat telah dipercaya dapat menurunkan tekanan darah tinggi, namun belum ada peneliti yang meneliti secara jelas tentang manfaat atau khasiat dari daun alpukat tersebut dan sebagian dari masyarakat Indonesia telah mengkonsumsi lebih dari 5 tahun tidak mengalami gangguan pada fungsi organ khususnya pada ginjal.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo pada tanggal 5 November 2008 diperoleh data bahwa jumlah warga di Desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo berjumlah 112 orang dengan usia 0-12 tahun sebanyak 22 orang (19,6 %), usia 13-18 tahun sebanyak 8 (7,1 %), usia 19-35 tahun sebanyak 31 orang (27,6 %), usia 36-54 tahun sebanyak 16 orang (14,3 %) dan usia >55 tahun sebanyak 25 orang (22,3 %). Penderita hipertensi di RT tersebut sebanyak 23 orang dengan usia rata-rata lebih dari 45 tahun. Dari hasil wawancara dengan beberapa penderita hipertensi diperoleh informasi tentang belum adanya tindakan

pengobatan dikarenakan kondisi ekonomi yang kurang mencukupi dan mereka hanya mengkonsumsi buah mentimun untuk menurunkan tekanan darah tinggi.

Selain buah mentimun, obat herbal lain yang dapat digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi adalah bawang putih, seledri, tomat, kumis kucing, daun alpukat. diantara obat herbal tersebut yang memiliki kandungan kimia paling banyak dan paling efektif untuk menurunkan tekanan darah tinggi adalah daun alpukat.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas penulis tertarik melakukan penelitian tentang efektivitas pemberian air rebusan daun alpukat terhadap penurunan tekanan darah tinggi terhadap penderita hipertensi di desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo tahun 2009. Peneliti menggunakan daun alpukat sebagai bahan untuk penelitian, karena harganya yang ekonomis, obat alternatif selain buah mentimun dan mudah didapat oleh masyarakat dan memiliki kandungan kimia yang sangat bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah tinggi, selain itu tokoh masyarakat menginginkan agar masyarakat di desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo mengetahui lebih banyak mengenai obat-obat tradisional guna menurunkan tekanan darah tinggi selain buah mentimun yang sudah mereka konsumsi.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah pra-eksperimen , dengan menggunakan rancangan *one group pretest-posttest* (Notoatmodjo, 2002). Rancangannya diilustrasikan sebagai berikut :

<i>Pretest</i>	Perlakuan	<i>Posttest</i>
O1	X	O2

Keterangan :

X : pemberian air rebusan daun alpukat

O1 : tekanan darah penderita hipertensi sebelum diberikan air rebusan daun alpukat

O2 : tekanan darah penderita hipertensi setelah diberikan air rebusan daun alpukat

Dalam penelitian ini, tidak ada kelompok kontrol hanya kelompok eksperimen atau kelompok yang mendapatkan perlakuan yaitu pemberian air rebusan daun alpukat, sebelum perlakuan diberikan pada kelompok eksperimen dilakukan observasi atau pengukuran tekanan darah terlebih dahulu (*pretest*), kemudian setelah perlakuan atau eksperimen diberikan dilakukan pengukuran atau observasi kembali (*posttest*). Hasil pengukuran sebelum diberikan perlakuan dibandingkan dengan setelah dilakukan perlakuan.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita hipertensi yan tinggal di Desa Karangsewu RT 61 Galur Kulon Progo berjumlah 23. Sampel adalah sebagian

dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2005). Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah teknik *purposive sampling* atau teknik pengambilan sampel yang dilakukan dengan tujuan atau kriteria tertentu yakni warga dusun Karangsewu RT 61 yang menderita hipertensi tetapi belum atau sedang tidak menjalani pengobatan secara medis dan bersedia menjadi responden, berjumlah 11 orang.

Instrumen yang dipakai untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah daftar pertanyaan tentang identitas subjek penelitian, *sphygmomanometer* (tensimeter) dan *stethoscope*. Pengukuran tekanan darah pada posisi berbaring akan didapat angka yang lebih valid dibandingkan dengan posisi duduk, setelah beraktivitas dan setelah bangun tidur, karena pada posisi berbaring lebih rileks atau santai (Gunawan, 2008). *Sphygmomanometer* (tensimeter) yang digunakan adalah tensimeter yang menggunakan jarum dan telah ditera ulang guna menghasilkan data yang valid.

Validitas instrumen adalah suatu alat ukur yang menunjukkan tingkat kevalidan suatu instrumen. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan dan dapat mengungkapkan data variabel yang diteliti secara tepat (Suharsimi-Arikunto, 2006). Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah larutan air rebusan daun alpukat. Larutan air rebusan daun alpukat merupakan validitas internal instrumen yang berupa non test dan telah teruji validitas dan reliabilitasnya berdasarkan teori yang relevan. Instrumen ini digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi serta mengetahui efektivitas larutan air rebusan daun alpukat. Larutan air rebusan daun alpukat digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi telah disetujui oleh beberapa ahli karena kandungan kimia yang terdapat dalam daun alpukat tersebut sama dengan obat-obatan medis.

Penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahap, 1). menentukan sampel dengan kriteria yang telah ditentukan, yaitu warga Desa Karang Sewu RT 61 yang menderita hipertensi yang belum menjalani pengobatan secara medis, warga yang bersedia untuk dijadikan responden, warga yang berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan; 2). melakukan pendekatan kepada responden, kemudian peneliti menyampaikan maksud dan tujuan serta meminta kesediaan mereka untuk dijadikan subjek penelitian yaitu dengan menandatangani surat perjanjian sebagai subjek penelitian atau memberikan lembar *informed consent*; 3). memeriksa tekanan darah responden sebelum diberikan perlakuan yaitu memberikan air rebusan daun alpukat untuk diminum, kemudian peneliti mencatat hasil pemeriksaan tersebut ; 4). peneliti membuat racikan air rebusan daun alpukat yaitu dengan cara mengambil 3 lembar daun alpukat kemudian dicuci bersih dan direbus dengan 1 gelas air hingga mendidih kemudian diambil air hasil rebusan tersebut untuk dikonsumsi oleh responden; 5). Peneliti memberikan terapi herbal berupa air rebusan daun alpukat selama

3 hari berturut-turut, masing-masing 2 gelas perhari. Pada hari ke tiga peneliti menjelaskan cara meracik air rebusan daun alpukat yang bertujuan agar penderita dapat meracik sendiri saat mengalami kekambuhan atau tekanan darah naik; 5). Pada hari ketiga peneliti memeriksa kembali tekanan darah responden, kemudian peneliti mencatat hasil tersebut; 6). Hasil pemeriksaan tekanan darah sebelum dan sesudah diberikan air rebusan daun alpukat dibandingkan untuk mengetahui adanya keefektifan air rebusan daun alpukat tersebut.

Sebelum dilakukan uji statistik terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data untuk mengetahui normal atau tidaknya data tersebut, yaitu dengan menggunakan rumus *Kolmogorov Smirnov* dengan tingkat kepercayaan 95 %. Hasil uji normalitas menunjukkan data berdistribusi normal dengan besarnya nilai signifikan yaitu 1.000 mmHg pada tekanan darah systole sehingga nilai signifikan $p > 0,05$. Sedangkan nilai signifikan pada tekanan darah diastole yaitu 0,201 mmHg, sehingga nilai signifikan $p > 0,05$.

Untuk membuktikan H_a ditolak atau diterima, harga t hitung dibandingkan dengan tabel derajat kebebasan atau $dk = n-1$, dan taraf signifikansi 5 %. Bila t hitung lebih besar atau sama dengan dari t tabel maka H_0 ditolak dan H_a diterima dengan nilai signifikan (p) $\leq 0,05$, sebaliknya bila t hitung lebih kecil atau sama dengan dari t tabel maka H_0 diterima dan H_a ditolak (Sugiyono, 2006).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di Desa Karang Sewu RT 61, kecamatan Galur, kabupaten Kulon Progo. Penderita hipertensi di RT ini sebanyak 23 orang dengan usia rata-rata lebih dari 45 tahun. Pengambilan data dilakukan mulai dari tanggal 14 - 23 Maret 2009 pada penderita hipertensi dengan menggunakan 11 subjek penelitian tanpa menggunakan kelompok kontrol. Penjelasan secara rinci dapat dilihat sebagai berikut .

1. Karakteristik Subyek Penelitian

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada 11 subyek dapat dikelompokkan menurut jenis kelamin dan usia subyek penelitian. Dapat dijelaskan dalam tabel sebagai berikut :

a. Jenis Kelamin Subyek

Tabel. 1

Distribusi frekuensi jenis kelamin dan umur pada penderita hipertensi di Desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo bulan Maret 2009

No.	Karakteristik	f	(%)
1.	Jenis kelamin		
	a. Laki-laki	4	36
	b. Perempuan	7	64
	Jumlah	11	100
2.	Umur		
	a. Kurang dari 52 tahun	2	18
	b. 52-67	4	36
	c. Lebih dari 67 tahun	5	46
	Jumlah	11	100

Sumber : Data Primer, 2009

Berdasarkan tabel 1, dapat diketahui bahwa sebagian besar subyek penelitian mempunyai jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 7 orang (64 %) dan sebagian kecil mempunyai jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 4 orang (36 %). Sedangkan usia subyek penelitian sebagian besar berusia di atas 67 tahun sebanyak 5 orang (46 %).

Penderita hipertensi berjenis kelamin perempuan berjumlah lebih banyak dibandingkan laki-laki, hal ini disebabkan karena perempuan yang telah berusia > 55 tahun (setelah mengalami menopause) memiliki peluang lebih besar untuk menderita hipertensi atau tekanan darah tinggi akibat adanya perubahan hormonal (Sustrani, 2005). Semakin tua usia seseorang maka aktivitas akan semakin berkurang, dengan berkurangnya aktivitas akan menyebabkan pembuluh darah arteri kecil dalam tubuh akan mengerut sehingga peredaran darah dalam tubuh akan terhambat. Selain itu juga karena pada usia > 67 tahun telah terjadi pengapuran atau penyumbatan pada pembuluh darah sehingga kerja jantung lebih keras untuk memompa darah, akibatnya tekanan darah akan menjadi naik (Gunawan, 2008).

2. Tekanan Darah Pada Subyek Penelitian

Tabel. 2
Hasil pengukuran tekanan darah systole sebelum diberi air rebusan daun
alpukat dan sesudah diberi air rebusan daun alpukat pada penderita
hipertensi di Desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo
bulan Maret 2009

Subyek Penelitian	Tekanan Darah Sistole (mmHg)	
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
1	140	110
2	170	160
3	170	140
4	150	150
5	150	120
6	150	140
7	140	130
8	180	170
9	150	125
10	160	150
11	180	170
Jumlah	1740	1565
Rata-rata	158,18	142,27
Simpangan Baku	14,71	19,92

Sumber : Data primer, 2009

Berdasarkan data pada tabel 6, dapat diketahui bahwa tekanan darah systole sebelum diberi air rebusan daun alpukat (*pretest*) nilai rata-ratanya (*mean*) = 158,18 mmHg, simpangan baku (*standart deviasi*) = 14,71 mmHg. Sedangkan tekanan darah systole sesudah diberi air rebusan daun alpukat (*posttest*) nilai rata-ratanya (*mean*) = 142,27 mmHg, simpangan baku (*standart deviasi*) = 19,92 mmHg.

Hasil pengukuran tekanan darah pre test menunjukkan terjadinya hipertensi ringan-sedang. Tekanan darah sistolik merupakan tekanan yang terjadi bila otot jantung berdenyut memompa untuk mendorong darah keluar melalui arteri. Angka ini menunjukkan seberapa kuat jantung memompa untuk mendorong darah melalui pembuluh darah (Palmer, 2007). Dengan demikian terjadi penurunan kekuatan denyutan jika tekanan darahnya di atas normal.

Tabel. 3
Hasil pengukuran tekanan darah diastole sebelum diberi air rebusan daun
alpukat dan sesudah diberi air rebusan daun alpukat pada penderita
hipertensi di Desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo
bulan Maret 2009

Subyek Penelitian	Tekanan Darah Diastole (mmHg)	
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
1	80	80
2	100	90
3	100	80
4	80	70
5	90	70
6	80	80
7	85	80
8	95	100
9	85	80
10	85	70
11	120	120
Jumlah	1000	920
Rata-rata	90,90	83,63
Simpangan Baku	12,21	15,01

Sumber : Data primer, 2009

Berdasarkan data pada tabel 3, dapat diketahui bahwa tekanan darah diastole sebelum diberi air rebusan daun alpukat (*pretest*) nilai rata-ratanya (*mean*) = 90,90 mmHg, simpangan baku (*standart deviasi*) = 12,21 mmHg. Sedangkan tekanan darah systole sesudah diberi air rebusan daun alpukat (*posttest*) nilai rata-ratanya (*mean*) = 83,63 mmHg, simpangan baku (*standart deviasi*) = 15,01 mmHg.

Tabel. 4
Distribusi frekuensi subyek berdasarkan kategori tingkat tekanan darah
systole sebelum diberi air rebusan daun alpukat dan sesudah diberi
air rebusan daun alpukat pada penderita hipertensi di
Desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo
bulan Maret 2009

Kategori Tekanan Darah (mmHg)	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	F	%	f	%
Normal (<130)	-	-	3	27,27
Normal Perbatasan (130-139)	-	-	1	9,10
Hipertensi tingkat 1 (140-159)	6	54,55	4	36,36
Hipertensi tingkat 2 (160-179)	3	27,27	3	27,27
Hipertensi tingkat 3 (≥ 180)	2	18,18	-	-
Jumlah	11	100	11	100

Sumber : Data primer, 2009

Berdasarkan tabel 5, dapat diketahui bahwa tingkat pengukuran tekanan darah systole sebelum diberi air rebusan daun alpukat (*pretest*), tingkat tekanan darah yang menunjukkan hipertensi tingkat 1 (130-139 mmHg) sebanyak 6 orang (54,55%), hipertensi tingkat 2 (160-179 mmHg) sebanyak 3 orang (27,27 %), hipertensi tingkat 3 (≥ 180 mmHg) sebanyak 2 orang (18,18 %). Sedangkan tingkat pengukuran tekanan darah systole sesudah diberi air rebusan daun alpukat (*posttest*), tingkat tekanan darah yang menunjukkan normal (<130 mmHg) sebanyak 3 orang (27,27 %), perbatasan (130-139 mmHg) sebanyak 1 orang (9,10 %), Hipertensi tingkat 1 (140-159 mmHg) sebanyak 4 orang (36,36 %), Hipertensi tingkat 2 (160-179 mmHg) sebanyak 3 orang (27,27 %).

Tabel. 5
Distribusi frekuensi subyek berdasarkan kategori tingkat tekanan darah
diastole sebelum diberi air rebusan daun alpukat dan sesudah diberi
air rebusan daun alpukat pada penderita hipertensi di
Desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo
bulan Maret 2009

Kategori Tekanan Darah (mmHg)	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	f	%	f	%
Normal (<85)	3	27,27	8	72,70
Perbatasan (85-89)	3	27,27	-	-
Hipertensi tingkat 1 (90-99)	2	18,18	1	9,10
Hipertensi tingkat 2 (100-109)	2	18,18	1	9,10
Hipertensi tingkat 3 (≥ 110)	1	9,10	1	9,10
Jumlah	11	100	11	100

Sumber : Data primer, 2009

Berdasarkan tabel 5, dapat diketahui bahwa tingkat pengukuran tekanan darah systole sebelum diberi air rebusan daun alpukat (*pretest*), tingkat tekanan darah yang menunjukkan tekanan darah normal (<85 mmHg) sebanyak 3 orang (27,27 %), perbatasan (85-89 mmHg) sebanyak 3 orang (27,27 %), hipertensi tingkat 1 (90-99 mmHg) sebanyak 2 orang (18,18 %), hipertensi tingkat 2 (100-109 mmHg) sebanyak 2 orang (18,18 %), hipertensi tingkat 3 (≥ 110 mmHg) sebanyak 1 orang (9,10 %). Sedangkan tingkat pengukuran tekanan darah diastole sesudah diberi air rebusan daun alpukat (*posttest*), tingkat tekanan darah yang menunjukkan normal (<85 mmHg) sebanyak 8 orang (72,70 %), hipertensi tingkat 1 (90-99 mmHg) sebanyak 1 orang (9,10 %), hipertensi tingkat 2 (100-109 mmHg) sebanyak 1 orang (9,10 %), hipertensi tingkat 3 (≥ 110 mmHg) sebanyak 1 orang (9,10 %).

Untuk mengetahui perbedaan rata-rata tingkat tekanan darah sebelum diberi air rebusan daun alpukat (*pretest*) dan sesudah diberi air rebusan daun alpukat (*posttest*) baik pada tekanan darah systole maupun tekanan darah diastole maka perlu dilakukan beda rata-rata dengan uji statistik *t test dependen*. Sebelum dilakukan pengujian maka perlu diketahui distribusi dari kedua kelompok tersebut dengan uji normalitas dengan menggunakan rumus *kolmogorov smirnov*. Dari pengujian normalitas data dengan menggunakan *kolmogorov smirnov*, dapat diketahui bahwa data terdistribusi normal. Hal ini dapat dilihat dari besarnya nilai signifikan yaitu 1.000 mmHg pada tekanan darah systole sehingga nilai signifikan $p > 0,05$. Sedangkan nilai signifikan pada tekanan darah diastole yaitu 0,201 mmHg, sehingga nilai signifikan $p > 0,05$. Kemudian dapat disimpulkan bahwa kedua data terdistribusi normal.

Setelah dilakukan pengujian normalitas data, maka dilanjutkan uji beda rata-rata dengan uji statistik *t test dependen*. Hasil dari perhitungan tekanan darah systole didapatkan harga t hitung 4,940 mmHg dengan $dk = n-1 = 11-1 = 10$ dengan signifikansi 5 %, dapat diketahui nilai signifikan 0,001 mmHg ($0,001 < 0,05$). Sedangkan perhitungan tekanan darah diastole didapatkan harga t hitung 2,846 mmHg dengan $dk = n-1 = 11-1 = 10$ dengan signifikansi 5 %, dapat diketahui nilai signifikan 0,017 mmHg ($0,017 < 0,05$), maka dari kedua data dapat disimpulkan H_0 ditolak dan H_a diterima artinya bahwa air rebusan daun alpukat efektif untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi di Desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo tahun 2009.

Penelitian yang dilakukan oleh Departemen Farmakologi, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas KwaZulu-Natal, Durban, Afrika Selatan, ekstrak daun alpukat diuji cobakan pada hewan babi yang mengalami penyempitan pembuluh darah, didapatkan hasil bahwa ekstrak daun alpukat dapat mengurangi ritmik jantung berlebih kontraksi myogenic vena porta yang tersumbat. Selain itu, ekstraksi daun alpukat dapat menghasilkan relaksasi concentration-related pada endothelium yang tersumbat-termasuk juga cincin torak aortic pra-kontraksi dengan noradrenaline. Kemudian penemuan hasil studi ini ditujukan untuk menganjurkan penggunaan ekstrak daun alpukat sebagai obat suplemet pada masalah-masalah hipertensi dan kasus-kasus disfungsi kardio tertentu pada sejumlah masyarakat pedesaan di Afrika (University Of KwaZulu-Natal, 2007, *Cardiovascular Effect Of Persea Americana Mill (Lauraceae) (Avocado) Aqueous Leaf Extract In Experimental Animal*, dalam www.pubmed.gov, diakses bulan Maret-April 2007).

Daun alpukat merupakan salah satu obat alternatif untuk menurunkan tekanan darah tinggi, karena kandungan kimia yang ada dalam daun alpukat. Kandungan kimia yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah tinggi salah satunya adalah niasin. Niasin dapat mempengaruhi aktifitas enzim

lipoprotein lipase, sehingga menurunkan produksi VLDL (*very low density lipoprotein*) di hati, akibatnya kadar kolesterol dalam darah akan turun. Menurut ketua II Perhimpunan Dokter Indonesia Pengembang Kesehatan Tradisional Timur (PDPKT), daun alpukat dapat menurunkan kadar kolesterol dan trigliserid serta membantu proses stabilisasi plak yang terbentuk pada penyakit hipertensi (Dalimartha, 2008).

Kandungan kimia lainnya yang terdapat dalam daun alpukat adalah asam lemak tak jenuh tunggal atau *monounsaturated fatty acid* (MUFA) yang mampu menurunkan kadar trigliserida dan kolesterol LDL yang tinggi. Bersama-sama dengan vitamin C, E dan glutathion yang dimilikinya, MUFA memiliki aktifitas sebagai antioksidan yang dapat melindungi pembuluh darah arteri dari kerusakan akibat timbunan kolesterol LDL yang berlebih. Kandungan niacin yang terdapat dalam daun alpukat juga dapat mempengaruhi aktivitas enzim lipoprotein lipase sehingga terjadi penurunan produksi VLDL di hati yang berakibat penurunan kolesterol total, kolesterol LDL dan trigliserida. Niacin juga dapat meningkatkan kolesterol HDL (Dalimartha, 2008). Niasin akan mempengaruhi aktivitas enzim lipoprotein lipase sehingga terjadi penurunan produksi VLDL (*very low density lipoprotein*) di hati yang berakibat penurunan kolesterol total, kolesterol LDL dan trigliserida. Kolesterol total, kolesterol LDL dan trigliserida merupakan beberapa faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah, sehingga jika kolesterol tersebut menurun maka tekanan darah yang semula tinggi akan mengalami penurunan.

Dengan demikian peran perawat komunitas sangat dibutuhkan yaitu sebagai perawat pelaksana melalui upaya promotif, preventif serta kuratif untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat. Upaya promotif berupa memberikan penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan tentang hipertensi kepada masyarakat khususnya bagi penderita hipertensi sendiri, sedangkan upaya preventif dan kuratif dapat berupa mencegah terjadinya penyakit komplikasi dari hipertensi dengan menganjurkan dan memberikan pengobatan kepada penderita untuk mengkonsumsi obat herbal yaitu air rebusan daun alpukat.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Desa Karang Sewu RT 61 Kulon Progo tahun 2009 dapat disimpulkan bahwa nilai rata-rata tekanan darah systole sebelum diberi air rebusan daun alpukat (*pretest*) yaitu 158,18 mmHg dan nilai rata-rata tekanan darah systole sesudah diberi air rebusan daun alpukat (*posttest*) yaitu 142,27 mmHg, sehingga didapatkan perbedaan rata-rata sebesar 15,91 mmHg. Sedangkan nilai rata-rata tekanan darah diastole sebelum diberi air rebusan daun alpukat (*pretest*) yaitu 90,90 mmHg dan nilai rata-rata tekanan darah systole sesudah

diberi air rebusan daun alpukat (*posttest*) yaitu 83,63 mmHg, sehingga didapatkan perbedaan rata-rata sebesar 7,27 mmHg.

Hasil uji *t-test* menunjukkan adanya penurunan tekanan darah sistole setelah diberi air rebusan daun alpukat, didapatkan nilai *t* hitung sebesar 4,940 mmHg dengan nilai signifikan *p* 0,001. Terjadi penurunan tekanan darah diastole setelah diberi air rebusan daun alpukat, didapatkan nilai *t* hitung sebesar 2,846 mmHg dengan nilai signifikan *p* 0,017. dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa pemberian air rebusan daun alpukat efektif untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi di dusun Karangsewu RT 61 Galur Kulon Progo.

Berdasarkan hasil penelitian ini penulis merekomendasikan bagi Warga Dusun Karang Sewu RT 61 Galur Kulon Progo agar dapat memanfaatkan air rebusan daun alpukat untuk menurunkan tekanan darah tinggi sebagai salah satu obat alternatif, dengan cara mengambil 3 lembar daun alpukat dicuci bersih lalu direbus dengan 1 gelas air (200 cc) sampai mendidih, kemudian diambil air hasil rebusan tersebut untuk dikonsumsi. Ini dilakukan selama 3 hari berturut-turut, masing-masing 2 gelas perhari.

Perawat dapat memberikan informasi tentang obat-obat tradisional dalam menurunkan tekanan darah tinggi khususnya dengan menggunakan air rebusan daun alpukat. Dan peneliti lain yang berminat mengembangkan penelitian ini dapat melakukan penelitian yang sama tetapi dengan menggunakan kelompok kontrol sebagai pembanding.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 2007, *Alpukat dan Hipertensi*, <http://www.medicastore.com>, diperoleh tanggal 21 Oktober 2008.
- Asliyah, H, 2007, *Kajian Penggunaan Obat Herbal Pada Terapi Hipertensi Pasien Rawat Jalan RS Happy Land Yogyakarta Periode Januari-Mei 2007*
- Brashers, V., L., 2007, *Aplikasi Klinis Patofisiologi : Pemeriksaan dan Management*, Edisi 2, EGC : Jakarta.
- Britis, 2004, *Hypertention*, halaman 8-14, <http://www.nursing-standart.co.uk>, diperoleh tanggal 5 Januari 2009.
- Dalimartha, S., 2008, *Atlas Tumbuhan Obat Indonesia*, Jilid 5, Cetakan I, Pustaka Bunda : Jakarta.
- Effendi, N., 1998, *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, Edisi Kedua, EGC : Jakarta.

- Fauzi, D., A., 2008, *Panduan Lengkap Manfaat Tanaman Obat*, Cetakan I, Edsa Mahkota : Jakarta.
- Gunawan, L, 2008, *Hipertensi Tekanan Darah Tinggi*, Kanisius : Yogyakarta.
- Hidayat, A., A., 2005, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*, Edisi Pertama, Salemba Medika : Jakarta.
- Mansjoer, A., Triyanti, K., Savitri, R., Wardhani, W., I., Setiowulan, W., 2000, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jilid 1, Edisi 3, Cetakan I, Media Aesculapius : Jakarta.
- Mubarak, W., I., Santoso, B., A., Roziki, K., Patonah, S., 2006, *Ilmu Keperawatan Komunitas 2 Teori dan Aplikasi Dalam Praktik Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan Komunitas, Gerontik dan Keluarga*, Cetakan 1, Agung Seto : Jakarta.
- Muhlisah, F., 2007, *Tanaman Obat Keluarga (TOGA)*, Cetakan I, Penebar Swadaya : Jakarta.
- Notoatmodjo, S., 2002, *Metode Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, Rineka Cipta : Jakarta.
- Palmer, A., 2007, *Simple Guides Tekanan Darah Tinggi*, Erlangga : Jakarta.
- Rohaendi, 2008, *Hipertensi dan Rosella* dalam [http://www.Rohaendi.Februari.2008.hipertensi dan Rosella.html](http://www.Rohaendi.Februari.2008.hipertensi%20dan%20Rosella.html)., diakses bulan Februari 2008.
- Smeltzer, S., C., 2001, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, Edisi 8 Alih bahasa : Agung Waluyo, EGC : Jakarta.
- Sugiyono, 2006, *Statistik Untuk Penelitian*, Cetakan Ke-9, Alfabeta : Bandung.
- Suharsimi-Arikunto, S., 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Cetakan ke- 12, Edisi Revisi, Asdi Mahasatya : Jakarta.
- Susrani, L., Alam, S., Hadibroto, I., 2005, *Stroke*, Cetakan Ke-2, Gramedia Pustaka Utama : Jakarta.
- University Of KwaZulu-Natal, 2007, *Cardiovascular Effect Of Persea Americana Mill (Lauraceae) (Avocado) Aqueous Leaf Extract In Experimental Animal*, dalam www.pubmed.gov, diakses bulan Maret-April

PENGARUH PEMBERIAN MUSIK TERHADAP SEMANGAT KERJA DAN PENURUNAN KELELAHAN KERJA PADA PEKERJA DI BAGIAN PRODUKSI PT. ROYAL KORINDAH PURBALINGGA

Suryanto, Yuda Bhakti

Jurusan Kesehatan Masyarakat Fak. Kedokteran dan Ilmu-Ilmu Kesehatan
Unsoed Purwokerto
email: soer_yanto4@yahoo.com

Abstrak

Ringkasan: Penelitian pengaruh pemberian musik terhadap semangat kerja dan penurunan kelelahan kerja pada pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga termasuk kedalam jenis penelitian *quasi experiment* dengan metode *one group pretest-posttest design*. Jumlah sampel penelitian sebanyak 80 orang dengan teknik pengambilan sampel *Simple Random Sampling*. Metode analisis data menggunakan analisis deskriptif uji beda *paired t test*, analisis variasi (anova) dan regresi. Hasil penelitian menunjukan bahwa musik pengiring kerja lebih efektif memberikan pengaruh yang positif terhadap semangat kerja pada pekerja dengan nilai $p = 0,005 < 0,05$ dan memberikan pengaruh sebesar 53,5% dibandingkan dengan penurunan kelelahan kerja yang hanya memberikan pengaruh sebesar 20,3% dengan nilai $p = 0,004 < 0,05$, dan kurang efektif memberikan pengaruh positif ketika musik pengiring kerja digunakan bersama-sama untuk menurunkan kelelahan dan meningkatkan semangat kerja pada pekerja, hal ini terlihat dari besarnya nilai R^2 yaitu sebesar 0,026 (2,6%) dengan nilai $p = 0,041 < 0,05$. Perusahaan yang memiliki jenis pekerjaan monoton, sederhana, dan terus-menerus sebaiknya pihak perusahaan diberikan fasilitas untuk memutar musik pengiring kerja supaya pekerja lebih bersemangat dan tidak mengalami kelelahan.

Kata kunci: musik, semangat, kelelahan, pekerja.

PENDAHULUAN

Pekerjaan manusia dalam suatu perusahaan akan sangat berpengaruh terhadap produktivitas perusahaan secara keseluruhan. Dalam pekerjaan yang dilakukan secara manual, manusia memegang peran utama yang akan menentukan output pekerjaan tersebut. Pada umumnya pekerjaan-pekerjaan yang dilakukan manusia bersifat monoton, dimana pekerjaan tersebut dilakukan secara berulang dan terus menerus tanpa adanya variasi. Pekerjaan yang dilakukan secara monoton akan mengakibatkan kelelahan secara psikologis. Kelelahan akan mengakibatkan pekerja mengalami perlemahan aktivitas, perlemahan motivasi dan kelelahan fisik akibat psikologis (Sutalaksana, 1979).

Kondisi tersebut dapat menyebabkan turunnya motivasi dan semangat kerja manusia yang dapat berakibat pada meningkatnya kelelahan kerja dan menurunnya produktivitas perusahaan secara keseluruhan. Pada pekerjaan yang melibatkan proses fisik, kondisi ini bisa menyebabkan stres kerja dan berkurangnya semangat kerja dalam melakukan pekerjaan. Hal ini akan mengakibatkan masalah dalam perusahaan jika pekerjaan itu membutuhkan semangat kerja dan konsentrasi tinggi misalnya pekerjaan pembuatan bulu mata. Menurut Nitisemito (1992) semangat kerja merupakan suatu kegiatan melakukan pekerjaan secara lebih giat, sehingga dengan demikian pekerjaan diharapkan dapat lebih cepat dan baik yang akhirnya akan meningkatkan produktivitas.

Semangat kerja pada pekerja tidak dapat dipisahkan dengan tingkat kelelahan. Wigjosoebroto (2000) menyatakan bahwa pekerja yang mengalami kelelahan kerja juga akan sering tidak masuk kerja dan mengambil waktu istirahat, sedangkan Suma'mur (1998) menyatakan bahwa kelelahan secara nyata dapat mempengaruhi semangat kerja dan dapat menurunkan produktivitas.

Investigasi di beberapa negara menunjukkan bahwa kelelahan memberikan kontribusi yang signifikan terhadap kecelakaan kerja. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kementerian Tenaga Kerja Jepang terhadap 12.000 perusahaan yang melibatkan sekitar 16.000 pekerja di negara tersebut yang dipilih secara acak telah menunjukkan hasil bahwa ditemukan 65% pekerja mengeluhkan kelelahan fisik akibat kerja rutin, 28% mengeluhkan kelelahan mental dan sekitar 7% pekerja mengeluhkan stress berat dan merasa tersisihkan (Hidayat, 2003), sedangkan di Indonesia lebih dari 65% pekerja datang ke poliklinik perusahaan mengeluh mengalami kelelahan kerja dan hasil survei di negara maju melaporkan bahwa antara 10-50% masyarakat pekerja mengalami kelelahan kerja. Kelelahan kerja dialami oleh 25% dari seluruh pekerja wanita dan 20% pekerja pria dengan prevalensi kelelahan sekitar 20% diantara pasien yang datang membutuhkan pelayanan kesehatan (Santosa, 1982).

Pengendalian terhadap kelelahan kerja pada pekerja sangatlah penting, karena tanpa pengendalian terhadap kelelahan kerja maka akan merugikan bagi pekerja maupun perusahaan. Pengendalian yang dapat dilakukan salah satunya dengan cara memberikan musik pengiring pada saat bekerja untuk menurunkan kelelahan pada pekerja.

Aristoteles dalam Amrie (2006), menyatakan bahwa musik mempunyai kemampuan mendamaikan hati yang gundah, menumbuhkan semangat, mempunyai terapi rekreatif dan menumbuhkan jiwa patriotisme. Djohan (2005) menyatakan bahwa hubungan (interaksi) antara konsep psikologi dan musik juga ditunjukkan oleh tumbuhnya disiplin dalam konteks pentingnya pengalaman musikal bagi kehidupan manusia.

Hasil penelitian Riyadi *dkk* (2002) mengenai pengaruh musik pengiring kerja terhadap kebosanan dan kelelahan kerja di Tunas Asri Keramik Yogyakarta menunjukkan bahwa musik pengiring kerja mampu menurunkan tingkat kebosanan dan kelelahan. Hasil penelitian Ulfa (2008) mengenai pengaruh musik shalawat terhadap penurunan *burnout* (kelelahan kerja yang meliputi stres, ketegangan (*straint*) dan koping) karyawan yang dilakukan di laboratorium medis Sima Malang menunjukkan hasil bahwa tingkat *burnout* karyawan sebelum mendengarkan musik shalawat adalah dalam kategori sedang sebesar 80 %. Tingkat *burnout* karyawan setelah mendengarkan musik shalawat adalah dalam kategori sedang sebesar 93.3 %. Hasil penelitian Fatrias *dkk* (2010) mengenai pengaruh musik terhadap produktivitas dan penurunan kelelahan operator mesin bordir di Kota Bukit Tinggi Sumatera Barat menunjukkan bahwa musik berpengaruh signifikan terhadap produktivitas operator mesin bordir pada taraf 5% dengan musik favorit memberikan pengaruh terbesar.

Muttaqin (2003) menyebutkan bahwa musik memberikan pengaruh positif bila diterapkan pada pekerjaan yang sederhana, rutin dan monoton, sedangkan Mangkunegara dalam Nasution (1998) menyebutkan bahwa musik dapat menurunkan tingkat absensi dan mengurangi kelelahan kerja.

PT. Royal Korindah merupakan perusahaan milik Korea yang bergerak di bidang kerajinan rambut dengan produksi bulu mata palsu, kuas kecantikan dan kuas lukis. Perusahaan ini memiliki banyak cabang, namun induk dari perusahaan ini berada di Purbalingga, dengan jumlah pekerja sebanyak 4122 orang (pabrik) yang berusia sekitar 18-45 tahun dan sekitar 4659 orang (untuk cabang) serta waktu kerja selama 8 jam/hari dari jam 7.30-15.30 WIB (Profil PT Royal Korindah, 2011) .

Survei awal yang dilakukan di PT. Royal Korindah menunjukkan bahwa di perusahaan tersebut sudah pernah dilakukan penelitian tentang musik pengiring kerja dan di PT. Royal Korindah ada perangkat audio yang digunakan untuk memutar musik. Hasil studi pendahuluan terhadap pekerja di bagian produksi (*knitting* gantung) dengan mengadakan wawancara terhadap 15 pekerja diperoleh data bahwa mereka mengalami lelah secara umum (100%), sakit pada bagian pinggang, kelelahan pada penglihatan dan sebagian dari mereka mengalami pusing (40%), merasa bosan (80%), lemas (86,7%), kurang bergairah dan kurang bersemangat (66,7%) akibat terlalu lama melakukan pekerjaan yang sederhana, rutin dan monoton. Kadang-kadang ada juga pekerja yang tidak hadir dengan berbagai alasan.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis terdorong untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh pemberian musik untuk meningkatkan semangat kerja dan menurunkan kelelahan kerja pada pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian musik terhadap peningkatan semangat kerja dan penurunan kelelahan kerja pada pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian “*quasi eksperimen*” dengan menggunakan desain *one group pretest-posttest design*.

O1 > -----→ (X) -----→ O2

Bentuk rancangan penelitian ini sebagai berikut:

Keterangan:

O1 = Pengukuran semangat dan kelelahan kerja sebelum pemberian musik.

O2 = Pengukuran semangat dan kelelahan kerja sebelum pemberian musik.

X = Perlakuan (pemberian musik pengiring kerja)

Pemberian musik dilakukan selama satu hari, yaitu dari pukul 10.30-15.20 WIB. Jenis musik yang diberikan adalah jenis musik dangdut dan *slow rock*. Jenis musik dangdut yang akan diberikan antara lain sms, cinta satu malam, ada bayangmu, cinta ketok magic, dll, sedangkan untuk jenis musik *slow rock* yang akan diberikan adalah nyanyian yang sering dinyanyikan oleh Nike Ardila, Deep purple, Scorpion, Nirvana, dan lain-lain.

Populasi penelitian ini menggunakan seluruh jumlah pekerja pada bagian produksi khususnya di ruang Rosela di PT Royal Korindah yang berjumlah 447 orang. Jumlah sampel penelitian sebanyak 80 orang, penentuan sampel pada penelitian menggunakan metode *Simple Random Sampling*.

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang perasaan kelelahan kerja dan semangat kerja. Variabel bebas yaitu pemberian musik kepada pekerja di bagian produksi. Variabel terikat yaitu semangat kerja dan kelelahan kerja. Variabel pengganggu yaitu usia, status gizi, posisi kerja, pendidikan, masa kerja. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif (untuk mengetahui latar belakang/karakteristik responden yang akan menggunakan persentase sebagai hasil dari analisis perhitungan) uji beda *paired t test*, analisis variasi (anova) dan regresi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Pekerja

Gambaran karakteristik responden meliputi usia, pendidikan, status gizi, masa kerja, dan posisi kerja. Hasil wawancara terhadap responden yang telah dilakukan oleh peneliti diperoleh bahwa nilai rata-rata usia pekerja adalah 22 tahun dengan standar deviasi 4,524. Umur termuda adalah 18 tahun dan umur tertua adalah 47 tahun.

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil penelitian, ditemukan bahwa 56 responden berpendidikan menengah, 51 responden berstatus gizi normal, 77 responden bekerja kurang dari lima tahun, dan 57 responden bekerja dalam posisi duduk. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Responden Menurut Pendidikan, Status Gizi, Masa Kerja, dan Posisi Kerja

No	Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pendidikan		
	a. Pendidikan dasar (tamat SD, tamat SMP)	24	30,0
	b. Pendidikan menengah	56	70,0
	c. Pendidikan tinggi	0	0
2.	Status gizi		
	a. Kurang	22	27,5
	b. Normal	51	63,8
	c. Lebih	6	7,5
3.	Masa kerja		
	a. Kurang dari 5 tahun	77	96,2
	b. 5 tahun sampai 8 tahun	0	0
	c. Lebih dari 8 tahun	3	3,8
4.	Posisi kerja		
	a. Duduk	57	71,2
	b. Berdiri	23	28,8

Oentoro (2004) mengatakan bahwa tenaga kerja yang berusia 40-50 tahun akan lebih cepat menderita kelelahan dibandingkan dengan pekerja yang relatif muda, sedangkan Setyawati *dalam* Wigjosoebroto (2000) menyebutkan bahwa pekerja yang berumur lebih tua akan mengalami penurunan kekuatan otot yang berdampak terhadap kelelahan dalam melakukan pekerjaannya. Hasil penelitian terhadap pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga sebagian besar berusia 22 tahun dengan persentase sebesar 72,5%. Hal ini menunjukkan bahwa pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga berdasarkan usianya tidak memiliki potensi/kemungkinan untuk terjadinya kelelahan.

Undang-undang Sistem Pendidikan Nasional No.20 tahun 2003 menyebutkan bahwa pendidikan digolongkan menjadi 3 yaitu pendidikan dasar (SD dan SMP), pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Gilmer (1984) menyebutkan bahwa tingkat pendidikan biasanya selalu berbanding lurus dengan status gizi walaupun pada kenyataan tidak selalu benar, lamanya seseorang mengenyam pendidikan memegang peranan penting dalam perkembangan individu dan sangat mungkin berpengaruh terhadap kondisi atau status kesehatan pekerja. Hasil penelitian yang dilakukan terhadap pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga sebagian besar mempunyai pendidikan dengan kategori pendidikan menengah dengan persentase sebesar 70,0%. Hal ini menunjukkan bahwa pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga berdasarkan tingkat pendidikannya memiliki potensi/kemungkinan untuk terjadinya kelelahan.

Cicich (1996) menyebutkan bahwa status gizi yang baik dengan asupan kalori dalam jumlah yang tepat berpengaruh secara positif terhadap daya kerja pekerja, sebaliknya status gizi yang kurang atau berlebihan dan asupan kalori yang tidak sesuai dengan jumlah maupun waktu menyebabkan rendahnya ketahanan kerja ataupun akan memperlambat gerak bagi pekerja, akhirnya pekerja akan lebih cepat merasakan kelelahan dibandingkan dengan pekerja dengan asupan kalori yang memadai. Sedangkan Suma'mur (1994) mengatakan bahwa status gizi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat kelelahan pada pekerja karena status gizi ini berkaitan dengan kesehatan dan daya kerja. Hasil penelitian yang dilakukan terhadap pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga sebagian besar tergolong kedalam status gizi normal dengan persentase sebesar 63,8%. Hal ini menunjukkan bahwa pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga berdasarkan status gizinya tidak memiliki potensi/kemungkinan untuk terjadinya kelelahan.

Eraliesa (2008) menunjukkan bahwa tingkat kelelahan lebih tinggi dialami oleh pekerja yang bekerja dengan masa kerja lebih lama oleh karena semakin lama pekerja bekerja maka perasaan jenuh akibat pekerjaan yang monoton tersebut akan berpengaruh terhadap tingkat kelelahan yang dialami. Sedangkan Setyawati menyebutkan bahwa kelelahan yang terjadi secara terus menerus berakibat pada kelelahan kronis (Nasution, 1998), sedangkan Santrock (1995) menyatakan bahwa sebagian besar orang dewasa muda, terutama individu yang kurang mempunyai pengalaman kerja atau bahkan belum pernah bekerja ketika masih sekolah, sering mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan pekerjaan yang dihadapinya. Individu tersebut mungkin dihadapkan pada masalah dan kondisi yang belum pernah diantisipasi sebelumnya. Hasil penelitian yang dilakukan terhadap pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga sebagian besar bekerja dibawah 5 tahun dengan persentase sebesar 96,2%. Hal ini menunjukkan bahwa pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga berdasarkan masa kerjanya memiliki potensi/kemungkinan untuk terjadinya kelelahan.

Wigjosoebroto (2003) menyatakan bahwa beberapa jenis pekerjaan akan memerlukan sikap dan posisi tertentu yang kadang-kadang cenderung untuk tidak mengenakan. Kondisi kerja seperti ini memaksa pekerja selalu berada pada sikap dan posisi kerja yang tidak nyaman dan berlangsung dalam jangka waktu yang lama. Keadaan ini tentu saja akan mengakibatkan pekerja cepat lelah, melakukan banyak kesalahan, dan menderita cacat tubuh. Sedangkan Suma'mur (1999) menyatakan bahwa sikap atau posisi tubuh dalam bekerja memiliki hubungan yang positif dengan timbulnya kelelahan kerja. Tidak peduli apakah pekerja harus berdiri, duduk, atau dalam sikap posisi kerja yang lain, dimana pertimbangan-pertimbangan ergonomik yang berkaitan dengan sikap/ posisi kerja akan sangat penting. Hasil penelitian yang dilakukan terhadap pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga

sebagian besar bekerja dalam posisi duduk yaitu sebanyak 57 responden (71,2%). Hal ini menunjukkan bahwa pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah Purbalingga berdasarkan posisi kerjanya memiliki potensi/kemungkinan untuk terjadinya kelelahan.

Hasil Pengukuran Kelelahan Kerja pada Pekerja Setelah Pemberian Musik

Berdasarkan hasil penelitian tentang pengaruh pemberian musik terhadap semangat kerja dan penurunan kelelahan kerja pada pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah menunjukkan bahwa untuk tingkat kelelahan responden setelah pemberian musik adalah sebanyak 10 orang responden (12,5%) merasakan kurang lelah setelah bekerja, 63 orang responden (78,8%) merasakan lelah atau merasakan kelelahan pada tingkat sedang dan sebanyak 7 orang responden (8,8%) merasakan sangat lelah setelah bekerja. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Tingkat Kelelahan Kerja pada Pekerja di Bagian Produksi PT. Royal Korindah Setelah Pemberian Musik

No	Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Kelelahan kerja		
a.	Kurang lelah	10	12,5
b.	Lelah	63	78,8
c.	Sangat lelah	7	8,8

Berdasarkan hasil uji beda untuk tingkat kelelahan setelah pemberian musik dapat diketahui bahwa nilai signifikansi (p) adalah 0,004, atau dapat dikatakan $p < 0,05$ maka H_0 ditolak, artinya ada perbedaan rata-rata antara nilai kelelahan sebelum dan setelah pemberian musik. Untuk mengetahui pengaruh pemberian musik pengiring kerja terhadap penurunan kelelahan kerja pada pekerja dapat diuji dengan analisis kovariansi, hasil uji tersebut menunjukkan ada perbedaan yang signifikan dengan $F=21,133$ dan $p \ 0,000 < 0,05$ sehingga dengan demikian ada pengaruh positif pemberian musik terhadap penurunan kelelahan kerja pada pekerja di bagian produksi dengan besar pengaruhnya sebesar 0,203 (20,3%) dilihat dari nilai koefisien determinan (R^2). Dengan demikian hipotesis yang menyatakan “ada hubungan positif musik pengiring kerja terhadap penurunan kelelahan kerja” diterima, sedangkan pengaruh pemberian musik terhadap semangat kerja sebesar 20,3%.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Fatrias *dkk* (2010) mengenai pengaruh musik terhadap produktivitas dan penurunan kelelahan operator mesin bordir di Kota Bukit Tinggi Sumatera Barat menunjukkan bahwa musik tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kelelahan operator mesin bordir, hal ini dikarenakan pekerjaan yang dilakukan oleh operator mesin bordir tidak memiliki risiko yang menimbulkan kelelahan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Riyadi, *dkk* (2002) mengenai pengaruh musik pengiring kerja terhadap kebosanan dan kelelahan kerja di Tunas Asri Keramik Yogyakarta menunjukkan bahwa musik pengiring kerja mampu menurunkan tingkat kebosanan dan kelelahan. Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Setyawati (2001) yang menyebutkan bahwa musik dapat meningkatkan tingkat produktivitas dan kepuasan kerja pada tenaga kerja wanita di perusahaan. Nasution (1998) menyebutkan bahwa musik dapat menurunkan tingkat absensi dan mengurangi kelelahan kerja.

Hasil Pengukuran Semangat Kerja pada Pekerja Setelah Pemberian Musik

Berdasarkan hasil penelitian tentang pengaruh pemberian musik terhadap semangat kerja dan penurunan kelelahan kerja pada pekerja di bagian produksi PT. Royal Korindah menunjukkan bahwa untuk semangat kerja responden setelah pemberian musik adalah sebanyak 42 orang responden (52,5%) merasakan bersemangat dalam bekerja dan sebanyak 38 orang responden (47,5%) merasakan kurang bersemangat dalam bekerja. Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Tingkat Semangat Kerja pada Pekerja di Bagian Produksi PT. Royal Korindah Setelah Pemberian Musik

No	Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Semangat kerja		
a.	Bersemangat dalam bekerja	42	52,5
b.	Kurang bersemangat dalam bekerja	38	47,5

Hasil uji beda untuk semangat kerja sebelum dan setelah pemberian musik dapat diketahui bahwa nilai signifikansi (p) adalah 0,005, atau dapat dikatakan $p < 0,05$ maka H_0 ditolak, artinya ada perbedaan rata-rata antara nilai semangat kerja sebelum dan setelah pemberian musik. Untuk mengetahui pengaruh pemberian musik pengiring kerja terhadap semangat kerja pada pekerja dapat di uji dengan analisis kovariansi, hasil uji tersebut menunjukkan ada perbedaan yang signifikan dengan $F = 91.966$ dan $p = 0,000 < 0,05$ sehingga dengan demikian ada pengaruh positif pemberian musik terhadap semangat kerja pada pekerja di bagian produksi dengan besar pengaruhnya sebesar 0,535 (53,5%.) dilihat dari nilai koefisien determinan (R^2). Dengan demikian hipotesis yang menyatakan “ada hubungan positif musik pengiring kerja terhadap semangat kerja” diterima, sedangkan pengaruh pemberian musik terhadap semangat kerja sebesar 53,5%.

Adanya peningkatan skor semangat kerja setelah pemberian perlakuan (musik pengiring kerja) dapat memberikan stimulus/rangsangan kepada pekerja berupa perasaan senang dan tenang, bergairah serta merasa terhibur, sehingga pekerja merasakan adanya dorongan dari lirik dan musik lagu yang diputar untuk pengiring kerja, hal ini didukung oleh pendapat Marck (1995) menjelaskan bahwa musik selain

sebagai alat komersial juga berfungsi sebagai penghibur dan memberikan motivasi yang akhirnya akan memberikan semangat pada pendengarnya.

Hasil penelitian ini juga didukung pendapat Suma'mur (1987) menyatakan bahwa musik pengiring kerja mempunyai efek stimulus terhadap pekerja sehingga pekerja dapat lebih bergairah dan bersemangat dalam bekerja. Jenis musik yang diputar dengan irama sedang akan meningkatkan kegairahan dan semangat pekerja. Pendapat yang sama dijelaskan oleh Suma'mur (1989) bahwa musik pengiring kerja yang disajikan secara tepat termasuk jenis lagu, irama musik, waktu penyajian, dan lama penyajian akan memberikan kegairahan dan kesegaran. Musik dan vibrasi dapat mencairkan ketegangan-ketegangan dalam tubuh, rasa depresi hilang, dan membuat perasaan menjadi nyaman. Musik juga akan memperlambat tekanan darah dan pernafasan serta dapat mengurangi stres sehingga bisa melepaskan sebagian rasa takut (memberikan rasa senang), cemas, dan kegelisahan (Salampessy, 2004).

Hasil Pengukuran Tingkat Kelelahan dan Semangat Kerja Pekerja Setelah Perlakuan

Berdasarkan analisis regresi setelah perlakuan menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan nilai $F=1,741$ dan $p\ 0,041<0,05$ sehingga ada pengaruh positif musik pengiring kerja terhadap penurunan kelelahan dan peningkatan semangat kerja pada pekerja. Besarnya pengaruh positif dapat ditunjukkan dari nilai koefisien determinan (R^2)=0,026 (2,6%). Dengan demikian hipotesis yang menyatakan “ada pengaruh positif musik pengiring kerja terhadap penurunan kelelahan dan peningkatan semangat kerja” diterima, sedangkan pengaruh pemberian musik terhadap semangat kerja sebesar 2,6%.

Kelelahan kerja yang dialami oleh pekerja bulu mata selain dari dampak pekerjaan yang monoton, berulang dan tidak bervariasi juga berasal dari beban kerja, cara kerja yang tidak ergonomis dan sebagai kondisi lingkungan yang tidak nyaman. Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Setyawati (2001) yang menyebutkan bahwa musik dapat meningkatkan tingkat produktivitas dan kepuasan kerja pada tenaga kerja wanita di perusahaan. Nasution (1998) menyebutkan bahwa musik dapat menurunkan tingkat absensi dan mengurangi kelelahan kerja. Nasution (1998) menyebutkan bahwa musik dapat menurunkan tingkat absensi dan mengurangi kelelahan kerja.

Penyajian musik pengiring kerja yang disajikan pada pukul 10.30-15.20 WIB dengan jenis dangdut dan pop dangdut dengan irama sedang dapat memberikan semangat dan menurunkan tingkat kelelahan kerja pada pekerja seperti pendapat yang disampaikan Anastasi (1989) dan Suma'mur (1989) yang menyebutkan bahwa salah satu cara untuk mengurangi kelelahan kerja akibat pekerjaan yang monoton, repetitif dan tidak bervariasi adalah dengan memberikan musik pengiring kerja pada saat melakukan pekerjaannya, lebih lanjut lagi dijelaskan bahwa musik pengiring

kerja mempunyai efek stimulus yang menyenangkan, sehingga tenaga kerja dapat lebih bergairah dalam melakukan pekerjaannya. Muttaqin (2003) menyebutkan bahwa musik memberikan pengaruh positif bila diterapkan pada pekerjaan yang sederhana, rutin dan monoton.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang positif pemutaran musik pengiring terhadap semangat dan penurunan kelelahan kerja pada pekerja di bagian produksi. Musik pengiring kerja lebih efektif memberikan pengaruh yang positif terhadap semangat kerja pada pekerja dengan memberikan pengaruh sebesar 53,5% dibandingkan dengan penurunan kelelahan kerja yang hanya memberikan pengaruh sebesar 20,3%, dan kurang efektif memberikan pengaruh positif ketika musik pengiring kerja digunakan bersama-sama untuk menurunkan kelelahan dan meningkatkan semangat kerja pada pekerja, hal ini terlihat dari besarnya nilai R^2 yaitu sebesar 0,026 (2,6%).

Saran

Perhatian perusahaan terhadap keadaan pekerja sangat dibutuhkan baik untuk kepentingan perusahaan itu sendiri maupun kesehatan dan kualitas hidup pekerja yang lebih baik di tempat kerja. Oleh karena itu, perusahaan khususnya perusahaan yang memiliki jenis pekerjaan monoton, sederhana, dan terus-menerus sebaiknya pihak perusahaan diberikan fasilitas untuk memutar musik, karena dengan pemutaran musik pengiring kerja yang disajikan tepat waktu dan jenisnya serta sesuai keinginan pekerja dapat menurunkan kelelahan kerja dan memberikan semangat kerja yang akhirnya akan meningkatkan produktivitas bagi perusahaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amrie, S. M. 2006. *Kontribusi Ukm Seni Religius Dalam Mengembangkan Seni Islami*. Skripsi, Fakultas Tarbiyah UIN Malang
- Budiono, A.M.S, Jusuf, R.M.S, Pusparani, A. 2003. *Bunga Rampai Hiperkes dan Kesehatan Kerja*. Universitas Diponegoro. Semarang.
- Cicih, D. 1996. *Kebutuhan Asupan Kalori Pekerja*. UI Press. Jakarta
- Djohan, 2005. *Psikologi Musik*. Buku baik. Yogyakarta.

- Eraliesia, F. 2008. *Hubungan Faktor Individu dengan Kelelahan Kerja pada Tenaga Kerja Bongkar Muat di Pelabuhan Tapaktuan Kecamatan Tapaktuan Kabupaten Aceh Selatan Tahun 2008*. USU Repository. Sumatera Utara
- Fatrias, D., Difana, M, Indria, M.W. 2010. *Pengaruh Musik Terhadap Produktivitas dan Penurunan Tingkat Kelelahan Operator Mesin Bordir*. <http://repository.unand.ac.id/>. Diakses Tanggal 11 Maret 2011
- Marck, D. 1995. *Musik Populer*. Yayasan Pustaka Nusantara. Yogyakarta
- Muttaqin, M. 2003. "Musik Dangdut: Sebuah Kajian Musikologis" Tesis S2. Universitas Gadjah Mada, tidak dipublikasikan. Yogyakarta.
- Nasution, H.R, 1998. Kelelahan Tenaga Kerja Wanita dan Pemberian Musik Pengiring di Andiyanto Batik Yogyakarta. Tesis, UGM. Yogyakarta.
- Oentoro, S. 2004. *Kampanye Atasi Kelelahan Mental dan Fisik*. UI Press. Jakarta.
- Riyadi, S, M. As'ad, Retno Nurmawati. 2002. Pengaruh Musik Pengiring Kerja Terhadap Kebosanan Dan Kelelahan Kerja Di Tunas Asri Keramik Yogyakarta. *SAINS KESEHATAN*, 15 (3), September 2002
- Salampessy, W. 2004. *Terapi dengan Musik*. Interaksara. Batam.
- Satalaksana, Anggawisatra, Tjakraatmadja, 1997. *Teknik Tata Cara Kerja*. ITB. Bandung.
- Setyawati, M, L. 2001. *Pengaruh Musik Pengiring Kerja Terhadap Kepuasan dan Produktivitas Tenaga Kerja Wanita di Perusahaan Garmen*. *SAINS KESEHATAN*, 14 (1), Januari 2001
- Suma'mur, P.K. 1989, *Keselamatan Kerja dan Pencegahan Kecelakaan*. CV. Haji Masagung. Jakarta.
- _____. 1994. *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja*. Haji Masagung. Jakarta
- _____. 1999, *Hyperkes dan Keselamatan Kerja dan Ergonomi*. CV. Haji Masagung. Jakarta.
- Ulfa, M. 2008. *Pengaruh Musik Shalawat Terhadap Penurunan Burnout Karyawan*. Skripsi. UIN Malang
- Wigjosoebroto, S. 2000. *Ergonomi Studi Gerak dan Waktu Teknik Analisis untuk Peningkatan Produktivitas Kerja*. ITS. Guna widya. Surabaya.
- _____. 2003. *Ergonomi Studi Gerak dan Waktu Teknik Analisis untuk Peningkatan Produktivitas Kerja*. ITS. Guna widya. Surabaya.