



INDONESIAN JOURNAL OF
**NURSING
PRACTICES**

Penurunan Kecemasan Remaja Korban Bullying Melalui Terapi Kognitif
Betie Febriana

Hubungan Derajat Insomnia dengan Konsentrasi Belajar Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan di Yogyakarta
Ema Waliyanti, Wisni Pratiwi

Remaja Bisa Mencegah Gizi Lebih dengan Meningkatkan Self-Efficacy dan Konsumsi Sayur-Buah
Fauzan Widiyanto, Sigit Mulyono, Poppy Fitriyani

Otonomi Wanita dan Pemanfaatan Antenatal Care (Anc) pada Primigravida Remaja Di Daerah Pedesaan, Jawa Tengah
Windha Widyastuti

Pengalaman Seksual Pasangan Penderita HIV dalam Mempertahankan Status HIV Negatif di RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso
Widia Astuti. AW, Fitriani Rayasari

Pengaruh Active Cycle Of Breathing Technique Terhadap Peningkatan Nilai VEPT, Jumlah Sputum, dan Mobilisasi Sangkar Thoraks Pasien PPOK
Titih Huriyah, Dwi Wulandari Ningtias

Menurunkan Tekanan Darah dengan Cara Mudah pada Lansia
Anggi Larasiska, Wiwin Priyantari HN

Attitude And Behavior Sexual Among Adolescents In Yogyakarta
Rahmah, Wahyudina AAAN, Sari WW.

Uji Beda Efek Guided Imagery dan Ethyl Chloride Terhadap Nyeri Saat Pemasangan Infus pada Anak
Indra Tri Astuti, Nopi Nur Khasanah

Perceived Barriers Of Cervical Cancer Screening Among Married Women In Minggir, Godean, Gamping Sub-Districts, Sleman District Yogyakarta
Yusi Riwayatul Afsah

INDONESIAN JOURNAL OF
**NURSING
PRACTICES** 

Dewan Redaksi IJNP (Indonesian Journal of Nursing Practices)

Pimpinan Redaksi :
Shanti Wardaningsih
Wakil Redaksi
Erna Rochmawati

Editor :
Dewi Puspita
Resti Yulianti S
Fahni Haris
Romdzati
Novita Kurniasari
Nurvita Risdiana
Syahruramdhani

Editor Bagian :
Fitri Arofiati
Titih Huriah
Sri Sumaryani
Arianti
Rahmah
Dianita Sugiyo
Azizah Khoiriyati
Moh. Affandi
Nurvita Risdiana
Novita Kurniasari

Alamat

Program Studi Ilmu Keperawatan & Magister Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Gedung F Lt.4
Ring Road Barat, Tamantirto, Kasihan, Bantul
Telp : +62 274 387656 ext.215
Email : ijnp@umy.ac.id

Daftar Isi

- H. 1 Penurunan Kecemasan Remaja Korban Bullying Melalui Terapi Kognitif
Betie Febriana
- H. 9 Hubungan Derajat Insomnia dengan Konsentrasi Belajar Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan di Yogyakarta
Ema Waliyanti, Wisni Pratiwi
- H. 16 Remaja Bisa Mencegah Gizi Lebih dengan Meningkatkan Self-Efficacy dan Konsumsi Sayur-Buah
Fauzan Widiyanto, Sigit Mulyono, Poppy Fitriyani
- H. 23 Otonomi Wanita dan Pemanfaatan Antenatal Care (Anc) pada Primigravida Remaja di Daerah Pedesaan, Jawa Tengah
Windha Widyastuti
- H. 32 Pengalaman Seksual Pasangan Penderita HIV dalam Mempertahankan Status HIV Negatif di RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso
Widia Astuti. Aw, Fitriani Rayasari
- H. 44 Pengaruh Active Cycle Of Breathing Technique Terhadap Peningkatan Nilai VEP1, Jumlah Sputum, dan Mobilisasi Sangkar Thoraks Pasien PPOK
Titih Huriah, Dwi Wulandari Ningtias
- H. 55 Menurunkan Tekanan Darah Dengan Cara Mudah Pada Lansia
Anggi Larasiska, Wiwin Priyantari HN
- H. 54 Attitude And Behavior Sexual Among Adolescents In Yogyakarta
Rahmah, Wahyudina AAAN, Sari WW.
- H. 69 Uji Beda Efek Guided Imagery dan Ethyl Chloride Terhadap Nyeri Saat Pemasangan Infus pada Anak
Indra Tri Astuti, Nopi Nur Khasanah
- H. 75 Perceived Barriers Of Cervical Cancer Screening Among Married Women In Minggir, Godean, Gamping Sub-Districts, Sleman District Yogyakarta
Yusi Riwayatul Afsah

Kata Pengantar

Assalamu'alaikum wr, wb.

Puji Syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala kasih sayang-Nya kepada seluruh makhluknya. Sholawat dan salam marilah kita sampaikan pada Rasulullah SWT. Alhamdulillah, kami segenap tim redaksi bersyukur atas diterbitkannya Indonesia Journal of Nursing Practice (IJNP) volume 1 no.2, Juni 2017. IJNP merupakan pergantian nama dari Muhammadiyah Nursing Journal (MJN), yang sebelumnya telah terbit dari tahun 2012. Pergantian atas dasar pertimbangan dari penilaian akreditasi dan kekhususan dari area jurnal.

Sesuai dengan penggantian nama ini, kami berkomitmen untuk memperkaya topic jurnal, dan diutamakan untuk menampung penelitian dalam praktek keperawatan, sehingga dapat menjadi salah satu jurnal yang menjadi rujukan untuk Evidence Based Nursing (EBN).

Semoga jurnal ini dapat menginspirasi dan memotivasi para peneliti dan pendidik, demikian juga praktisi untuk aktif dalam riset keperawatan. Kepada penulis dan mitra bestari yang telah berkontribusi pada penerbitan jurnal edisi ini, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya. Selanjutnya, kami mengundang rekan sejawat peneliti dan praktisi keperawatan untuk mengirimkan naskah untuk disajikan pada jurnal edisi mendatang. Saran dan masukan yang membangun sangat kami harapkan demi peningkatan kualitas jurnal ini.

Pedoman Penulisan

PETUNJUK PENULISAN NASKAH IJNP (Semua huruf

besar, **bold**, 14 pt, senter)

(kosong satu spasi tunggal, 14 pt)

Penulis Pertama¹, Penulis Kedua, dan Penulis Ketiga (12 pt, senter)

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

1. Departemen, Fakultas, Universitas, Alamat, Kota, Kode Pos, Negara (huruf 10 pt, senter)

2. Pusat Riset, Institusi, Alamat, Kota, Kode Pos, Negara (10 pt, senter)

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

E-mail: author@address.com (10 pt, italics, senter)

(kosong dua spasi tunggal, 12 pt)

(kosong dua spasi tunggal, 12 pt)

Abstrak (10 pt, bold, senter)

(kosong satu spasi tunggal, 10 pt)

Abstrak ditulis menggunakan **bahasa Indonesia** dan **Inggris**. Menggunakan huruf 10 pt, spasi tunggal, rata kanan-kiri, jumlah kata tidak melebihi 150 kata, tidak ada kutipan dan singkatan/ akronim. Abstrak berupa satu paragraf tidak berstruktur. Abstrak harus berisi **pendahuluan** atau masalah yang diteliti termasuk tujuan penelitian, jika memungkinkan buat dalam satu kalimat. **Desain** penelitian, cara pengambilan dan besar sampel, cara dan pengumpulan data, serta analisis data. Penemuan utama (OR/ RR, CI atau tema dalam riset kualitatif). Tuliskan satu atau dua kalimat untuk mendiskusikan hasil dan kesimpulan. Rekomendasi dan implikasi hasil penelitian dituliskan dengan jelas.

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt, **boldface**)

Kata kunci: Kata kunci ditulis menggunakan **bahasa Indonesia** dan **Inggris**. Berisi kata atau frase maksimal enam kata dan diurutkan berdasarkan abjad (10pt, *italics*). Antar kata kunci dihubungkan dengan koma

(kosong satu spasi ganda, 12 pt)

Abstract (10 pt, bold, italics)

(one blank single space line, 10 pt)

Instruction for Author (Title in English). Abstract should be written using Times New Roman font, size 10 pt, italics, right justify, and single spacing, completed with English title written in bold at the beginning of the English abstract. The abstract is an unstructured paragraph. The abstract should

state the problem, the purposes of the study or investigation, basic procedures (research design, selection and size of study subjects; observational and analytical methods), main findings (OR/ RR, CI or themes in qualitative research), and the principal conclusions. Recommendation and implication of the study must be clear. It should not contain any references or displayed equations. The abstract should be no more than 150 words.

(one blank single space line, 12 point font, boldface)

Keywords: up to 6 words/ phrase in English, alphabetically order (10 point font, italics), give commas between words/ phrase.

(three blank single space lines, 12 point font, boldface)

Pendahuluan (14 pt, **boldface**, huruf besar di awal kata) (Kosong satu spasi tunggal, 10 pt)

Manuskrip ditulis dengan huruf Times New Roman ukuran 12 pt, spasi tunggal, rata kanan, satu sisi halaman (bukan bolak-balik), ditulis dalam bentuk dua kolom dengan jarak antara kolom 1 cm pada kertas ukuran A4 (210 mm x 297 mm) dengan margin atas 3.5 cm, bawah 2.5 cm, kiri-kanan masing-masing 2 cm. Jumlah halaman manuskrip termasuk tabel/ grafik dan daftar referensi maksimal 10 halaman (3000–3500 kata). Jika lebih, dianjurkan memisahkannya menjadi dua manuskrip terpisah. Penggunaan Bahasa Indonesia baku dan ejaan yang disempurnakan (EYD) sangatlah mutlak diharuskan.

(antar paragraph diberi jarak kosong satu, spasi tunggal, tidak ada indentasi)

Judul publikasi (berbeda dengan judul penelitian) yang ditulis mengandung kata kunci utama dan tidak menggunakan singkatan, 12–14 kata. Penulis perlu menuliskan juga judul pendek yang diinginkan ditulis sebagai *page header* di setiap halaman jurnal. Penulis tidak menuliskan kata studi/ hubungan/ pengaruh dalam judul publikasi. Contoh: "Penurunan gula darah melalui latihan senam DM pada lansia".

Nama lengkap penulis (tanpa gelar) diletakkan di bawah judul. Urutan penulis berdasarkan kontribusinya dalam proses penulisan (lihat panduan penulisan Dikti tentang petunjuk sistem skor untuk penentuan hak kepengarangan bersama sebuah karya tulis ilmiah). Setelah nama ditulis angka dengan superscript untuk menandai afiliasi penulis. Satu penulis, afiliasinya bisa lebih dari satu. Contoh: Ananda Anandita¹, Ahmad Taufik², Josephine³

Afiliasi dan alamat penulis. Beri angka sesuai dengan nama penulis. Contoh: 1. Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus FIK UI, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Depok, Jawa Barat – 16424. Alamat korespondensi merupakan alamat surel salah satu penulis. Contoh: anandita12@lycos.com.

Singkatan/ istilah/ simbol diperpolehkan dalam manuskrip tetapi pada saat disebut pertama harus ditulis lengkap terlebih dahulu. Hindari menggunakan tanda kurung untuk menjelaskan suatu definisi. Istilah atau kata asing yang bukan Bahasa Indonesia yang baku harus ditulis miring/ *italics*. Organisasi manuskrip terdiri atas **Pendahuluan, Metode, Hasil, Pembahasan, Kesimpulan dan Ucapan Terima Kasih (jika ada) serta Referensi**. Tidak dianjurkan penggunaan *subheadings*. Penggunaan catatan kaki/ *footnote* dihindari.

Sitasi dalam naskah menggunakan manual publikasi dari *American Psychological Association (APA)*. Nama sumber ditulis nama belakangnya dan tahun. Contoh untuk kutipan dan *paraphrase* yang sangat mirip, gunakan tanda kutip lalu nama pengarang, tanggal publikasi, dan halaman. Sitasi dapat ditulis di awal kalimat misalnya Johnson (2005) menyatakan bahwa rerata usia anak sekolah yang mengalami stress berkisar 30–50%. Atau sumbernya ditulis di akhir kalimat seperti: Nasionalisme pemuda dewasa ini mengalami penurunan drastis (Purwanto, 2004). Bila *paraphrase* sumber mencapai 40 kata atau lebih, maka harus menggunakan *block quotations* yaitu kata yang dikutip harus diidentifikasi.

Bila sitasi berasal lebih dari satu sumber maka nama urutan sumber harus sama dengan di daftar referensi – nama belakang penulis, tahun publikasi dipisahkan oleh titik koma, kemudian diurutkan berdasarkan abjad, misalnya (Andrew, 2011; Schumacher, 2007; dan Yusuf, 2010). Sumber dengan dua penulis, gunakan “dan” di antara kedua nama dalam kurung, misalnya Menurut Williams dan Wilbur, 2007 bla bla atau Bla bla la (Williams & Wilbur, 2007). Sumber dengan nama penulisnya antara tiga sampai lima, ketika di sebut pertama kali di manuskrip, tulis semua penulis di dalam kurung, seperti (Harklau, Siegal, and Losey, 1999). Berikutnya, hanya gunakan nama belakang penulis pertama diikuti dengan “dkk” atau et al dalam di dalam kurung, seperti (Harklau et al., 1993).

Sitasi dengan sumber yang penulisnya enam atau lebih, sejak awal di tulis di manuskrip menggunakan dkk atau *et al* setelah nama belakang penulis pertama, seperti Wu dkk (2007) bila di awal kutipan dan (Wu dkk, 2007) bila di akhir kutipan).

Untuk sitasi yang bersumber dari buku terjemahan, ditulis nama belakang penulisnya dan tahun cetak buku asli maupun terjemahannya, contoh (Ganong 2005/2008)

Pendahuluan berisi justifikasi pentingnya penelitian dilakukan. Kebaruan hal yang dihasilkan dari penelitian ini dibandingkan hasil penelitian sebelumnya atau payung pengetahuan yang sudah ada perlu ditampilkan dengan jelas. Lengkapi dengan rujukan utama yang digunakan. Nyatakan

satu kalimat pertanyaan (masalah penelitian) yang perlu untuk dijawab dengan seluruh kegiatan penelitian yang dilakukan penulis. Nyatakan metode yang digunakan dan tujuan atau hipotesis penelitian. Penulisan pendahuluan tidak melebihi enam paragraf.

(Kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

Metode (12 pt, *boldface*, huruf besar di awal kata)

(Kosong satu spasi tunggal, 10 pt)

Metode berisi desain, besar, kriteria dan cara pengambilan sampel, instrumen, prosedur pengambilan, pengolahan, dan analisis data. Apabila menggunakan kuesioner sebagai instrumen jelaskan isinya secara garis besar dan untuk mengukur variabel yang mana. Validitas dan reliabilitas instrument juga sebaiknya dijelaskan. Pada studi eksperimen atau intervensi perlu dijelaskan prosedur intervensi atau perlakuan yang diberikan. Pada bagian ini harus dijelaskan bagaimana persetujuan etik penelitian diperoleh dan perlindungan hak responden diberlakukan. Analisis data dengan menggunakan program komputer tidak perlu dituliskan detail apabila bukan perangkat lunak original.

Tempat/ lokasi penelitian hanya disebutkan jika berhubungan dengan penelitian. Jika lokasi penelitian hanya sebagai tempat maka lokasi detailnya tidak perlu disebutkan, cukup disebutkan samar, misalnya “...di sebuah Rumah Sakit di Kota Tasikmalaya.”

Pada studi kualitatif perlu dijelaskan bagaimana peneliti mempertahankan keabsahan (*trustworthiness*) data yang diperoleh. Bagian metode ditulis singkat dalam dua sampai tiga paragraf.

(Kosong satu spasi tunggal, 14 pt)

Hasil

(Kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

Hasil diurutkan berdasarkan tujuan atau hipotesis penelitian. Pada hasil tidak menampilkan data yang sama dalam dua bentuk yaitu tabel/gambar/grafik dan narasi. Kutipan tidak ada pada bagian hasil. Nilai rerata (*mean*) harus disertai dengan standar deviasi. Penulisan tabel menggunakan ketentuan berikut.

Tabel hanya menggunakan 3 (tiga) garis *row* (tidak menggunakan garis kolom), yaitu garis *heading* dan akhir tabel (lihat contoh).

Tabel ditulis dengan Times New Roman berukuran 10 pt dan diletakkan berjarak satu spasi tunggal di bawah judul tabel. Judul tabel ditulis dengan huruf berukuran 9 pt *bold*, huruf besar di awal kata dan ditempatkan di atas tabel dengan format seperti terlihat pada contoh yaitu tidak menggunakan garis kolom. Penomoran tabel menggunakan angka Arab. Jarak tabel dengan paragraf adalah satu spasi tunggal. Tabel

diletakkan segera setelah penunjukkannya dalam naskah. Kerangka tabel menggunakan garis setebal 1 pt. Apabila tabel memiliki lajur yang cukup banyak, dapat digunakan format satu kolom pada setengah atau satu halaman penuh. Jika judul pada setiap lajur tabel cukup panjang dan rumit maka lajur diberi nomor dan keterangannya diberikan di bagian bawah tabel. Tabel diletakkan pada posisi paling atas atau paling bawah dari setiap halaman dan jangan diapit oleh kalimat. Hindari tabel terputus oleh halaman.

(satu spasi tunggal, 10pt)

Tabel 1. Karakteristik Responden (huruf besar di awal kata 9 pt, bold, rata kiri)

(satu spasi tunggal, 10pt)

Karakteristik	Jumlah(n)	Persentase (%)
Aaaaaaa	X	XX
Aaaaaaaaa	X	XX
Aaaaa	X	XX

(kosong dua spasi tunggal, 12pt)

Penulisan nilai rerata, SD, dan uji t menyertakan nilai 95% CI. Penulisan kemaknaan tidak mengebutkan P lebih dahulu. Contoh penulisan: Rerata umur kelompok intervensi 25,4 tahun (95% CI). Berdasarkan uji lanjut antara kelompok intervensi dan kontrol didapatkan hasil yang bermakna (contoh: $p=0,001$; $\acute{a}=0,05$).

Gambar ditempatkan simetris dalam kolom berjarak satu spasi tunggal dari paragraf. Gambar diletakkan pada posisi paling atas atau paling bawah dari setiap halaman dan jangan diapit oleh kalimat. Apabila ukuran gambar melewati lebar kolom maka gambar dapat ditempatkan dengan format satu kolom. Gambar diletakkan segera setelah penunjukkannya dalam manuskrip. Gambar diberi nomor dan diurut dengan angka Arab. Keterangan gambar diletakkan di bawah gambar dan berjarak satu spasi tunggal dari gambar. Penulisan keterangan gambar menggunakan huruf berukuran 9pt, **bold**, huruf besar di awal kata dan diletakkan seperti pada contoh. Jarak keterangan gambar dengan paragraf adalah dua spasi tunggal.

Gambar yang telah dipublikasikan oleh penulis lain harus mendapat ijin tertulis penulisnya dan penerbitnya. Sertakan satu gambar yang dicetak dengan kualitas baik berukuran satu halaman penuh atau hasil scan dengan resolusi baik dalam format {nama file}.jpeg atau {nama file}.tiff. Apabila gambar dalam format foto maka sertakan satu foto asli. Gambar akan dicetak hitam-putih, kecuali jika memang perlu ditampilkan berwarna. Penulis akan dikenakan biaya tambahan untuk cetak warna lebih dari satu halaman. Font yang digunakan dalam pembuatan gambar atau grafik sebaiknya yang umum dimiliki setiap pengolah kata dan sistem operasi seperti Symbol, Times New Romans dan Arial dengan ukuran tidak kurang dari 9 pt. File gambar dari aplikasi seperti Corel Draw, Adobe Illustrator

dan Aldus Freehand dapat memberikan hasil yang lebih baik dan dapat diperkecil tanpa berubah resolusinya.

Berikut ini contoh mencantumkan gambar dalam manuskrip.

(kosong satu spasi tunggal, 12pt)

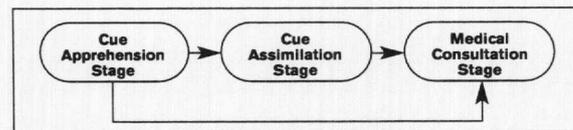


Figure 1. Cardiac cue sensitivity process.

(kosong satu spasi tunggal, 10pt)

Gambar 1. Proses Isyarat Sensitifitas Jantung (huruf besar di awal kata, 10pt)

(kosong dua spasi tunggal, 12pt)

Persamaan reaksi atau matematis diletakkan simetris pada kolom, diberi nomor secara berurutan yang diletakkan di ujung kanan dalam tanda kurung. Apabila penulisan persamaan lebih dari satu baris maka penulisan nomor diletakkan pada baris terakhir. Penggunaan huruf sebagai simbol matematis dalam naskah ditulis dengan huruf miring (*italic*) seperti x Penunjukkan persamaan dalam naskah dalam bentuk singkatan seperti Pers. (1) atau Pers. (1-5).

(kosong satu spasi tunggal)

$$x_{12} = -b \pm \sqrt{b^2 - 4ac}$$

2a (1)

(kosong satu spasi tunggal)

Persamaan di atas diperoleh dengan format Style sebagai berikut: Variabel: Times New Romans Italic dan LC Greek: Symbol Italic. Format ukuran: Full 10pt, Subscript/Superscript 8 pt, Sub-subscript/Sub-superscript 6 pt, Symbol 11 pt dan Sub-symbol 9 pt. Penurunan persamaan matematis atau formula tidak perlu dituliskan keseluruhannya secara detail, cukup diberikan bagian yang terpenting, metode yang digunakan dan hasil akhirnya.

Untuk studi kualitatif, biasanya hasilnya dituliskan berupa contoh kutipan pernyataan partisipan. Dalam studi ini sangat jarang menggunakan tabel kecuali untuk menjabarkan karakteristik partisipan, atau rekapitulasi tema atau kategori. Bila kutipan tidak lebih dari 40 kata, maka digunakan tanda kutip (") di awal dan di akhir kalimat serta dicantumkan partisipan/ informan mana yang memberi pernyataan tanpa perlu membuat paragraf tersendiri. Tanda *ellipsis* (...) hanya digunakan untuk mengganti kata yang tidak ditampilkan, bukan untuk tanda berhenti/ *pause*. Lihat contoh berikut.

Akibat proses yang berlangsung terus, para wanita mengalami nyeri sedang sampai berat pada lutut, pergelangan kaki, kaki, punggung, bahu, siku, dan/atau jari mereka, dan mereka berjuang untuk menghilangkan rasa sakit itu. Untuk

menyingkirkan rasa sakit tersebut, mereka mencari penyebab nyerinya. Salah satu partisipan menyatakan hal itu, "...aku memutuskan untuk mengunjungi dokter, untuk mengetahui penyebab rasa sakitku ini. Sekarang aku minum obat dari dokter sebagai upaya untuk mengurangi rasa sakit" (partisipan 3).

Berikut ini contoh kutipan yang menggunakan *block quotations* apabila jumlah katanya 40 atau lebih. Gunakan indentasi 0.3"

Seperti telah dibahas sebelumnya, sekali partisipan telah pulih dari syok akibat diagnosis penyakitnya, semua partisipan memutuskan untuk berjuang demi hidupnya. Bagi sebagian besar mereka, dorongan untuk hidup merupakan fungsi cinta kasih mereka terhadap anak-anaknya; yaitu kesejahteraan anak menjadi ciri khas tekanan di dunia mereka. Berikut ini contoh ungkapan salah satu partisipan:

Aku mencoba bunuh diri, tetapi ketika aku memikirkan anak, aku tidak bisa melakukannya [menangis]. Aku pikir, jika aku mati, tidak akan ada yang merawat anakku. Oleh karena itu, aku memutuskan untuk memperjuangkan hidup aku dan masa depan anakku. Dia itu harapan dalam hidupku (partisipan 2).

Pembahasan

Uraian pembahasan dengan cara membandingkan data yang diperoleh saat ini dengan data yang diperoleh pada penelitian/ tinjauan sebelumnya. Tidak ada lagi angka statistik atau simbol statistik lainnya dalam pembahasan. Pembahasan diarahkan pada jawaban terhadap hipotesis penelitian. Penekanan diberikan pada kesamaan, perbedaan, ataupun keunikan dari hasil yang diperoleh. Peneliti melakukan pembahasan mengapa hasil penelitian menjadi seperti itu. Peneliti perlu mengemukakan implikasi dari hasil penelitian untuk memperjelas dampak hasil penelitian ini pada kemajuan bidang ilmu yang diteliti. Pembahasan diakhiri dengan berbagai keterbatasan penelitian.

Kesimpulan

Bagian kesimpulan ditulis dalam bentuk narasi. Kesimpulan merupakan jawaban hipotesis yang mengarah pada tujuan utama penelitian. Pada bagian ini tidak diperbolehkan ada kutipan dan informasi atau istilah baru yang pada bagian sebelumnya tidak ada. Saran atau rekomendasi untuk penelitian lebih lanjut dapat dituliskan pada bagian ini.

Ucapan Terima Kasih (jika ada)

Ucapan terima kasih diberikan kepada sumber dana riset (institusi pemberi, nomor kontrak, tahun penerimaan) dan orang yang mendukung pemberian dana tersebut. Nama orang yang mendukung atau membantu penelitian dituliskan dengan jelas. Nama yang sudah dicantumkan dalam penulis manuskrip tidak diperbolehkan dicantumkan di sini.

Referensi

Referensi hanya memuat artikel yang telah dipublikasi, dan dipilih yang paling relevan dengan naskah. Diutamakan rujukan primer. Cara penulisan rujukan mengikuti gaya pengutipan "nama-tahun" (*APA style*). Semua rujukan yang tertulis dalam referensi harus dirujuk di dalam naskah dan apa yang ada di referensi harus dikutip di dalam manuskrip. Penulis harus menulis rujukan di dalam naskah dengan menuliskan nama keluarga/ nama belakang penulis dan tahun penerbitan di dalam kurung menggunakan format: (Potter & Perry, 2006) atau Potter dan Perry (2006). Nama penulis pertama dan "dkk", bila terdapat lebih dari enam penulis. Penulis harus menggunakan minimal satu artikel yang bersumber dari IJNP sebelumnya. Penulisan referensi menggunakan *hanging*, yaitu pada baris kedua diindentasi sebanyak 0.25", rata kanan.

Contoh:

Jurnal

Wu, S.F.V., Courtney, M., Edward, H., McDowell, J., Shorridge-Baggett, L.M., & Chang, P.J. (2007). Self-efficacy, outcome expectation, and self care behavior in people with type diabetes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (11), 250-257.

Referensi dengan delapan atau lebih penulis, gunakan enam nama pertama diikuti tanda ellipsis (...) & nama penulis terakhir. Contoh:

Dolan, R., Smith, R.C., Fox, N.K., Purcell, L., Fleming, J., Alderfer, B.,...Roman, D.E. (2008). Management of diabetes: The adolescent challenge. *The Diabetes Educator*, 34, 118-135.

Buku

Peterson, S.J., & Bredow, T.S. (2004). *Middle range theories: Application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bagian dari sebuah buku

Hybron, D.M. (2008). Philosophy and the science of subjective well-being. In M. Eid & R.J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (99.17-43). New York, NY: Guilford Press.

Buku terjemahan

Ganong, W.F. (2008). *Fisiologi kedokteran*. Ed ke-22. (Petrus A., Penerj). Buku asli diterbitkan tahun 2005. New York: McGraw Hill Medical.

Tesis magister/ Disertasi

Jika sudah tersedia dalam database

Gilliland, A.L. (2010). *A grounded theory model of effective labor support by doula* (Disertasi Doktor). Diperoleh dari ProQuest Dissertations and Theses. (UMI No 3437269)

Jika tidak dipublikasi

Langitan, R.E. (2010). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian turnover perawat pelaksana di sebuah rumah sakit*

di Depok Jawa Barat tahun 2009. (Tesis magister, tidak dipublikasikan). Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat, Indonesia.

Artikel *database*

Borman, W.C., Hanson, M.A., Oppler, S.H., Pulakos, E.D., & White, L.A. (1993). Role of early supervisory experience in supervisor performance. *Journal of Applied Psychology*, 78(8), 443-449. Diperoleh dari <http://www.eric.com/jdlsiejls/supervisor/early937d%>

Artikel *database* dengan DOI (*Digital Object Identifier*)

Brownlie, D. Toward effective poster presentations: An annotated bibliography. *European Journal of Marketing*, 41(11/12), 1245-1283. doi:10.1108/03090560710821161

Artikel dari website

Exploring Linguistics. (1999, August 9). Retrieved February 10, 2005, from <http://logos.uoregon.edu/explore/orthography/chinese.html#tsang>

Artikel *online*

Supriadi, T. (2009). Rumah Sakit di Sumut belum berikan data penyakit. *Waspada Online*. Diperoleh dari <http://www.waspada.co.id/>.

(kosong satu spasi tunggal, 14 pt)

Lampiran

(kosong satu spasi tunggal, 12 pt)

Lampiran/Appendices hanya digunakan jika benar-benar diperlukan, diletakkan setelah **Referensi**. Jika terdapat lebih dari satu lampiran/appendix maka diurut sesuai abjad.

Betie Febriana¹

¹ Departemen Keperawatan Jiwa,
Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas
Islam Sultan Agung, Jl. Kaligawe Km.4
Semarang, 50112, Indonesia
E-mail: betie.febriana@gmail.com

Penurunan Kecemasan Remaja Korban Bullying Melalui Terapi Kogitif

Info Artikel:

Masuk : 28 Desember 2016
Revisi : 13 Mei 2017
Diterima : 20 Mei 2017
DOI Number : 10.18196/ijnp.1255

ABSTRAK

Bullying menimbulkan dampak negatif bagi remaja, salah satunya adalah kecemasan yang dapat mempengaruhi prestasi belajar. Oleh karena itu dibutuhkan terapi untuk menurunkan kecemasan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas terapi kognitif dalam menurunkan kecemasan remaja korban bullying. Subjek dalam penelitian ini adalah siswa SMA kelas X yang menjadi korban bullying. Desain penelitian yang dipakai adalah True Experimental Pre-Post Test With Control Group dengan jumlah sampel 22 responden dengan teknik simple random sampling. Penelitian ini menggunakan Olweus Bully/Victims Questionare untuk mengetahui siswa yang menjadi korban bullying dan HARS (Hamilton anxietyraing scale) (r_{xx} = 0,617) untuk mengetahui tingkat kecemasan. Hasil penelitian ini adalah terapi kognitif efektif menurunkan tingkat kecemasan pada remaja korban bullying (nilai $p = 0,002$). Temuan lain dalam penelitian ini adalah terdapat perbedaan pertemuan pada responden saat mendapatkan terapi, hal ini bergantung pada jumlah pikiran negatif dan kemampuan responden untuk mengontrol pikiran negatif.

Kata kunci: bullying, kecemasan, terapi kognitif

ABSTRACT

Bullying causes many negative impacts to the victims, one of them is anxiety. Anxiety influence learning achievement for student. Therefore, it is important to take therapy to reduce anxiety. This study aims to determine the effectiveness of cognitive therapy in reducing anxiety in adolescents' victims of bullying. Subjects in this study were SMA'S students who are victims of bullying. The research design used True Experimental Pre-Post Test With Control Group. Sample was 22 respondents with simple random

sampling technique. Researchers used Olweus Bully / Victims Questionnaire to identify students who are victims of bullying and HARS (Hamilton anxiety rating scale) ($r_{xx} = 0.617$) to identify anxiety before and after therapy. The results of this study was cognitive therapy reduce anxiety level in adolescent's victim of bullying ($p\text{-value} = 0,002$). Another finding in this study, there was a difference of quantitative meetings on respondents when getting therapy, it depends on the number of negative thoughts and the ability of respondents to control negative thoughts.

Keywords: bullying, anxiety, cognitive therapy

PENDAHULUAN

Kecemasan pada remaja salah satunya diperoleh dari perilaku agresif yang dilakukan oleh teman sebaya. James (2010) mengatakan bahwa *Bullying* pada umumnya terjadi di sekolah yang termasuk jenis perilaku agresif. Data dari *Plan International And Interational Center For Research On Woman (ICRW)* bahwa 84% anak di Indonesia dengan kisaran usia 12-17 tahun mengalami *bullying*, angka ini lebih tinggi dibanding negara lain di kawasan Asia.

Seperti yang ditimbulkan oleh agresif, perilaku *Bullying* juga menimbulkan bahaya, baik mental, fisik, kognitif ataupun emosional yang hal tersebut dilakukan secara sengaja (Rivers, Ian, & Noret (2012). Pada umumnya, *bullying* menjadi tradisi sekolah yang dilakukan oleh senior jika tak mengikuti aturan mereka, meskipun banyak juga *bullying* teman sebaya. Korban *bullying* biasanya enggan untuk mengadukannya ke pihak lain termasuk orang tua karena kecemasan akan mendapat perlakuan yang lebih buruk lagi. Hal inilah yang membuat tindakan *Bullying* semakin merajalela jika tidak tertangani dengan tepat.

Beragam dampak buruk yang ditimbulkan oleh *bullying*. Elmerbrink, Scielzo, & Campbell (2015) dalam studinya menemukan bahwa *bullying* dapat memberikan efek kecemasan, berpengaruh pada harga diri, dan mengakibatkan depresi pada korbannya. Studi lain yang dilakukan oleh Kowalski, Robin, & Limber (2012) menyatakan bahwa kecemasan karena *bullying*

menjadi factor terbesar anak-anak enggan untuk pergi ke sekolah.

Olivarez, Sanchez, & Lopez (2009) menyebutkan bahwa terdapat tiga aspek dalam kecemasan yaitu, bentuk penghindaran sosial dan rasa tertekan yang dialami secara umum, bentuk penghindaran sosial dan rasa tertekan dalam situasi yang baru atau ketika berhubungan dengan orang baru/orang asing, sertaketakutan terhadap evaluasi negatif dari orang lain. Kecemasan juga menimbulkan beberapa dampak, antara lain remaja dengan tingkat kecemasan yang tinggi memiliki teman yang lebih sedikit, adanya persepsi negatif terhadap diri sendiri, gangguan fungsi sosial, dan mengalami hambatan dalam mengembangkan kemampuan dalam lingkungan masyarakat (Festa & Ginsburg, 2011; Ling lai, Ye & Chai, 2008)

Penanganan kecemasan korban *bullying* harus segera mungkin dilakukan untuk meminimalkan dampak. Terapi yang dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan pada korban *bullying* adalah terapi kognitif. Menurut Gavino (2013), terapi kognitif adalah suatu terapi yang mengidentifikasi pemikiran negatif dan merusak yang mendorong ke arah kecemasan dan depresi yang menetap. Terapi kognitif dapat membantu menghentikan pikiran negatif dan membantu penderita melawannya, terapi ini bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif, membantu mengendalikan diri (Ingul, Aune, & Nordahl. (2013). Oleh Karena itu, tujuan daari penelitian ini adalah mengetahui efektivitas terapi kognitif terhadap perubahan kecemasan remaja korban *Bullying*.

METODE

Desain Penelitian ini adalah kuantitatif dengan rancangan *True Experimental Pre-Post Test With Control Group*. Kecemasan sebagai variabel dependend dan terapi kognitif sebagai variabel independen. Kuesioner *Olweus Bully/Victims* digunakan untuk mengetahui siswa yang menjadi korban *bullying* dan HARS (*Hamilton anxiety rating scale*) ($r_{xx} = 0,617$) untuk mengetahui kecemasan responden.

Terapi kognitif diberikan dalam 3 sesi yaitu sesi 1 Identifikasi pikiran otomatis negatif, sesi 2 Penggunaan

tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif dan sesi 3 adalah manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran negative. Terapi dilakukan sebanyak 4-6 kali pertemuan, masing-masing pertemuan dilakukan setiap minggu berkisar 45-60 menit pada masing-masing responden.

Sampel sebanyak 22 responden yang terbagi pada kelompok kontrol dan perlakuan dengan metode *simple*

random sampling. Kelompok perlakuan mendapatkan terapi kognitif sedangkan Kelompok kontrol tanpa terapi. Tempat penelitian di salah satu SMA di Semarang pada siswa kelas X. Analisa bivariat menggunakan Uji Kolmogorov smirnov dan ujimarginal homogeneity. Penelitian ini telah melalui uji etik dengan no 783A.1/S1/FIK/SA/12/2016 oleh Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung

Tabel 2 Hasil Uji Beda Harga Diri Remaja Korban *Bullying* Sebelum Dan Sesudah Diberikan Terapi Kognitif Pada Kelompok Perlakuan

Tidak Cemas		Tingkat Kecemasan setelah terapi					Total	p
		Ringan	Sedang	Berat	Panik			
Tingkat Kecemasan sebelum terapi	Tidak cemas	0	0	1	0	0	1	0,02
	Ringan	0	0	0	0	0	0	
	Sedang	5	0	2	0	0	7	
	Berat	1	0	0	0	0	1	
	Panik	2	0	0	0	0	2	
Total		8	0	3	0	0	11	

Tabel 3 Hasil Uji Beda kecemasan Remaja Korban *Bullying* Sebelum Dan Sesudah Diberikan Terapi Kognitif Pada Kelompok Kontrol

Tidak Cemas		Tingkat Kecemasan setelah terapi					Total	p
		Ringan	Sedang	Berat	Panik			
Tingkat Kecemasan sebelum terapi	Tidak cemas	1	1	0	0	0	2	0,03
	Ringan	1	0	0	0	0	1	
	Sedang	1	1	0	0	0	2	
	Berat	1	1	0	2	0	4	
	Panik	1	1	0	0	0	2	
Total		5	4	0	2	0	11	

Tabel 4 Hasil Uji Beda skor kecemasan Remaja Korban *Bullying* Sesudah Diberikan Terapi Kognitif Pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol

	Harga diri										Total	p
	Tidak cemas		Ringan		Sedang		Berat		Panik			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tidak diberikan CT (kontrol)	5	45,4	4	36,4	0	0	2	18,2	0	0	11	0,02
Diberikan CT (perlakuan)	8	72,7	0	0	3	27,3	0	0	0	0	11	

HASIL

Karakteristik responden

Tabel 1 Karakteristik Responden Remaja Korban Bullying.

Variabel	Kategori	Kelompok kontrol N=11		Kelompok Perlakuan N=11	
		N	%	N	%
Jenis Kelamin	Laki-laki	7	63,6	3	27,3
	Perempuan	4	36,4	8	72,7
	Total	11	100	11	100
Pekerjaan Ayah	Tidak Bekerja	4	36,4	1	9,1
	Bekerja	7	63,4	10	90,9
	Total	11	100	11	100
Pekerjaan Ibu	Tidak Bekerja	0	0	6	54,5
	Bekerja	11	100	5	45,5
	Total	11	100	11	100
Pendidikan Ayah	SD	1	9,1	1	9,1
	SMP	3	27,3	3	27,3
	SMA	6	54,5	5	45,5
	Perguruan Tinggi	1	9,1	2	18,2
	Total	11	100	11	100
Pendidikan Ibu	SD	3	27,3	1	9,1
	SMP	4	36,4	6	54,5
	SMA	4	36,4	3	27,3
	Perguruan Tinggi	0	0	1	9,1
	Total	11	100	11	100

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa pada kelompok kontrol sebagian besar laki laki yaitu 7 orang (63,6%), sedangkan kelompok perlakuan, sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 8 orang (72,7%). Rata-rata orang tua laki laki bekerja dan orang tua perempuan lebih banyak yang di rumah. Pendidikan orang tua pada kedua kelompok paling banyak SMA, sedangkan ibu rata-rata SMP.

Data bivariat

- Perbedaan tingkat kecemasan remaja korban bullying sebelum dan sesudah diberikan terapi kognitif pada kelompok perlakuan
Berdasarkan tabel 2 didapatkan bahwa terdapat perubahan kategori kecemasan pada kelompok

perlakuan. kecemasan setelah terapi menurun menjadi menjadi tidak cemas pada 8 orang responden, bahkan dari kategori panik menurun menjadi tidak cemas. Beberapa masih berada dalam kategori yang sama tetapi hanya 2 orang saja, walaupun berada dalam kategori yang sama, dari hasil skor kecemasan keduanya menurun sebanyak masing-masing 6 dan 7 poin.

Adapun hasil uji statistik , p-value 0,02 yang berarti Ho ditolak sehingga ada perbedaan kecemasan antara sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif pada kelompok perlakuan.

- Perbedaan kecemasan remaja korban bullying sebelum dan sesudah diberikan terapi kognitif pada kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 3 didapatkan bahwa kecemasan pada responden setelah terapi menjadi 5 responden pada kategori tidak cemas sebelumnya hanya terjadi pada 2 responden. Tidak cemas menjadi cemas ringan pada satu orang

Beberapa responden yang berada pada kategori yang sama antara sebelum dan sesudah terapi rata-rata mengalami peningkatan poin. Adapun hasil ujimarginal homogeneity, p-value 0,03 yang berarti Ho diterima sehingga ada perbedaan harga diri antara sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif pada kelompok kontrol

- Perbedaan kecemasan remaja korban bullying sesudah diberikan terapi kognitif pada kelompok perlakuan dan kontrol

Berdasarkan hasil ujikolmogorov-smirnov pada tabel 4 didapatkan bahwa nilai p adalah 0,02 ($p < 0,05$) yang artinya terdapat perbedaan harga diri setelah diberikan terapi pada kelompok kontrol dan perlakuan. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara pemberian terapi kognitif dengan kecemasan

PEMBAHASAN

- Kecemasan remaja korban bullying sebelum dan sesudah diberikan terapi kognitif pada kelompok perlakuan

Hasil penelitian menyebutkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kecemasan pada remaja sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif pada kelompok intervensi atau perlakuan. Data menyebutkan bahwa tidak semua responden mengalami perubahan tingkat kecemasan, namun semua responden mengalami penurunan skor kecemasan berkisar antara 6-12 skor.

Penurunan skor mempunyai arti bahwa terjadi perubahan tanda dan gejala ansietas menuju arah yang lebih baik walaupun masih dalam tingkat kecemasan yang sama. Oleh karena itu, dapat digeneralisir bahwa terdapat perubahan kecemasan dari sisi tanda dan gejala setelah kelompok intervensi korban bullying mendapatkan terapi kognitif.

Perilaku bullying merupakan perilaku berulang berupa intimidasi yang dilakukan oleh satu atau beberapa orang yang menganggap dirinya lebih kuat daripada korban (James, 2010). Carney dan Merrell (2001) mengidentifikasi bahwa dampak bullying cenderung lebih besar pada depresi dan kecemasan. Dampak jangka panjang berpengaruh pada psikososial perkembangan tahap berikutnya. Ansietas merupakan efek yang bisa menghasilkan efek domino pada aspek yang lain seperti penurunan prestasi karena remaja akan cenderung menghindari bertemu dengan pelaku sehingga sekolah yang notabene menjadi tempat nyaman untuk belajar berubah menjadi lingkungan yang mengancam bagi korban jika tidak mampu melakukan coping yang baik. Perasaan terancam terus menerus akan menjadi teror tersendiri bagi korban sehingga bisa merambah pada aspek biologis korban (Paul, 2009).

Hal ini bermula dari pikiran negatif yang dimiliki oleh korban seperti bahwa mereka tidak mampu melawan pelaku, bersifat pasif, serta terkadang membenarkan label negatif yang diberikan kepadanya. Pikiran negatif ini timbul karena adanya persepsi yang buruk terkait diri sendiri karena mendapatkan perlakuan buruk yang

terus berulang. Beck (1987) menyebutnya sebagai pikiran otomatis negatif, yaitu respon yang bersifat negatif tanpa analisis rasional yang terjadi dengan cepat dengan logika yang keliru.

Terapi kognitif membawa dampak menurunnya tanda dan gejala kecemasan atau ansietas. Power (2010) menggambarkan temuan yang penurunan tanda dan gejala depresi salah satunya adalah ketegangan karena cemas setelah diberikan terapi kognitif. Ini artinya terapi kognitif secara general mampu memberikan perbaikan pada gejala kecemasan. Selain tanda kecemasan umum, terapi ini juga menurunkan pikiran negative, afek sedih, dan meningkatkan afek positif. Hasil ini sejalan dengan penelitian Kristanti bahwa klien gagal ginjal kronik yang mengalami harga diri rendah dan depresi menunjukkan bahwa terapi kognitif dapat menurunkan perasaan harga diri rendah dan menurunkan kondisi depresi salah satunya ansietas.

Eimerbrink, Scielzo, dan Campbell (2015) menyatakan krisis pada korban bullying mengakibatkan perubahan emosi seperti takut, depresi, cemas, tidak berdaya, putus asa. Jika masalah psikososial karena krisis ini tidak tertangani maka akan memperburuk kondisi psikososial korban. Oleh karena itu, penting untuk membuat klien mampu meningkatkan kemampuan mengontrol pikiran sehingga dampak yang lebih berat tidak terjadi.

Pemberian psikoterapi pada penelitian ini diharapkan dapat menurunkan kecemasan korban bullying. Perubahan kecemasan pada kelompok perlakuan dengan terapi kognitif menunjukkan hasil yang baik dari kondisi kecemasan sedang menjadi tidak cemas bahkan dari kondisi panic menjadi tidak cemas. Ini artinya penurunan kategori yang sangat signifikan pada kelompok perlakuan. Penurunan kecemasan pada kelompok yang mendapat terapi kognitif karena klien dilatih cara melawan pikiran dan mengontrol pikiran yang mengganggu. Klien dengan kecemasan akan mempengaruhi kemampuan kognitif seperti

konsentrasi menurun, berfikir, serta rentang yang menyempit pada area perhatian (Stuart, 2010).

- b. Kecemasan remaja korban *bullying* pada kelompok kontrol.

Pada kelompok kontrol, terlebih dahulu dilakukan penilaian tingkat kecemasan, setelah itu tidak diberikan intervensi apapun oleh peneliti hingga proses intervensi pada kelompok perlakuan selesai. Setelah 6 minggu, dilakukan penilaian tingkat kecemasan. Berdasarkan uji analisis marginal homogeneity pada tabel sebelumnya didapatkan nilai $p < 0,03$ dimana $p > 0,05$ yang mempunyai arti ada perbedaan harga diri pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan.

Kelompok kontrol pada penelitian ini tidak mendapatkan intervensi terapi kognitif selama penelitian dan hasil yang didapatkan adalah bahwa statistik secara umum menunjukkan adanya penurunan kecemasan. Hal ini cukup menarik untuk dianalisis. Tanda dan gejala kecemasan yang diperlihatkan oleh responden dalam kelompok kontrol sebelum intervensi antara lain, cemas/takut jika harus berbicara di depan umum, mudah tersinggung, gelisah, sedih, berdebar jika bertemu teman yang menjadi pelaku. Dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala yang paling banyak dirasakan ada dalam konteks kognisi dan perilaku. Gejala ini sejalan dengan penelitian Smith dkk. (2008) yang menunjukkan bahwa remaja korban *bullying* memperlihatkan beberapa gangguan terutama pada perilaku, kognisi, dan afeksi serta konsentrasi.

Menurunnya gejala kecemasan pada kelompok ini dapat terjadi karena proses dari program yang ada di sekolah. Sekolah berbasis islam ini memiliki program spiritual antara lain Sholat dhuhur berjamaah, membaca asmaul husna sebelum memulai pelajaran setiap pagi, shalawat dan membaca alquran bersama. Aktivitas yang lain adalah setiap jam istirahat selalu diputarkan musik bernuansa islam atau shalawat. Mata pelajaran

yang diajarkan pun menggaet mata pelajaran khusus islam seperti fiqih, tarikh, bahasa arab, membaca alquran. Hal ini membawa nuansa tersendiri di sekolah tersebut.

Sekolah dengan program spiritualitas yang baik membawa kebaikan pada siswanya pun pada kelompok kontrol korban *bullying*. Seperti studi yang dilakukan oleh Sharma, Charak, & Sharma (2009) Kebangkitan makna dan tujuan membawa kembali harapan dan semangat untuk menghadapi kesulitan hidup. Penelitian tersebut menemukan bahwa untuk setiap kenaikan 10 poin di religiusitas intrinsik seseorang, ada peningkatan 70% dalam pemulihan dari gejala depresi pasca penyakit fisik.

Studi lain yang ditemukan oleh Torabi dkk. (2016) bahwa pelaksanaan perawatan spiritual oleh perawat dapat mempengaruhi situasi mental remaja dengan kanker dan merupakan metode yang cocok untuk mengurangi kecemasan. Oleh karena itu perlu bagi perawat untuk menggunakan intervensi spiritual selama pelaksanaan asuhan keperawatan yang komprehensif.

- c. Kecemasan sesudah diberikan terapi kognitif pada kelompok perlakuan dan kontrol.

Berdasarkan tabel sebelumnya didapatkan data analisis bahwa terapi kognitif memberikan pengaruh pada perubahan tingkat kecemasan remaja korban *bullying*.

Terapi kognitif dalam penelitian ini bertujuan untuk mengendalikan pikiran negative yang timbul karena perilaku *bullying* yang mengakibatkan kecemasan atau pikiran buruk lain yang terjadi karena menjadi korban *bullying*. Pikiran yang mengakibatkan ansietas dapat mengganggu seseorang sehingga berakibat menjadi kurang bahkan tidak produktif. Seperti pengakuan beberapa responden bahwa mereka menjadi enggan ke sekolah karena cemas bertemu dengan pelaku *bullying*. Hal ini akan mengakibatkan ketidaknyamanan psikologis. Jika terus berlanjut berakibat pada penurunan prestasi yang pada

akhirnya menghambat perkembangan anak secara kognitif di sekolah, tentu ini akan berpengaruh pada masa depan korban jika tidak tertangani. Oleh karena itu, penting diberikan terapi pengontrolan pikiran negative melalui terapi kognitif.

Pelaksanaan terapi kognitif diharapkan memberikan dampak signifikan pada kemampuan klien yang berkaitan dengan kemampuan coping yang adaptif serta pemecahan masalah. Latihan secara teratur menjadi kunci tercapainya hal tersebut, jika dilakukan terus menerus diharapkan klien akan secara otomatis akan terbiasa memandang suatu peristiwa dari sisi positif.

Kelompok kontrol yang tidak mendapat terapi kognitif memang menunjukkan penurunan kecemasan, tetapi justru ada yang meningkat. Kondisi ini menggambarkan pentingnya intervensi keperawatan jiwa, khususnya psikoterapi untuk membantu klien menurunkan kecemasan dengan peningkatan kemampuan mengontrol pikiran yang tidak menyenangkan. Studi yang dilakukan DeRubeis, Webb, Tang, dan Beck (2010) menemukan bahwa adanya variasi pertemuan terapi kognitif, pelaksanaan berulang ulang pada terapi ini dapat memiliki efek secara biologis. Sementara ini pada penelitian ini, belum ditemukan perubahan kecemasan yang signifikan dari sisi biologis.

Saat terapi berlangsung, masing-masing responden memiliki pertemuan yang berbeda bergantung pada banyaknya pikiran negative yang dimiliki responden serta kemampuan dalam berlatih mengendalikannya. Inilah dua factor yang ditemukan oleh peneliti dalam pelaksanaan terapi kognitif. Sesi yang diberikan sama pada setiap responden yaitu 3 sesi, hanya saja jumlah pertemuan yang berbeda antar mereka. Perbedaan terletak pada sesi ke-2 yaitu tentang latihan mengontrol pikiran negative dimana pada sesi ini masing-masing responden membutuhkan jumlah pertemuan yang berbeda bergantung pada banyaknya pikiran negatif dan kemampuan mengendalikannya.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terapi kognitif terhadap penurunan kecemasan remaja korban *bullying* dengan nilai $p < 0,02$. Oleh karena itu terapi kognitif dapat diaplikasikan sebagai terapi untuk mengurangi kecemasan remaja korban *bullying*. Selanjutnya, perlu dikembangkan penelitian yang mengkolaborasikan terapi kognitif dengan aspek spiritual sebagai salah satu terapi yang dapat digunakan untuk remaja korban *bullying*

REFERENSI

- Carney, A. G. & Merrell, K. W. (2001) Perspectives on understanding and preventing an international problem. *School Psychology International*, 22:364-82.
- Elmerbrink, Scielzo, & Campbell. (2015). The Impact of Social and Relational Victimization on Depression, Anxiety, and Loneliness: A Meta-Analytic Review. *Journal of Bullying and Social Aggression*. 1(1). Issn 2375-5849
- Festa, C.C. & Ginsburg, G.S., (2011). Parental and Peer Predictors of Social anxiety in Youth.
- Gavino, M.F. (2013). *Group Therapy for adolescent bullying victims (cognitive approach)*. De La Salle University
- Ingul, J.M, Aune, & Nordahl. (2013). A Randomized Controlled Trial of Individual Cognitive Therapy, Group Cognitive Behaviour Therapy and Attentional Placebo for Adolescent Social Phobia. *Psychother Psychosom Journal* 2014;83:54-61. DOI: 0.1159/000354672. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24281563>
- James, A. (2010). *School Bullying. Research Briefing*
- Kowalski, Robin M., & Limber, S. P. (2012). Psychological, Physical, and Academic Correlates of CyberBullying and Traditional Bullying. *Journal of Adolescent Health*, 53 (1), S13-S20. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.018
- Ling lai, Ye & Chai. (2008). *Bullying in middle school: an asian-pacific regional study*. *Asia pacific education review*. 9 (4) :393-405
- Liputan6. (2015). Survey ICRW. Diunduh februari 2016. <http://news.liputan6.com>
- Olivarez, J., Sanchez- Garcia, R., Lopez-Pina, J. (2009).

The liebowitz social anxiety scale for children and adolescents. *Journal of Psicothema*. 21 (3)

Power, D. (2010). *Emotion-Focused Cognitive Therapy*. John Wiley: Oxford Malden

Rivers, Ian, & Noret, N. (2012). Potential Suicide Ideation and Its Association With Observing Bullying at School. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), S32-S36. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.10.279

Sharma, P., Charak, R., & Sharma, V. (2009). Contemporary Perspectives on Spirituality and Mental Health. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 31(1), 16-23. <http://doi.org/10.4103/0253-7176.53310>

Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S. and Tippett, N. (2008) CyberBullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:376-385.

Stuart, G.W. (2010). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 10th ed. Canada: Mosby, Inc

Torabi F, Sajjadi M, Nourian M, Borumandnia N, & Shirinabadi FA. (2016). The effects of spiritual care on anxiety in adolescents with cancer. *Supportive and Palliative Care in Cancer* 2016; in press. <http://journals.sbmu.ac.ir/spc/article/view/11007>

**Ema Waliyanti¹,
Wisni Pratiwi²**

^{1,2} Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
emawaliyanti@umy.ac.id

Hubungan Derajat Insomnia dengan Konsentrasi Belajar Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan di Yogyakarta

Info Artikel:

Masuk : 12 Januari 2017
Revisi : 10 Mei 2017
Diterima : 22 Mei 2017
DOI Number : 10.18196/ijnp.1256

INTISARI

Insomnia merupakan salah satu gangguan tidur yang dapat disebabkan oleh stres, masalah sekolah maupun pekerjaan, kesehatan, merokok, ataupun efek samping dari pengobatan. Insomnia berdampak pada kualitas hidup seseorang seperti penurunan konsentrasi. Berdasarkan Statistic by Country for Insomnia terdapat 10% kejadian insomnia yang ada di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara derajat insomnia dengan konsentrasi belajar pada mahasiswa keperawatan di Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan rancangan korelasional dengan pendekatan cross sectional. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 91 responden yang dipilih menggunakan teknik proportional stratified random sampling pada semua mahasiswa keperawatan di salah satu Program Studi Ilmu Keperawatan swasta di Yogyakarta. Pengambilan data dilakukan dengan kuesioner Insomnia Rating Scale dan kuesioner konsentrasi belajar yang telah diuji validitas dan reliabilitas. Analisis data menggunakan uji statistik Spearman Rank.

Hasil penelitian menunjukkan 57,1% mahasiswa mengalami insomnia kategori ringan dan 73,6% mahasiswa memiliki tingkat konsentrasi belajar kategori cukup. Analisa dengan Spearman Rank diperoleh p value 0,013 (<0,05) yang berarti bahwa terdapat hubungan antara derajat insomnia dengan konsentrasi belajar mahasiswa keperawatan di Yogyakarta. Berdasarkan hasil penelitian dapat disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk menggali lebih dalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi derajat insomnia dan konsentrasi belajar pada mahasiswa sehingga konsentrasi belajar tidak terganggu.

Kata kunci: derajat insomnia, konsentrasi belajar, mahasiswa keperawatan

ABSTRACT

Insomnia is one of the sleep problem that caused by stress, school or job problem, health problem, smooking, and also side effects from medication.

Insomnia affect quality of life such as lowering someone concentration. Based on Statistic by Country for Insomnia, found as much as 10% incident of insomnia in Indonesia. The aim of this researce was To determine the correlation between insomnia severity with learning concentration among nursing students in Yogyakarta. This research was quantitative study with correlational design used cross-sectional approach. The sample of this research were 91 respondens colecting using propotional stratified random sampling technic. The data were collected by questionnaires that have been tested for validity and reliability. Data analysis using Spearman Rank statistical test. The results of this study show that more than a half of the participants have insomnia severity in the low category (57,1%) and learning concentration in the moderate category (73,6%). Analysis by Spearman Rank showed p value 0,013 ($<0,05$). There was correlation between insomnia severity and learning concentration among nursing students in Yogyakarta, so it is recommended for suggestions for further researchers to explore more deeply about the factors that affect the degree of insomnia and concentration of learning on the students to have a good learning concentration.

Keyword: insomnia severity, learning concentration, nursing students.

PENDAHULUAN

Manusia membutuhkan hampir seperempat hingga sepertiga waktunya untuk tidur (Purwanto, 2008). Tidur berguna untuk pemulihan fungsi kognitif dalam diri manusia. Pada saat tidur terjadi peningkatan aliran darah menuju serebral, sehingga otak akan mendapatkan lebih banyak oksigen yang berfungsi untuk membantu penyimpanan memori dan pembelajaran yang berhubungan dengan fungsi kognitif (Potter & Perry, 2010). Insomnia merupakan salah satu gangguan tidur berupa kesulitan untuk memulai tidur, kesulitan mempertahankan tidur, dan ketidakpuasan tidur (Buysee, 2011). Berdasarkan *Statistic by Country for Insomnia* menunjukkan bahwa prevalensi insomnia di Indonesia pada tahun 2010 sekitar 10% dan prevalensi mahasiswa penderita insomnia di Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 45,19% (Khamelina, 2014). Insomnia memiliki dampak pada kemampuan untuk berkonsentrasi. Seseorang

yang mengalami insomnia akan mengantuk pada siang hari, sehingga dapat menurunkan konsentrasi dan akan mengganggu aktivitas (Munir, 2015).

Hasil studi pendahuluan menggunakan kuisisioner online yang dilakukan pada mahasiswa keperawatan di salah satu Universitas swasta di Yogyakarta sebanyak 85 orang didapatkan hasil bahwa 17 (20,2%) kesulitan memulai tidur, 12 (14,1%) tiba-tiba terbangun pada malam hari, 38 (44,7%) sering mengantuk pada siang hari, 23 (27,1%) kurang puas dengan tidurnya, dan 10 (11,9%) merasa letih setelah tidur. Berdasarkan hasil studi pendahuluan tersebut peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan antara insomnia dengan konsentrasi belajar mahasiswa keperawatan di Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan rancangan korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada salah satu Program Studi Ilmu Keperawatan swasta di Yogyakarta. Populasi pada penelitian ini sebanyak 488 mahasiswa keperawatan yang aktif pada tahap akademik. Sampel yang digunakan sebanyak 91 responden yang dipilih dengan menggunakan teknik *proportional stratified random sampling* yaitu dengan cara pengambilan sampel yang dilakukan berdasarkan strata tiap angkatan. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner KSPBJ-IRS (Kelompok Studi Psikiatri Biologik Jakarta – Insomnia Rating Scale) untuk mengukur derajat insomnia, kuesioner tersebut telah teruji validitasnya antar psikiater dengan psikiater $r=0,95$ dan antar psikiater dengan dokter non psikiater $r=0,94$, dan uji sensitivitas instrumen tersebut sebesar 97,4% Kuesioner yang digunakan untuk mengukur konsentrasi belajar menggunakan kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti yang terdiri dari 18 pertanyaan yang mencakup pemusatan perhatian, antusiasme, keaktifan dan sikap tenang pada saat pembelajaran. Kuesioner tersebut menggunakan Skala Likert dengan nilai koefisien uji reliabilitas sebesar 0,891. Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui hubungan menggunakan uji *Spearman Rank*.

HASIL PENELITIAN

Analisa Univariat

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin(n=91)

No.	Jenis kelamin	Frekuensi	Prosentase (%)	St. Deviation
1.	Laki-laki	31	34,1	0,477
2.	Perempuan	60	65,9	
Total		91	100	

Sumber data primer 2017

Tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 60 mahasiswa (65,9%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik berdasarkan Usia (n=91)

No	Karakteristik	Mean	St. Deviation
1.	Usia	19,84	1.223

Sumber data primer 2017

Tabel diatas menunjukkan bahwa rata-rata usia responden adalah 19,84 atau 20 tahun.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Derajat Insomnia (n=91)

No.	Kategori	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Baik	19	20,9
2.	Cukup	67	73,6
3.	Kurang	5	5,5
Total		91	100

Sumber Data Primer 2017

Tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami insomnia ringan yaitu sebanyak 52 responden (57,1%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi tingkat konsentrasi belajar mahasiswa(n=91)

No.	Kategori	Frekuensi	Prosentase (%)	St. Dev
1.	Tidak insomnia	35	38,5	0,597

No.	Kategori	Frekuensi	Prosentase (%)	St. Dev
2.	Ringan	52	57,1	
3.	Sedang	3	3,3	
4.	Berat	1	1,1	
Total		91	100	

Sumber data primer 2017

Tabel diatas menunjukkan bahwa tingkat konsentrasi mahasiswa dalam kategori cukup

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Derajat Insomnia dan Konsentrasi Belajar Berdasarkan Jenis Kelamin (n=91)

Variabel	Jenis kelamin			
	Laki-laki		Perempuan	
	N	%	N	%
Derajat insomnia				
Tidak insomnia	11	35,5	24	40
Ringan	19	61,3	33	55
Sedang	1	3,2	2	3,3
Berat	-	-	1	1,7
Konsentrasi belajar				
Baik	6	19,4	13	21,7
Cukup	23	74,2	44	73,3
Kurang	2	6,5	3	5,0

Sumber: Data Primer 2017

Tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa mengalami insomnia ringan dan tingkat konsentrasi belajar yang cukup yaitu pada jenis kelamin perempuan

Analisa Bivariat

Tabel 7. Hubungan Derajat Insomnia Dengan Konsentrasi Belajar (n=91)

Derajat insomnia	Konsentrasi belajar						Total		r	P value	
	Baik		Cukup		Kurang		N	%			
	N	%	N	%	N	%					
Tidak insomnia	10	28,6	25	71,4	-	-	35	100	0,259	0,013	
Ringan	9	17,3	40	76,9	3	5,8	52	100			
Sedang	-	-	2	66,7	1	33,3	3	100			
Berat	-	-	-	-	1	100	1	100			

Sumber: Data Primer 2017

Tabel diatas bahwa terdapat hubungan antara derajat insomnia dengan konsentrasi belajar mahasiswa keperawatan di Yogyakarta dengan nilai signifikansi sebesar 0,013 ($p < 0,05$). Pada tabel diatas juga menunjukkan hubungan yang lemah antara derajat insomnia dengan konsentrasi mahasiswa dengan nilai $r = 0,259$

PEMBAHASAN

Derajat Insomnia

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa mengalami insomnia ringan. Faktor pencetus yang dapat menyebabkan insomnia berupa faktor intrinsik dan lingkungan. Faktor intrinsik disebabkan dari dalam diri seseorang itu sendiri seperti sistem saraf otonom yang bekerja secara berlebihan dan poros hipotalamus-pituitari-adrenal yang terlalu aktif dan faktor lingkungan yang dapat menyebabkan insomnia seperti kondisi tempat tinggal dan jadwal antara bekerja dan istirahat yang tidak teratur (Azad et al, 2015). Insomnia yang terjadi pada mahasiswa biasanya disebabkan oleh beban atau tanggung jawab yang dimiliki untuk menyelesaikan tugas atau harus belajar dengan materi yang cukup banyak. Beban tersebut dapat menjadi *stressor* saat perkuliahan maupun diluar perkuliahan, ketika *stressor* datang maka tubuh akan memberikan respon. Salah satu respon yang terjadi saat malam hari yaitu mahasiswa akan mengalami insomnia atau memiliki kualitas tidur yang buruk (Nafilda et al, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Santos et al (2016) menyebutkan bahwa terdapat 204 mahasiswa keperawatan di universitas daerah Vale do Paraiba

Brazil terdapat 84,31% responden memiliki kualitas tidur yang buruk. Penelitian lain menyebutkan bahwa mahasiswa kedokteran juga memiliki waktu tidur yang lebih sedikit dibandingkan dengan mahasiswa ilmu sosial. Mahasiswa kedokteran merupakan salah satu populasi yang rentan terhadap masalah tidur seperti kurangnya waktu tidur, kualitas tidur yang buruk, dan mengantuk berlebihan di siang hari. Hal itu disebabkan karena mahasiswa kedokteran memiliki jadwal yang padat dan memiliki tuntutan akademik yang tinggi sehingga membuat waktu yang seharusnya digunakan untuk tidur tetapi digunakan untuk mengerjakan tugas dan belajar. Rata-rata mahasiswa kedokteran hanya memiliki waktu tidur selama 5,8 jam (Lai & Say, 2013). Hal tersebut menunjukkan bahwa banyak faktor yang menyebabkan mahasiswa mengalami gangguan tidur.

Hasil penelitian ini didapatkan prosentase derajat insomnia perempuan lebih besar dibandingkan dengan laki-laki. Hasil ini sesuai dengan penelitian Zhang et al (2016) perempuan lebih besar mengalami insomnia dibandingkan dengan laki-laki, hal itu berkaitan dengan masa pubertas ketika hormon ovarium saat siklus menstruasi menyebabkan emosi yang labil. Selain itu remaja perempuan lebih banyak mengalami stres dibandingkan dengan remaja laki-laki. Perempuan lebih mudah untuk mengalami stres karena mereka memiliki strategi koping yang kurang baik, oleh karena itu mereka lebih rentan mengalami insomnia. Berdasarkan jurnal yang dituliskan oleh Mallampalli dan Carter (2014) menyebutkan bahwa mekanisme biologi seperti meningkatnya follicle stimulating hormone dan menurunnya level estrogen pada saat

pre menstruation membedakan kualitas tidur antara perempuan dan laki-laki. Estrogen merupakan salah satu hormon yang ada pada tubuh manusia yang berfungsi sebagai pembentukan organ, ketika terjadi penurunan hormon ini salah satu respon tubuh yaitu berupa gangguan tidur. Hormon estrogen yang dimiliki oleh perempuan lebih besar dibandingkan dengan laki-laki, oleh karena itu perempuan berpotensi lebih besar mengalami insomnia. Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa perempuan rentang mengalami masalah insomnia.

Mahasiswa keperawatan yang mengalami insomnia sebagian besar pada tahapan usia remaja akhir atau dewasa muda. Rentang usia dewasa muda adalah 18 sampai 25 tahun. Sistem sirkadian yang mengontrol tidur dan kesulitan tidur pada remaja dan dewasa muda cenderung mengalami perubahan fisiologi. Pada hari produktif rentang usia ini sering mengalami kekurangan tidur, sedangkan di akhir minggu mereka akan memiliki waktu tidur lebih lama. Sehingga, pola tidur yang tidak teratur tersebut akan menimbulkan masalah tidur seperti insomnia (Kaur & Bhoday, 2017). Seperti yang disebutkan oleh Crowley et al cit Hershner dan Chervin (2014) bahwa secara fisiologis usia remaja dan dewasa muda cenderung memiliki irama sirkadian yang melambat. Secara fisik remaja akhir mempunyai kebiasaan tidur pada larut malam, hal tersebut disebabkan karena ketika masa pubertas remaja memiliki pengaturan homeostasis tidur yang rendah sehingga mengakibatkan kurangnya waktu tidur di malam hari. Dari pernyataan diatas dapat di simpulkan bahwa kualitas tidur remaja di pengaruhi oleh faktor fisiologis.

Konsentrasi Belajar

Tingkat konsentrasi belajar mahasiswa keperawatan yang mengalami insomnia sebagian besar dalam kategori cukup. Gangguan konsentrasi dapat disebabkan oleh dua faktor, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal merupakan faktor yang berasal dari dalam diri sendiri berupa minat belajar yang rendah atau kondisi kesehatan yang sedang buruk (Olivia, 2010) Penelitian yang dilakukan

oleh Israel *et al* (2016) menyebutkan bahwa salah satu faktor internal yang mempengaruhi konsentrasi pada mahasiswa dapat berupa masalah tidur seperti insomnia. Penelitian yang dilakukan oleh Putri (2015) di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta didapatkan hasil bahwa mahasiswa yang memiliki kualitas tidur buruk cenderung memiliki konsentrasi belajar kurang (60,9%). Kurangnya waktu tidur dapat menyebabkan kualitas hidup menurun karena orang tersebut tidak memiliki cukup energi untuk melakukan aktivitas. Salah satu manfaat tidur adalah untuk mengembalikan energi agar ketika bangun di pagi hari badan terasa segar kembali, namun jika seseorang kurang tidur mereka akan sulit untuk fokus terhadap suatu hal yang dikerjakannya. Sedangkan faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar individu yaitu keadaan lingkungan seperti keadaan ruangan, peralatan pendukung pembelajaran, dan suasana yang kondusif (Olivia, 2010).

Hubungan Derajat Insomnia dengan Konsentrasi Belajar

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara derajat insomnia dengan konsentrasi belajar mahasiswa pada mahasiswa keperawatan di Yogyakarta. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sekarsiwi, Putri, & Dewi (2015) di STIKES Guna Bangsa Purwokerto dimana terdapat 39,7% responden mengalami penurunan konsentrasi belajar yang disebabkan karena insomnia. Insomnia menyebabkan perubahan aktivitas seperti mengantuk dikelas dan kurang memperhatikan pelajaran karena penurunan konsentrasi. Selain itu, insomnia akan menurunkan daya ingat sehingga mahasiswa sulit untuk mengingat apa yang telah dipelajari dan dialami selama seharian karena keadaan tubuh yang lemah. Jika konsentrasi terganggu, mahasiswa akan tidak efisien ketika belajar.

Penelitian yang dilakukan oleh Tessaro dan Paternella (2015) menyebutkan bahwa gejala insomnia yang biasanya dialami oleh remaja berupa kesulitan untuk tertidur lebih dari 30 menit, sulit untuk mempertahankan tidur, terbangun di malam hari lebih

dari dua kali, dan sulit untuk tidur kembali lebih dari 5 menit setelah terbangun. Jika semakin tinggi nilai insomnia maka akan semakin rendah kemampuan konsentrasi yang dimiliki oleh remaja. Hal tersebut didukung dalam penelitian Al-Eisa *et al* (2013) bahwa kualitas tidur yang buruk pada pelajar memiliki dampak yang tidak baik dalam proses belajar dan ingatan. Pelajar membutuhkan performa yang tinggi dan akan sulit untuk dicapai jika memiliki masalah dengan tidur. Gildner *et al* (2014) menyebutkan bahwa semakin rendah kualitas tidur seseorang maka kemampuan kognitif juga akan semakin menurun. Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa tingkat konsentrasi belajar mahasiswa di pengaruhi oleh kualitas tidurnya sehingga, untuk mendapatkan hasil belajar yang optimal mahasiswa perlu memperhatikan kualitas tidurnya.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa kejadian insomnia pada mahasiswa keperawatan di Yogyakarta sebagian besar dalam kategori ringan sebanyak 52 orang (57,1%). Tingkat konsentrasi belajar yang dimiliki mahasiswa sebagian besar dalam kategori cukup sebanyak 65 orang (73,6%). Terdapat hubungan yang antara derajat insomnia dengan konsentrasi belajar mahasiswa keperawatan di Yogyakarta dengan nilai $r = 0,259$ dan nilai signifikansi $0,013$ ($p < 0,05$).

Saran

Bagi institusi keperawatan sebaiknya meninjau kembali keadaan lingkungan belajar mahasiswa yang dapat mempengaruhi konsentrasi seperti ruang kelas dan jumlah mahasiswa yang ikut serta dalam perkuliahan. Bagi peneliti selanjutnya dapat meneliti lebih dalam lagi faktor penyebab insomnia yang terjadi pada mahasiswa dan faktor apa yang paling dominan mempengaruhi konsentrasi belajar mahasiswa.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Eisa, E.A., Buragadda, S., Melam, G.R., Al-Osaimi, A.O., Al-Mubarak, H.A., & Al-Huwaimel, N. (2013). *Association Between Physical Activity and Insomnia Among*

Saudi Female College Student. *Jurnal Physical Therapy Science*, 25: 1479-1482

Azad, M.C., Fraser, K., Rumana, N., Abdullah, A.F., Shahana, N., Hanly, P., & Turin, T.C. (2015). *Sleep Disturbance Among Medical Student: A Global Perspective*. *J Clin Sleep Med*, 11(1): 69-74.

Buysee, D.J., Anne, G., Douglas, E.M., *et al*. (2011). *Efficiency of Brief Behavioral Treatment for Chronic Insomnia in Older Adult*. *JAMA International Medicine*. Vol.171. diakses tanggal 20 November 2016 melalui: <http://archinte.jamanetwork.com/article>

Gildner, T.E., Liebert, M.A., Kowal, P., Chatterji, S., & Snodgrass, J.J. (2014). *Associations Between Sleep Duration, Sleep Quality, and Cognitive Test Performance Among Older Adult from Six Middle Income Countries: Result from The Study on Global Ageing an Adult Health (SAGE)*. *J Clin Med*, 10(6): 613-621.

Hershner, S.D., & Chervin, R.D. (2014). *Causes and Consequences of Sleepiness Among College Students*. *Nature and Science of Sleep*, 6: 73-84.

Israel, M., Patil, U., Shinde, S., & Ruikar, V.M. (2016). *Obesity in Medical Students and Its Correlation with Sleep Patterns and Sleep Duration*. *Indian J. Physiol Pharmacol*, 60(1): 38-44.

Kaur, H., & Bhoday, H.S. (2017). *Changing Adolescent Sleep Patterns: Factor Affecting them and the Related Problem*. *Journal of The Association of Physicians of India*, 65: 73-77.

Khamelina, F. (2014). *Hubungan Antara Stres dalam Menyusun Skripsi dengan Insomnia pada Mahasiswa D IV Bidan Pendidik di STIKES 'AISYIYAH Yogyakarta*. Karya Tulis Ilmiah strata satu, STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta, Yogyakarta. Diakses pada tanggal 2 Desember 2016.

Lai, P., & Say, Y. (2013). *Associated Factor of Sleep Quality and Behavior Among Students of Two Tertiary Institutions in Northern Malay*. *Med J Malaysia*, 68(3): 195-202.

Munir, B. (2015). *Neurologi Dasar*. Jakarta: Sagung Seto.

Nafilda, H., Nadjmir., & Hardisman. (2016). *Hubungan Kualitas Tidur dengan Prestasi Akademik Mahasiswa Program Studi Pendidikan*

Dokter Angkatan 2010 FK Universitas Andalas. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(1), 243-249. Diakses pada tanggal 4 Desember 2016.

- Naveed, S., Qamar, F., Khan, S., Abbas, S.S., Jawed, S.H., Naz, S., Kausar, U., & Abbas, J. (2016). *Insomnia: A Faremost Deprived Factor; Cross Sectional Study. J Bioequiave Availab*, 8: 033-036.
- Olivia, F. (2010). *Mendampingi Anak Belajar: Bebaskan Anak Dari Stres dan Depresi Belajar*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo. Diakses pada tanggal 26 November 2016.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Putri, A.A. (2015). *Hubungan antara Kualitas Tidur dengan Konsentrasi Belajar dan Indeks Prestasi Mahasiswa Program DIII Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta*. STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Santos, T.C., Martino, M.M., Sonati, J.G., Faria, A.L., & Nascimento, E.F. (2016). *Sleep Quality and Chronotype of Nursing Students*. *Acta Paul Enferm*, 29(6): 658-663
- Tessaro, M., & Navarro-Peternella, F.M. (2015). *Sleeping Effects in the Quality of Life of Women with Insomnia*. *Fisioter Mov*, 28(4): 693-700.
- Yuniarti, R.D. (2104). *Pengaruh Sikap & Gender Terhadap Prestasi Belajar Bahasa Indonesia Siswa SMP Negeri Kelas VII di Kecamatan Sleman Yogyakarta 2013/2014*. Skripsi Strata Satu, Universitas Negeri Yogyakarta.
- Zhang, J., Chan, N.Y., Lam, S.P., Li, S.X., Liu, Y., Chan, J.W., Kong, A.P., Ma, R.C., Chan, K.C., Li, A.M., & Wing, Y.K. (2016). *Emergence of Sex Differences in Insomnia Symtoms in Adolescents: A large-scale schoolbased study*. *SLEEP*, 39(8): 1563-1570.

Fauzan Widiyanto¹,
Sigit Mulyono²,
Poppy Fitriyani²

¹ Departemen Keperawatan Akper Setih Setio, Muara Bungo, 37211 Indonesia

² Departemen Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok, 16424, Indonesia
Email: Fauzanwidiyanto31@gmail.com

Remaja Bisa Mencegah Gizi Lebih dengan Meningkatkan Self-Efficacy dan Konsumsi Sayur-Buah

Info Artikel:

Masuk : 4 Januari 2017
Revisi : 12 Mei 2017
Diterima : 22 Mei 2017
DOI Number : 10.18196/ijnp.1257

ABSTRAK

Prevalensi gizi lebih pada remaja setiap tahunnya mengalami peningkatan. Gizi lebih merupakan suatu masalah yang kompleks yang dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya kurangnya konsumsi sayuran dan buah. kurangnya konsumsi sayuran dan buah di asumsikan tidak adanya keyakinan (self-efficacy) pada remaja untuk mengonsumsi sayuran dan buah karena beberapa hal. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan self-efficacy dengan konsumsi sayuran-buah dan kejadian gizi lebih. Metode yang digunakan adalah cross-sectional. Jumlah sampel yang digunakan adalah 156 remaja kelas 7 dan 8. Teknik pengambilan sample yang digunakan adalah stritified propotional random sampling. kuesioner yang digunakan adalah Self-efficacy for fruit, vegetable and water intake dan food recall. Penelitian ini menunjukkan bahwa self-efficacy berhubungan dengan konsumsi sayuran dan buah dan kejadian gizi lebih (OR=9,467, 2,093). Hasil regersi logistik menunjukkan preferensi merupakan variabel confounding pada konsumsi sayuran dan buah. sedangkan jenis kelamin, genetik dan konsumsi sayuran dan buah merupakan variabel confounding dari gizi lebih.

Kata kunci:, Gizi Lebih, Konsumsi Sayuran dan Buah, Obesitas, Remaja, Self-efficacy

ABSTRACT

The prevalence of overweight in adolescents each year has increased. Overweight is a complex issue that is influenced by many factors, one of the cautions is the lack of consumption vegetables and fruit. Lack of consumption vegetables and fruit in the adolescents is assumed to

be absence of confidence (self-efficacy) in adolescents to eat vegetables and fruit for several reasons. The purpose of this study was to determine the relationship self-efficacy with vegetable-fruit consumption and the incidence of overweight. The method of research used way cross sectional. A total samples of 156 teenagers grade 7 and 8 in Junior high schools was involved in this study. Using stratified proportional random sampling. The questionnaires used are Self-efficacy for Fruit, Vegetable and Water Intake and Food Recall. This study showed that self-efficacy associated with the consumption of vegetables and fruit and the incidence of overweight (OR=9,467, 2,093).. The results of regresion logistic showed preferences had confounding variable in the consumption of vegetables and fruit. whereas gender, genetics and consumption of vegetables and fruit is a confounding variable of nutrition

Keywords : Adolescents, Obese, overweight, Self-efficacy, Vegetables Fruits Intakes

PENDAHULUAN

Permasalahan gizi remaja di beberapa negara seperti di negara maju dan berkembang tidak jauh berbeda. Di negara maju terjadi pergeseran permasalahan gizi, dimana terjadi penurunan gizi kurang dan meningkatnya gizi lebih. Hal tersebut merupakan fenomena di beberapa tiga dekade ahir ini. Berdasarkan Riskesdas (2013) angka kejadian gizi kurang pada remaja umur 13-15 tahun mengalami penurunan. Pada tahun 2007 angka kejadian gizi kurang pada remaja umur 13-15 tahun sebanyak 11,5 % turun menjadi 7,8% pada tahun 2013. Penurunan kejadian gizi kurang berbanding terbalik dengan kejadian gizi lebih yaitu 2,4% pada tahun 2007 naik menjadi 10,8% pada tahun 2013.

Prevalensi gizi lebih setiap tahun mengalami peningkatan, Rosner (2002) menyatakan lebih dari setengah milyar dari total 6,2 milyar jiwa penduduk di dunia mengalami gizi lebih. *World Health Organisation* (2000) telah mendeklarasikan *obesitas* sebagai epidemi global. Pada tahun 2008 CDC melaporkan bahwa 20% anak usia sekolah (6 – 17 tahun) di Amerika Serikat

mengalami *overweight* dan lebih dari 40% mengalami *obesitas* (CDC, 2010). Prevalensi *obesitas* di Eropa juga mengalami peningkatan dua kali lipat setiap tahunnya terutama di Eropa Barat dan Selatan (Lobstein, 2003).

Meningkatnya prevalensi gizi lebih pada remaja di Indonesia disebabkan oleh perubahan gaya hidup pada remaja. Sekarang ini terjadi perubahan pola makan dimana remaja lebih suka makan-makanan yang berlemak, manis dan cepat saji dari pada makan sayuran dan buah. Pola aktivitas remaja seperti jalan kaki, bersepeda, melakukan permainan yang mengeluarkan keringat, dan berolahraga sangat minim dan kebanyakan remaja lebih suka menonton televisi dan bermain gadget. Menurut Riska (2010) faktor seseorang yang menyebabkan gizi lebih pada remaja diantaranya ketidak-seimbangan asupan makan dan aktifitas fisik serta kurang memperhatikan faktor-faktor lain yang secara terintegrasi seperti aspek psikologis (*Body image*), aspek psikiatrik (depresi), dan aspek gender. Maurer dan Smith (2011) dalam penelitiannya mengatakan remaja yang berjam-jam di depan komputer, televisi dan mengkonsumsi makanan yang tinggi lemak dan gula merupakan faktor penyebab obesitas.

Gizi lebih pada remaja harus segera ditangani karena mempunyai banyak dampak yang sangat merugikan. Akibat gizi lebih negara maju seperti Amerika Serikat mengalami permasalahan *financial* sebesar US\$ 146 milyar (Trogon, 2012). Dampak selanjutnya Menurut Palilingan (2010), masalah kesehatan yang dapat terjadi pada remaja yang mengalami gizi lebih seperti penyakit hipertensi, diabetes melitus (DM tipe II), kardiovaskuler, dan gangguan fungsi hati (displidemia).

Intervensi promosi kesehatan di sekolah seperti konsumsi sayuran dan buah merupakan upaya yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas dalam mengatasi permasalahan status gizi, sehingga remaja dengan gizi lebih terhindar dari permasalahan penyakit kronik lainnya. Kecenderungan dampak negatif yang ditimbulkan oleh gizi lebih menyebabkan remaja dengan gizi lebih termasuk dalam populasi berisiko (*at risk populations*)

Chong dan Hoer (2005) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa remaja yang mengonsumsi sayuran dan buah-buahan 5 porsi dalam sehari mengalami penurunan berat badan. Selain itu, konsumsi sayuran dan buah dikaitkan dengan penurunan resiko penyakit kardiovaskuler dan serebrovaskuler (Dauchet et al, 2006; Guillianie, 2012). Sayuran dan buah mencegah resiko kanker tertentu, terutama dari sistem pencernaan (Boffetta et al, 2007; Guillianie, 2012).

Promosi kesehatan melalui edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan cara untuk menambah pengetahuan, sikap, dan keterampilan melalui sebuah praktik dan pengalaman tertentu (Smeltzer & Bare, 2008; Potter & Perry, 2009). Edukasi mengenai gizi adalah metode yang paling umum digunakan untuk mempromosikan perilaku makan akan tetapi hasilnya sangat kurang (Mann et al, 2007; Annesi, 2011). Meta-analisis juga menunjukkan bahwa program edukasi kelompok biasanya membawa dampak positif terhadap konsumsi sayuran dan buah akan tetapi dampak klinis seperti perilaku dianggap marginal (Gullianie, 2012). Selain itu sebagian besar edukasi tidak secara teoritis mengidentifikasi perubahan perilaku dan variabel psikososial yang memediasi perubahan perilaku.

Kurang efektifnya edukasi kesehatan untuk mengubah perilaku makan di dukung beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa keterampilan dalam pengaturan diri (*self-regulatory*) diterapkan untuk mengendalikan perilaku makan. Hal tersebut merupakan faktor yang jauh lebih penting daripada pengetahuan tentang nutrisi dalam mengubah perilaku diet pada remaja dengan obesitas (Powell et al., 2007; Annesi, 2011). Lippke dan Ziegelmann (2008) menyatakan untuk mengubah perilaku diet seseorang, tidak bisa dilakukan hanya dengan memberikan pengetahuan dasar tentang gizi saja, tetapi juga perlu adanya motivasi dan kehendak dari individu tersebut yang kemudian memandu sebuah proses dalam mengontrol perilaku (*self-regulatory*). Kemampuan seseorang dalam mengontrol sebuah perilaku atau

self-regulatory tergantung pada keyakinan seseorang dalam melakukan sebuah tindakan tertentu. Faktor motivasi dan kehendak dalam mengontrol perilaku sangat dipengaruhi oleh *self-efficacy*. Tinjauan sistematis akhir-akhir ini mengidentifikasi bahwa selain kebiasaan dan niat, *self-efficacy* juga merupakan faktor yang konsisten dalam perubahan perilaku konsumsi sayuran dan buah pada remaja (Guillaume, Godin & Vezina Im, 2010).

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *crossectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja yang bersekolah di SMPN di jagakarsa. Jumlah sample dalam penelitian ini berjumlah 164 remaja kelas 7 dan 8.. Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah remaja dengan status IMT < 1 SD (gizi kurang).

teknik sampling yang digunakan adalah *multistage stratified propotional random sampling*. Penilaian *self-efficacy* menggunakan qesioner *Self-efficacy for fruit, vegetable and water intake*. Penilain IMT dengan microtois dan timbangan berat badan. Pengukuran intake makanan dan aktifitas fisik pada remaja menggunakan *food recall* dan *adolescent phisycal activity recall qesiober*.

Pengkategorian *self-efficacy* dinyatakan dengan *cutt of point* dari skor *mean self-efficacy* (Baik: ≥ 85 ; kurang : < 85). Selanjutnya pengkategorian konsumsi sayur-buah menggunakan jumlah porsi konsumsi sayur-buah setiap hari berdasarkan standar WHO. Dikategorikan kurang apabila jumlah konsumsi sayur buah pada remaja < 4 porsi/hari. Dikategorikan cukup apabila jumlah konsumsi sayur-buah ≥ 4 Porsi/Hari.

Pengkategorian Indeks Masa Tubuh berdasarkan standar WHO yaitu Sangat kurus (< -3SD), Kurus (-2 SD sampai -3SD), Normal (-2 SD sampai + 1SD), Overweight (+ 1 SD sampai +2 SD), Obesitas (> +2SD). Pada penelitian ini IMT dikategorikan menjadi dua yaitu gizi lebih (jika IMT/U > + 1SD) dan normal (jika IMT/U -2 - 1 SD). Sedangkan gizi kurang dalam penelitian ini dieksklusikan.

Penelitian ini sudah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Universitas Indonesia. Analisis bivariat

dalam penelitian ini menggunakan uji kai kuadrat dan untuk multivariatnya menggunakan regresi logistik.

HASIL

Dari 164 remaja hanya 154 yang menjadi responden. Delapan responden dikeluarkan dari penelitian ini dikarenakan tidak lengkap dalam pengisian kuesioner. Dari jumlah tersebut jenis kelamin responden perempuan lebih banyak dari pada laki-laki yaitu 92 (59%).

Penghasilan keluarga responden lebih banyak di atas UMR yaitu 86 (55,1%). Lebih banyak responden tidak ada riwayat keturunan kegemukan dari orang tuanya 96 (61,5%). Rata-rata berat badan remaja adalah 50,62 kg (SD:10,579), Tinggi badan remaja rata-rata 155,55 cm (SD:6,977) dan jumlah anggota dari keluarga adalah 4,74 (SD:1,153). Remaja mayoritas menyukai sayuran dan buah 131 (84%).

Orang tua mayoritas menyediakan sayuran dan buah sebanyak 139 (89,1%). Aktifitas fisik remaja lebih banyak kurang yaitu 94 (60,3%). Self-efficacy remaja lebih banyak baik yaitu 80 (51,3%) dan jumlah konsumsi sayurannya lebih banyak kurang yaitu 119 (76,3%). Status IMT remaja lebih banyak normal yaitu 92 (59%).

Analisis Bivariat *self-efficacy* dengan konsumsi sayuran dan buah ditunjukkan dalam tabel 1 berikut ini.

Tabel 1. Distribusi Responden Menurut *Self-efficacy* dan Konsumsi Sayuran-Buah pada Remaja di SMPN Jagakarsa (n=156)

<i>Self-efficacy</i>	Konsumsi sayuran dan buah				Total		OR (95% CI)	P Value
	Kurang		Cukup		n	%		
	N	%	N	%				
Kurang	71	93,4	5	6,6	76	100	9,467	0,000
Baik	48	60,0	32	40	80	100	3,444-26,022	
Jumlah	119	76,3	37	23,7	156	100		

Hasil analisis dari hubungan antara *self-efficacy* dengan konsumsi sayuran dan buah diperoleh bahwa sebanyak 71 (93,4%) remaja dengan *self-efficacy* yang kurang jumlah konsumsi sayuran dan buahnya kurang. Remaja dengan kategori *self-efficacy* baik yang jumlah konsumsi sayurannya baik sebanyak 32 (40,0%).

Hasil uji statistik diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan antara *self-efficacy* dengan konsumsi sayuran dan buah. Hasil analisis diperoleh nilai OR=9,467, artinya remaja yang memiliki *self-efficacy* yang baik mempunyai peluang 9,467 kali untuk mengonsumsi sayuran dan buah dibanding remaja yang *self-efficacy*-nya kurang.

Adanya hubungan antara *self-efficacy* dengan konsumsi sayuran dan buah menggambarkan semakin tinggi *self-efficacy* remaja maka semakin tinggi konsumsi sayuran dan buah. Selanjutnya hubungan dari *self-efficacy* dengan kejadian gizi lebih ditunjukkan pada tabel 2 berikut ini.

Tabel 2. Distribusi Responden Menurut *Self-efficacy* dan kejadian gizi lebih pada Remaja di SMPN Jagakarsa (n=156)

<i>Self-ef-ficacy</i>	Kejadian Gizi Lebih				Total		OR (95% CI)	P Value
	Gizi lebih		Normal		N	%		
	N	%	N	%				
Ku-rang	41	53,9	35	46,1	76	100	2,903	0,002
Baik	23	28,8	57	71,3	80	100	1,498-5,627	
Jumlah	64	41,0	92	59,0	156	100		

Hasil analisis tersebut adalah remaja dengan tingkat *self-efficacy* yang kurang mengalami kejadian gizi lebih sebanyak 41 (53,9%). Selanjutnya remaja dengan tingkat *self-efficacy* yang baik yang berstatus gizi normal sebanyak 57 (71,3%). Hasil uji statistik diperoleh bahwa ada hubungan yang signifikan antara *self-efficacy* dengan kejadian gizi lebih. Dari hasil analisis diperoleh nilai OR=2,903, artinya remaja yang memiliki *self-efficacy* yang baik mempunyai peluang 2,903 kali untuk memiliki berat badan normal dibanding remaja yang *self-efficacy*-nya kurang.

Uji multivariat menggunakan regresi logistik dilakukan untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh setelah dikontrol variabel *counfounding*. Hasil uji multivariat ditunjukkan pada tabel 3 dan 4. Hasil uji multivariat yang pertama didapatkan persamaan regresinya adalah $Z_{self-efficacy} = 19,34 + \square \text{konsumsi sayur-buah} + \square \text{preferensi}$. Didapatkan hasil bahwa remaja yang *self-efficacy*-nya baik mempunyai peluang 8,97 kali konsumsi sayuran dan buahnya cukup

dibandingkan remaja yang *self-efficacy*-nya kurang setelah dikontrol variabel preferensi.

Tabel 3. Pemodelan Akhir Analisis Multivariat Faktor Risiko yang Mempengaruhi Konsumsi Sayuran dan Buah pada Remaja di SMPN Jagakarsa (n=156)

No	Variabel	Koefisien B	P Value
1	Self-efficacy	8,970	0,000
2	Preferensi	3,412	0,123

Hasil uji multivariat kedua didapatkan persamaan regresinya adalah $Z_{\text{self-efficacy}} = 19,34 + \beta_{\text{gizi lebih}} + \beta_{\text{self-efficacy}} + \beta_{\text{jenis kelamin}} + \beta_{\text{kons sayur-buah}} + \beta_{\text{genetik}}$. Hasilnya adalah remaja yang *self-efficacy*-nya baik mempunyai peluang status gizi normal sebanyak 2,327 kali dibandingkan remaja yang *self-efficacy*-nya kurang setelah dikontrol variabel jenis kelamin, konsumsi sayuran-buah dan genetik.

**Tabel 4
 Pemodelan Akhir Analisis Multivariat Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian Gizi Lebih pada Remaja di SMPN Jagakarsa (n=156)**

No	Variabel	Koefisien B	P Value
1	Self-efficacy	2,327	0,032
2	Jenis kelamin	0,581	0,153
3	Konsumsi sayuran-buah	2,053	0,009
4	Genetik	4,662	0,000

PEMBAHASAN

Adanya hubungan *self-efficacy* dengan konsumsi sayuran dan buah bisa dijadikan dasar untuk intervensi guna meningkatkan sayuran dan buah pada remaja. Lizaur (2008) menjelaskan *self-efficacy* merupakan salah satu faktor utama untuk memodifikasi perilaku dan meningkatkan konsumsi sayuran dan buah. Annesi (2011) menjelaskan dengan meningkatkan keterampilan *self-regulatory* seperti *self-efficacy* konsumsi sayuran dan buah seseorang akan meningkat hal ini dikarenakan *self-efficacy* membuat seseorang cenderung berfokus pada pengaturan diri seperti pengaturan diet yang tinggi sayuran dan buah serta pengendalian perilaku makan makanan yang kurang sehat.

Pengaturan diri menurut Kreausukon (2012) akan lebih efektif jika ada perencanaan (*planning*) pada setiap individu sehingga dalam penelitiannya kreausukon menggunakan

planning disamping *self-efficacy* untuk meningkatkan konsumsi sayuran dan buah. Keefektifitasan dari penelitian Kreausukon dapat meningkatkan jumlah konsumsi sayuran sebanyak 1,5 – 2 porsi perhari.

Tidak hanya penelitian dari Kreausukon penelitian dari Schwarzer (2012) menghasilkan bahwa untuk mengubah perilaku seseorang pertama kali yang dilakukan adalah mempunyai niat untuk berubah dan niat tersebut dibentuk dari keyakinan diri (*self-efficacy*) yang sudah direncanakan terlebih dahulu sebelum di implementasikan untuk mencapai target tertentu. Perilaku dalam mengonsumsi sayuran dan buah pada remaja bisa ditingkatkan dengan cara pencapaian prestasi, pengalaman orang lain, persuasi verbal, umpan balik fisiologis dan kondisi emosional. (Bandura, 1997). Cara tersebut tentunya akan lebih efektif apabila dikombinasikan dengan program pemerintah yang ada yaitu Program Gizi Seimbang (PGS) dimana edukasi dalam program tersebut bisa dimasukan intervensi seperti peningkatan *self-efficacy* guna meningkatkan konsumsi sayuran dan buah.

Selama ini kejadian gizi lebih memang lebih diidentikan dengan faktor genetik aktifitas fisik dan konsumsi sayuran dan buah. pada penelitian ini faktor genetik sangat dominan mempengaruhi status gizi pada remaja. Menurut Maglaya (2009) Genetik merupakan faktor penting terhadap terjadinya gizi lebih.

Remaja yang mempunyai salah satu orang tua yang mengalami kegemukan maka berpeluang besar untuk mengalami kegemukan. Menurut penelitian Ogden (1996) jika salah satu orang tua tergolong dalam gemuk atau obesitas, maka kemungkinan 40% remaja akan memiliki berat badan berlebih dan apabila kedua orang tuanya mengalami *overweight* atau *obese* maka 80% remaja memiliki peluang terjadinya berat badan berlebih. Sebaliknya, orang tua dengan berat badan yang kurus memiliki peluang 7% memiliki anak remaja yang kelebihan berat badan.

Menurut Annesi (2012) dan Moreno (2014) *self-efficacy* berhubungan dengan penurunan gizi lebih setelah dicontrol variabel konsumsi sayuran dan aktifitas fisik ($p < 0,0001$; $R^2 : 0,12$). Pada penelitian tersebut Annesi (2012) menekankan pada peningkatan konsumsi sayuran dengan cara meningkatkan *self-efficacy*, akan tetapi tidak hanya melalui *self-efficacy* Annesi menggunakan aktifitas fisik untuk mengurangi rasa kejenuhan

dan mengurangi dampak drop out dari responden. Hasil penelitian dari Linde et al (2004) menjelaskan bahwa tingkat *self-efficacy* berbanding terbalik dengan berat badan, seseorang yang memiliki *self-efficacy* rendah maka mempunyai berat badan yang tinggi atau dengan kata lain mengalami kegemukan ($P < 0,001$; OR:4,82).

Adanya hubungan antara *self-efficacy* dalam mengonsumsi sayuran dan buah secara langsung dengan kejadian gizi lebih membuat *self-efficacy* menjadi hal yang penting untuk intervensi pencegahan gizi lebih. *Self-efficacy* tidak hanya menjadi prekursor utama dari konsumsi sayuran dan buah akan tetapi secara langsung berhubungan dengan kejadian gizi lebih.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara *self-efficacy* dan konsumsi sayuran dan buah setelah dikontrol preferensi serta adanya hubungan antara *self-efficacy* dengan kejadian gizi lebih setelah dikontrol jenis kelamin, konsumsi sayuran dan buah dan genetika pada remaja di SMPN jagakarsa. Berdasarkan hasil tersebut perlunya pengembangan program promosi kesehatan dengan menggunakan intervensi *self-efficacy* yang dimasukkan dalam edukasi kesehatan. Intervensi tersebut seperti: pengalaman akan keberhasilan sebelumnya (*Enactive Mastery Experience*), pengalaman orang lain (*vicarious experience*), keadaan fisiologis atau emosional (*Psychological and emotional states*) dan dukungan sosial dari orang lain (*social persuasion*). Intervensi tersebut bisa menggunakan beberapa pendekatan salah satunya adalah konseling.

DAFTAR PUSTAKA

- Annesi, James J. (2011). *Relationship of initial self-regulatory ability with changes in self-regulation and associated fruit and vegetable consumption in severely obese women initiating an exercise and nutrition treatment: moderation of mood and self-efficacy*. *Journal of Sports Science and Medicine* (2011) 10, 643-648
- CDC (2010). *Healthy youth, coordinate Scholl Health*. [Http://www.cdc.gov/healthyyouth/CSHPP](http://www.cdc.gov/healthyyouth/CSHPP). Diakses tanggal 10 februari 2016.
- Chung, S. J., & Hoerr, S. L. (2005). Predictors of fruit and vegetable intakes in young adults by gender. *Nutrition Research*, 25, 453-463
- Guillaumie, L., Godin, G., & Vezina Im, L.A. (2010). Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in adult population: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 1-12
- Guillaumie, Laurence., Gaston., Jeans-Claude M., Elisabeth S., Laurent M. (2012). *The impact of self-efficacy and implementation intentions-based interventions on fruit and vegetable intake among adults*. *Psychology and Health* Vol. 27, No. 1, January 2012, 30-50
- Maglaya, Archelis. (2009). *Nursing Practice in the Community*, (5th ed). Philippine: Argonauta Corporation
- Kemenkes R.I. (2013). *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <http://www.kemendes.go.id>. Diakses tanggal 2 Desember 2015
- Lippke, S., & Ziegelmann, J. P. (2008). *Theory-based health behavior change: Developing, testing and applying theories for evidencebased interventions*. *Applied Psychology*, 57, 698-716.
- Lobstein T, Frelut ML. *Prevalence of overweight among children in Europe*. *Obes Rev* 2003;4(4):195-200
- Maurer, F.A., & Smith, C.M. (2005). *Community Public Health Nursing Practice: Health for Family and Populations*. Third editions. St. Louis
- Ogden, J. 1996. *Health Psychology: A Text Book*. Open University Press: Buckingham-Philadelphia
- Pingkan, Palilingan. (2010). Apakah Anak Anda Obesitas?. *Betterhealth Tahun II/ Edisi 3/ Triwulan/ September 2010* online. Available at <http://www.ekahospital.com/uploads/bulletins/final/%20/draf.pdf>. [accessed 01/10/2015]
- Rizka, Ruhul Aflah, Rahayu Indiya Lestari, Yustini (2010). *Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Obesitas pada Remaja Di SMA Katholik Cendrawasih*. Tesis: Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
- Rossner S. (2002). *Obesity. The Disease of The Twenty -First Century*. *Internat. J. Obesity & Related Metabolic Disorders* 2002; 2 6(Suppl 4):S2-4.

- Smeltzer, Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*
: Brunner & Suddarth. Jakarta : EGC
- Trogdon, J. G., Finkelstein, E. A., Feagan, C. W., & Cohen,
J. W.(2012). *State- and payer-specific estimates of annual
medial expenditures attributable to obesity*. *Obesity*, 20,
214-22
- WHO (2000). *Report of a WHO Consultation, Report No.894*.
Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.
WHO: Geneva, Switzerland.

**Windha
Widyastuti¹**

¹ Program Studi DIII Keperawatan, STIKES
Muhammadiyah Pekajangan, Jl.Raya
Ambokembang No.8, Kabupaten Pekalongan,
Kode Pos 51172, Indonesia
E-mail: windasetiadi@gmail.com

Otonomi Wanita dan Pemanfaatan Antenatal Care (ANC) pada Primigravida Remaja di Daerah Pedesaan, Jawa Tengah

Info Artikel:

Masuk : 19 Januari 2017
Revisi : 29 April 2017
Diterima : 24 Mei 2017
DOI Number : 10.18196/ijnp.1258

ABSTRAK

Remaja hamil dengan status pernikahan dan primigravida, menjadikan remaja rentan selain dari kehamilan resiko tingginya, juga dengan kecenderungan rendahnya kemampuan pengambilan keputusan di keluarganya. Rendahnya otonomi ini cenderung mempengaruhi pemanfaatan ANC mereka. Studi deskripsi korelasi ini bertujuan menguji hubungan antara otonomi wanita dan pemanfaatan ANC, yang dilakukan dari bulan September sampai Oktober, 2015, pada 85 primigravida remaja yang menikah dengan usia kehamilan > 28 minggu, di seluruh Puskesmas Kabupaten Pekalongan, melalui analisis Chi Square. Hasil studi menunjukkan 31,8% remaja tidak adekuat dalam memanfaatkan ANC. Hal ini dihubungkan dengan indeks otonomi wanita keseluruhan (p-value = 0.013, $X^2= 6.168$), terutama untuk dimensi familial health care decision making power (p-value = 0.000, $X^2= 31.264$). Hasil ini menunjukkan pentingnya remaja memiliki kekuatan pengambilan keputusan dalam keluarga terutama selama kehamilannya, ini dipengaruhi pula oleh suami dan keluarga yang tinggal satu rumah. Direkomendasikan deskripsi Otonomi wanita ini menjadi bahan dalam konsultasi pernikahan kepada remaja dan keluarga.

Kata Kunci: ANC, Kehamilan, Otonomi, Primigravida, dan Remaja.
Adolescence, ANC, Autonomy, Pregnancy, and Primigravida

ABSTRACT

Pregnant adolescents with marital status and primigravida, making adolescent vulnerable apart from high risk pregnancies, as well as the low propensity of decision-making power in their family. This low autonomy tends to affect their ANC utilization. This correlation study aims to examine

the relationship between women autonomy and ANC utilization, conducted from September to October, 2015, among 85 married teenage primigravida, gestational age > 28 weeks, across Pekalongan District, through Chi Square analysis. The results showed that 31.8% of adolescents had inadequate ANC utilization. It related to the overall women autonomy index (p-value = 0.013, X² = 6.168), especially for familial dimension of health care decision making power (p-value = 0.000, X² = 31.264). Results indicate the importance of women autonomy among married adolescents especially during pregnancy, that is influenced by husband and family who live with them. Thus, this woman's autonomy should include in wedding consultations to teenagers and families.

Keywords: Adolescence, ANC, Autonomy, Pregnancy, and Primigravida.

PENDAHULUAN

Kehamilan remaja masih menjadi masalah utama di dunia yang berdampak baik pada sistem pelayanan kesehatan maupun di kehidupan sosial. Prevalensi kehamilan remaja masih cukup tinggi terutama di ASIA, salah satunya di Indonesia (WHO, 2007). Hal tersebut dibuktikan dengan sebuah survei di Indonesia pada tahun 2012 yang menunjukkan adanya peningkatan jumlah remaja yang melahirkan, dimana lebih banyak terjadi di daerah pedesaan (BPS, BKKBN, Kemenkes, dan ICF Internasional, 2013). Data dari pemerintahan provinsi Jawa Tengah sendiri, yang merupakan daerah dengan populasi terbesar di Indonesia, menunjukkan jumlah ibu usia remaja yang cukup besar, dengan angka melebihi dari target, 25,9 per 1,000 perempuan (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2012).

Pada dasarnya kehamilan diusia remaja merupakan kehamilan beresiko tinggi yang dapat membahayakan baik bagi ibu atau pun bayinya (Iklaki, Inaku, Ekabua, Ekanem & Udo, 2012). Remaja juga dimungkinkan tidak dapat merawat kehamilannya dengan baik, dikarenakan adanya interupsi tugas perkembangan pertumbuhannya, dan rendahnya pengalaman karena sebagian besar dari mereka merupakan primigravida (Rohan, dan Siyoto, 2013). Pada dasarnya, resiko pada kehamilan tersebut dapat dicegah dengan ketepatan dan kesesuaian dalam kunjungan pemeriksaan kehamilan atau

biasa disebut dengan *Antenatal Care* (ANC) (WHO, 2007).

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa remaja yang hamil, terlebih di daerah pedesaan cenderung mempunyai kunjungan ANC yang tidak adekuat, seperti hasil studi dari Mufidah, Ummah dan Eko (2010) di Kabupaten Lamongan menunjukkan 66% remaja memiliki ANC yang tidak adekuat, sedangkan Mawaddah dan Maulina (2011) di Kabupaten Deli Serdang Medan menemukan hanya 28,3% remaja dengan ANC yang adekuat. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan wawancara pada studi pendahuluan di Kabupaten Pekalongan, dimana letak geografis sebagian besar daerahnya di area pedesaan. Wawancara pada bulan Agustus 2014, di peroleh 60% dari ibu hamil usia remaja memiliki kunjungan ANC yang tidak adekuat.

Selaras dengan studi pendahuluan tersebut, salah satu studi di Indonesia menunjukkan hambatan remaja dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, khususnya di daerah pedesaan, yaitu status pernikahan yang menempatkan remaja pada batasan-batasan di kehidupan rumah tangganya. Budaya yang ada di Indonesia sendiri, menghadapkan ibu muda pada rendahnya kekuatan otonomi di lingkungan keluarga (Utomo dan Utomo, 2013).

Remaja yang menikah cenderung mengalami perubahan tugas perkembangan secara tiba-tiba, dengan keterbatasan dukungan sosial di lingkungan keluarga, dan adanya tanggungjawab terhadap keluarga tanpa mempunyai kekuatan dalam pengambilan keputusan di dalamnya. Terlebih adanya bias gender, kehidupan sosial maupun ekonomi mereka pun terganggu yang akhirnya akan berdampak pada rendahnya pemanfaatan ANC (WHO, 2007). Gambaran ini terlihat saat studi pendahuluan penulis, dimana sebagian besar ibu hamil remaja tinggal bersama orangtua, dan tidak bekerja sehingga secara ekonomi bergantung pada suami ataupun orang tua mereka.

Di Indonesia, studi tentang otonomi wanita pada ibu hamil usia remaja yang telah menikah dan hubungannya dengan perilaku kesehatan dalam hal ini pemanfaatan ANC belum tersedia. Sehingga penting dilakukan kajian untuk mengetahui hubungan antara otonomi dan pemanfaatan ANC pada ibu hamil usia remaja yang telah menikah di daerah pedesaan, Jawa Tengah.

METODE

Studi deskripsi korelasi ini dilaksanakan pada 85 ibu hamil remaja sesuai definisi WHO dengan usia <20 tahun, primigravida dengan usia kehamilan > 28 minggu yang berkunjung ke klinik ANC di seluruh Kabupaten Pekalongan. Penghitungan sampel merujuk pada penghitungan menurut Lwanga and Lemeshow (1991) dengan *confidence interval* 0.96, proporsi estimasi 0.33, and *absolute error* sebesar 10%. Sampel diperoleh dengan teknik *Systematic random sampling*.

Pengumpulan data dimulai dari bulan September sampai Oktober, 2015, dengan 3 *Research Assistant (RA)* yang telah dilatih oleh peneliti untuk mengumpulkan data, dengan terlebih dahulu menjelaskan tujuan penelitian dan hak ibu hamil remaja selama berpartisipasi dalam penelitian melalui pembagian lembar informasi penelitian. Remaja yang menyetujui untuk berpartisipasi diminta untuk mengisi kuesioner dalam waktu 10 menit di ruang khusus dalam klinik ANC. Setelah menandatangani lembar persetujuan. Lembaga dewan review penelitian ini adalah Khon Kaen University dan ijin pelaksanaan penelitian dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan pada bulan September, 2015.

Kuesioner penelitian ini berupa *self-administered questionnaires*, yang meliputi kuesioner untuk pengisian data demografi dan kuesioner modifikasi *Otonomi wanita* dari Haque, Rahman, and Mostofa (2011) dengan 11 soal, meliputi *Women's employment and economic decision-making autonomy (EEI)*, *Family health care decision making autonomy (FFI)*, *Freedom of movement autonomy (FMI)*, *Women's attitude toward partner's violence (WAPVI)*. Pengukuran pemanfaatan ANC sendiri menggunakan buku KIA yang dipegang oleh ibu. Kuesioner ditranslasi menggunakan Bahasa Indonesia dengan proses *back translation* oleh 3 *bilingual translator*. 4 *professional experts* di kesehatan reproduksi menguji skala validitas dari konten pertanyaan dalam kuesioner. Hasil dari analisa reliabilitas sendiri didapatkan *cronbach's alpha* 0.813.

Chi-Square digunakan untuk menguji adanya hubungan antara *Otonomi wanita* dan kunjungan ANC pada ibu hamil remaja di daerah pedesaan, Jawa Tengah.

HASIL

Table 1 Data Demografi pada 85 Primigravida Usia Remaja di daerah pedesaan, Jawa Tengah

Data	Frequency age (N=85)	Percent- age (%)
Usia Kehamilan (Bulan)	$\bar{x}=32.15$ (SD=3.145) .Min = 28, Max = 40	
<8bulan	26	30.6
8-9 bulan	42	49.4
≥ 9 bulan	17	20
Usia (Tahun)	$\bar{x}=18.0$ (SD=1.104) .Min = 14, Max = 19	
Remaja awal (10-14)	2	2.4
Remaja Tengah (15-16)		
Remaja akhir (17-19)	5	5.9
	78	91.8
Tingkat pendidikan		
SD	55	64.7
SMP	25	29.4
SMA	5	5.9
Penghasilan keluarga (juta Rp/bulan/remaja)		
< 1	47	55.3
1-2	34	40.0
2.1-5	3	3.5
5.1-10	1	1.2
Status Pekerjaan		
Bekerja		
Tidak Bekerja	17	20
	68	80
Perencanaan Kehamilan	67	78.8
Direncanakan	18	21.2
Tidak direncanakan		

Pemanfaatan ANC

Studi ini menunjukkan bahwa masih ada ibu hamil usia remaja yang mempunyai kunjungan ANC tidak adekuat (31.8%). Ketidakadekuatan ini ditunjukkan dengan

keterlambatan pada kunjungan ANC pertama (> 14 minggu usia kehamilan) sesuai dengan Menteri Kesehatan RI (2012), dan tidak lengkapnya kunjungan, dimana hanya ada kunjungan di trimester I dan 2 saja. Terdapat 3 partisipan yang melakukan kunjungan ANC hanya pada trimester III, yang berarti pada awal kehamilan hingga trimester 2, partisipan tidak melakukan pemeriksaan kehamilan satu pun. Disisi lain, sebagian partisipan yang terlambat melakukan kunjungan ANC di trimester I, menambah kunjungan ANC mereka di usia kehamilan memasuki trimester III atau jika mereka berfikir waktu persalinan sudah semakin dekat (74.4%).

Otonomi wanita

Penghitungan variabel ini mengadopsi penghitungan dari penelitian terdahulu, melalui metode konstruksi dari index perkembangan manusia (*The human development index* (*United Nation Development Programme*, 2005) (Haque, Rahman, Mostofa dan Zahan, 2012). Pengkategorian otonomi wanita terbagi dalam otonomi wanita yang rendah dan tinggi.

Table 2 Frekuensi dan prosentase dari kekuatan pengambilan keputusan pada 85 primigravida usia remaja di Kabupaten Pekalongan

Variabel	Frekuensi dan Prosentase (%)	
	Tidak memiliki kekuatan pengambilan keputusan	Memiliki kekuatan dalam pengambilan keputusan
E EI		
1. Apakah anda bekerja?	68 (80.0)	17 (20.0)
2. Siapa yang memutuskan bagaimana penghasilan anda akan digunakan?	69 (81.2)	16 (18.8)
3. Siapa yang memberikan keputusan final mengenai pembelian barang-ba	39 (45.9)	46 (54.1)

Variabel	Frekuensi dan Prosentase (%)	
	Tidak memiliki kekuatan pengambilan keputusan	Memiliki kekuatan dalam pengambilan keputusan
rang rumah tangga dalam jumlah besar?		
4. Siapa yang memberikan keputusan final untuk pembelian barang-barang kebutuhan sehari-hari?	14 (16.5)	71 (83.5)
FFI		
5. Siapa yang memutuskan mengenai perawatan kesehatan bagi anda?	17 (20.0)	68 (80.0)
FMI		
6. Siapa yang memberi keputusan final untuk mengunjungi keluarga atau kerabat?	9 (10.6)	76 (89.4)
7. Siapa yang memberikan keputusan final untuk pergi ke puskesmas atau rumah sakit?	11 (12.9)	74 (87.1)

E EI : *Women's employment and economic decision-making autonomy*

FFI : *Family health care decision making autonomy*

FMI : *Freedom of movement autonomy*

Table 3 Frekuensi dan prosentase dari sikap wanita terhadap kekerasan pasangan (WAPVI) pada 85 primigravida usia remaja di Kabupaten Pekalongan

Variabel	Frekuensi dan Prosentase (%)	
	Remaja yang membenarkan pemukulan istri	Remaja yang tidak membenarkan pemukulan istri
Menurut pendapat anda apakah dibenarkan bagi suami untuk memukul istrinya dalam situasi berikut ini?		
8. Ketika anda meninggalkan rumah tanpa memberitahu suami anda	69 (81.2)	16 (18.8)
9. Ketika anda bertengkar dengan suami anda	80 (94.1)	5 (5.9)
10. Jika istri mengabaikan anak-anak dan mengabaikan hal-hal yang penting bagi janin	70 (82.4)	15 (17.6)
11. Ketika anda menolak untuk berhubungan badan dengan suami anda	72(84.7)	13 (15.3)

Hasil studi yang dapat dilihat pada tabel 2 menunjukkan mayoritas ibu hamil remaja tidak mempunyai kemampuan untuk memutuskan sendiri bagaimana uang yang dimilikinya akan digunakan untuk kebutuhan keluarga (81.2%) dan mereka tidak memiliki kekuatan untuk menentukan pembelian kebutuhan rumah tangga skala besar (45,9%). Data lain dari otonomi wanita diketahui masih banyak remaja yang mengalami kendala dalam hal mengakses rumah sakit dan mengunjungi keluarga mereka (23,5%).

Dalam kategori Sikap remaja terhadap kekerasan seperti ditampilkan dalam tabel 3, masih ada sejumlah besar remaja yang membenarkan pemukulan istri untuk beberapa alasan, seperti ketika mereka meninggalkan rumah tanpa menginformasikan kepada suami (18.8%), atau jika mereka menyepelekan sesuatu yang itu baik untuk janinnya (17.6%), atau pada situasi dimana mereka menolak melakukan hubungan seksual dengan suami (15.3%).

Hasil studi otonomi wanita secara menyeluruh sendiri menunjukkan bahwa mayoritas dari remaja hamil yang tinggal di pedesaan di Indonesia mempunyai kategori otonomi wanita yang rendah (61.6%), terutama pada pengambilan keputusan ekonomi wanita dengan hasil Otonomi pengambilan keputusan tentang pekerjaan dan ekonomi wanita (EEI) berkisar 80%, sebaliknya, mayoritas mereka mempunyai kemampuan yang tinggi dalam memutuskan perawatan kesehatan mereka sendiri dengan hasil Otonomi dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan keluarga (FFI) adalah 79.1%, dan kebebasan mobilitas selama kehamilannya dengan hasil Otonomi dalam Kebebasan Bergerak/ Mobilitasi (FMI) sebesar 77.9%.

Data dari analisis bivariat yang dipaparkan pun memperlihatkan bahwa semakin tinggi derajat otonomi wanita maka akan mampu meningkatkan perilaku kesehatan mereka salah satunya untuk memanfaatkan ANC dengan kunjungan secara adekuat (p -value = 0.013, $X^2 = 6.168$). Studi ini juga menunjukkan bahwa antara 4 dimensi yang ada di otonomi wanita, hanya otonomi pengambilan keputusan perawatan kesehatan keluarga (FFI) yang mempunyai hubungan dengan pemanfaatan ANC (p -value = 0.000, $X^2 = 31.264$). Hubungan tersebut diperlihatkan dalam tabel berikut:

Tabel 4 Hubungan antara Otonomi wanita dan Pemanfaatan ANC pada 85 primigravida usia remaja di Kabupaten Pekalongan

Dimensi Otonomi wanita	Pemanfaatan ANC			X^2
	Adekuat (n, %)	Tidak Adekuat (n, %)	p -Value	
EEI				
Rendah (<0.5)	45 (65.2)	24 (34.8)	.215	1.540

Dimensi Otonomi wanita	Pemanfaatan ANC		p-Value	X ²
	Adekuat (n, %)	Tidak Adekuat (n, %)		
Tinggi (≥0.5)	13 (82.4)	3 (18.8)		
FFI			.000*	31.264
Rendah (<0.5)	2 (11.8)	15 (88.2)		
Tinggi (≥0.5)	56 (82.4)	12 (17.6)		
FMI			.656	.535
Rendah (<0.5)	11 (61.1)	7 (38.9)		
Tinggi (≥0.5)	47 (70.1)	20 (29.9)		
WAPVI			.415	.665
Rendah (<0.5)	13 (76.5)	4 (23.5)		
Tinggi (≥0.5)	45 (66.2)	23 (33.8)		
Overall Otonomi wanita			.013*	6.168
Rendah (<0.5)	31 (58.5)	22 (41.5)		
Tinggi (≥0.5)	27 (84.4)	5 (15.6)		

*Significant level 0.05 (p < 0.05)

EEI : Women's employment and economic decision-making autonomy

FFI : Family health care decision making autonomy

FMI : Freedom of movement autonomy

WAPVI : Women's attitude toward partner's violence

PEMBAHASAN

Ibu hamil remaja cenderung memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah dibandingkan remaja yang tidak hamil, sehingga status kehidupan sosial dan ekonomi mereka pun rendah, yang akhirnya berdampak pada perilaku kesehatan rendah (Fleming, 2015) Hal ini sesuai dengan hasil studi yang menunjukkan mayoritas ibu hamil usia remaja, hanya

menyelesaikan pendidikan sebatas sekolah dasar, dan sebagian besar dari mereka tidak mempunyai pekerjaan. Konsekuensi dari hal tersebut, lebih dari separuh remaja hamil hidup dengan pendapatan dibawah rata-rata minimal. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu di kota Manado dan Banyumas, Indonesia (Trisnawati & Khosida, 2014; Ginting, dan Wantania, 2011). Studi di Thailand juga menunjukkan bahwa ibu hamil remaja cenderung memiliki pendapatan yang rendah sebagai akibat dari pendidikan yang rendah (Neamsakul, 2008). Survey di Indonesia (2012) sendiri menyebutkan masalah finansial merupakan hambatan pemanfaatan ANC pada usia remaja.

Terkait dengan perencanaan kehamilan, studi menunjukkan mayoritas dari ibu hamil remaja telah merencanakan kehamilan mereka setelah pernikahan. Hal ini berlawanan dengan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan di Thailand dengan pendekatan *Grounded theory* dan Turkey, dimana kehamilan di usia remaja cenderung tidak direncanakan (Neamsakul, 2008; Sen, dkk, 2012). Adanya budaya pernikahan dini di Indonesia, mungkin menjadi alasannya, ditambah lagi menikah di Indonesia merupakan tahap yang harus dilalui untuk memperoleh keturunan, sehingga pasangan yang telah menikah diharapkan untuk dapat segera memperoleh keturunan, walaupun usia mereka masih di bawah umur (Ginting dan Wantania, 2011; Situmorang, 2003).

Hasil studi juga menunjukkan kebanyakan partisipan merupakan remaja akhir (17-19 tahun), sesuai dengan studi di Kota Manado, Indonesia (Ginting dan Wantania, 2011), bahkan di negara berkembang lainnya seperti Filipina oleh Abecia, dkk (2010). Remaja akhir cenderung lebih matang perkembangannya, lebih mampu untuk berfikir secara rasional dan lebih dekat pada karakter usia dewasa, sehingga mereka lebih cenderung mempunyai kemampuan untuk memanfaatkan ANC dibandingkan dengan remaja awal seperti hasil studi yang menunjukkan pemanfaatan ANC sebesar 68.2%. Namun demikian, angka ini masih tetap di bawah rekomendasi dari program kesehatan ibu dan anak dimana target dari pemanfaatan ANC adalah 95% (BPS, BKKBN, Kemenkes, dan ICF Internasional. 2013).

Masih ada sejumlah remaja hamil yang tidak adekuat dalam memanfaatkan ANC (31.8%). Rendahnya pemanfaatan ANC

dianantara ibu hamil remaja, umum terjadi di berbagai negara berkembang, seperti halnya di Thailand (Manithip, Sihavong, Edin, Wahistrom, Wessel, 2011) dan Myanmar (Sein, 2012). Hal ini menempatkan remaja pada resiko komplikasi baik kehamilan atau pun komplikasi setelah persalinan, yang turut andil dalam peningkatan AKI atau pun AKB di Indonesia (Utomo, 2003)

Pada dasarnya, memilih tentang apa yang harus dilakukan selama kehamilan merupakan suatu bentuk pengambilan keputusan terpenting yang mungkin pernah remaja lakukan selama hidupnya. Remaja sendiri cenderung mempunyai kemampuan pengambilan keputusan yang rendah dalam menentukan sesuatu yang dianggapnya penting (Aruda, dkk, 2008). Hal ini dapat digambarkan dengan rendahnya otonomi wanita di kalangan remaja, seperti yang ditunjukkan dari hasil studi analisa deskriptif untuk otonomi wanita dimana 61.6% remaja hamil mempunyai level otonomi yang rendah.

Konsep otonomi pada ibu hamil remaja terutama dengan status pernikahan, digambarkan dengan konsep otonomi wanita yang mencakup seluruh dimensi, seperti Otonomi dalam Kebebasan Bergerak/ Mobilitasi (*freedom of movement autonomy (FMI)*), Otonomi dalam Perawatan Kesehatan Keluarga (*familial health care decision making autonomy (FFI)*), Otonomi dalam pengambilan keputusan tentang pekerjaan dan ekonomi wanita (*women's employment and economic decision making autonomy (EEI)*), dan otonomi dalam sikap wanita terhadap kekerasan pasangan (*women's attitude regarding partner's violence (WAPVI)*) (Woldemicael, 2009).

Keempat dimensi tersebut telah diujikan di Bangladesh oleh Haque, Rahman, Mostofa, & Zahan (2011) dengan design *cross-sectional* dimana diperoleh hasil ibu dengan ANC yang adekuat adalah mereka dengan otonomi wanita yang tinggi dalam indeks keseluruhan dimensi otonomi wanita (p value $\leq .05$; AOR, 1.64, 95% CI, 1.17-2.23). Temuan yang sama juga diperoleh di daerah pedesaan, di India Utara oleh Pallidavath, Foss and Stones (2005), dengan hasil studi sejalan dengan temuan di Bangladesh, dimana remaja dengan indeks otonomi wanita secara keseluruhan yang besar cenderung memiliki pemanfaatan ANC yang adekuat ($p=.013$).

Di negara-negara berkembang, mobilitas remaja putri cenderung terbatas, terlebih mereka yang telah menikah,

dimana hal ini mempersulit mereka untuk mengakses pelayanan kesehatan (WHO, 2007). Survei di Indonesia menyebutkan bahwa wanita mempunyai hambatan yang besar untuk mengakses pelayanan kesehatan, terutama remaja, dimana mereka harus mendapatkan ijin dari suami atau keluarganya terlebih dahulu (BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF Internasional, 2013; WHO, 2007). Berlawanan dengan studi tersebut, hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar ibu hamil remaja mempunyai otonomi kebebasan bergerak/ mobilitasi (FMI) sebesar 77,9%.

Studi ini menunjukkan tidak adanya hubungan antara FMI dan pemanfaatan ANC ($p = .465$). Hasil tersebut berlawanan dengan studi sebelumnya, seperti studi di daerah pedesaan India (Mistry, Galal dan Lu, 2009). Hal ini mungkin terjadi karena sebagian besar partisipan adalah ibu rumah tangga yang mempunyai banyak waktu untuk melakukan kunjungan ANC yang biasanya dilakukan di pagi hari saat suami atau keluarga mereka masih bekerja, dan lagi, ANC biasanya diadakan melalui Posyandu yang lokasinya dekat dengan rumah mereka (Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, 2012).

Adanya keterlibatan remaja dalam pengambilan keputusan untuk kesehatan keluarga, turut meningkatkan kemungkinan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan melalui tersedianya dukungan suami selama kehamilannya, seperti halnya penelitian yang telah dilakukan di Bangladesh, dimana tingginya otonomi pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan keluarga (FFI) berhubungan dengan pemanfaatan ANC (p value $\leq .05$). (Haque dkk, 2012). Temuan tersebut juga didapatkan dalam studi ini, dengan $p=.000$.

Wanita yang memiliki kekuatan atau tingkat otonomi yang tinggi juga cenderung tidak setuju dengan pembenaran untuk kekerasan dalam rumah tangga. Oleh karena itu, adanya kekuatan otonomi wanita dapat mengurangi risiko kekerasan pada remaja, dimana remaja lebih rentan mengalami kekerasan dalam kehidupan keluarga (Fogel dan Woods, 2008; Haque dkk, 2008; Woldemicael, 2007). Kekerasan di kalangan remaja hamil mungkin terkait dengan adanya peran gender dimana status perempuan bergantung pada keterikatan mereka terhadap laki-laki, terlebih lagi dengan kurangnya pengalaman mereka dalam pengambilan keputusan keluarga menambah sulitnya situasi (WHO, 2007). Namun,

hasil studi ini menunjukkan bahwa remaja hamil yang tinggal di daerah pedesaan di Jawa Tengah memiliki risiko yang rendah untuk mengalami kekerasan dimana hasil analisis deskriptif menunjukkan bahwa mayoritas remaja hamil tidak setuju tindakan kekerasan dengan alasan apapun (79,1%). Hal ini mampu meningkatkan perilaku kesehatan mereka, karena kemampuan remaja untuk mengelola kesehatan reproduksi mereka dapat dibatasi oleh kekerasan (Haque dkk, 2012; Fogel dan Woods, 2008).

Terkait dengan biaya yang harus dikeluarkan untuk mengakses ANC, remaja cenderung bergantung pada dukungan finansial dari suami atau keluarga (Ibu) karena rendahnya otonomi mereka, seperti pada hasil penelitian dimana mayoritas partisipan (79,1%) tidak memiliki kekuatan dalam pengambilan keputusan ekonomi (EEI). Survei di Indonesia (2012) menyebutkan remaja memiliki hambatan finansial yang menjadi halangan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Budaya di negara-negara berkembang memang menunjukkan laki-laki sebagai pengontrol keuangan, sehingga remaja kesulitan untuk membayar pelayanan kesehatan ataupun transportasi untuk pergi ke klinik ANC tersebut (Shimkada, Van, Porter dan Shimkada, 2007).

Rendahya pengambilan keputusan finansial/ ekonomi wanita (EEI), sebagai efek dari patriarki sendiri mampu meningkatkan resiko perilaku kekerasan yang dapat dialami remaja, yang akhirnya berdampak pada perilaku kesehatan mereka (Haque dkk, 2012; WHO, 2007). Berlawanan dengan ini, uji chi-square menunjukkan tidak adanya hubungan antara pengambilan keputusan ekonomi wanita/ finansial (EEI) dengan pemanfaatan ANC ($p = .215$). Hasil ini berlawanan dengan studi yang dilakukan di Bangladesh (AOR. 1.56; 95% CI, 1.09-2.097) (Haque dkk, 2012).

Temuan tersebut dimungkinkan terjadi karena sebagian besar remaja tinggal bersama orang tua sehingga mengenai biaya perawatan kesehatan, remaja putri sangat bergantung pada anggota keluarga, terutama suami atau ibu mereka yang memberikan dukungan finansial (WHO, 2007; Haque dkk., 2011). Hal ini diperkuat pula oleh studi terdahulu yang dilakukan di India, yang menjelaskan bahwa ketika suami, ibu mertua dan anak perempuan menyetujui pentingnya suatu kebutuhan akan kesehatan, hal itu akan ditangani dengan cepat (Baruan & Kurz, 2001).

KESIMPULAN

Studi ini menunjukkan bahwa dengan mempunyai kekuatan dalam pengambilan keputusan pada remaja terutama dalam perawatan kesehatan keluarga mampu memberikan kesempatan kepada mereka untuk dapat memanfaatkan ANC secara adekuat selama kehamilannya. Dalam pengembangan kemampuan pengambilan keputusan tersebut, remaja mungkin membutuhkan bantuan atau persetujuan dari anggota keluarga untuk pemanfaatan perawatan kesehatannya, terlebih lagi, kekuatan ibu hamil remaja sendiri juga dipengaruhi oleh kekuatan kontrol dari suami. Oleh karena itu, pentingnya otonomi wanita disarankan dikomunikasikan kepada remaja dan keluarga ketika remaja menjalani konsultasi pernikahan.

REFERENSI

- Abecia, A.R., Alamis, J., Bongcawil, S.M.D., Chio, R., Ledesma, K.K.I., Ricarte, A.M. (2010). Health-Seeking Behavior of Filipino Teenage Pregnant Women at Selected Barangays of Cagayan de Oro City. *Nursing Research Journal*, 2(1), 56-72.
- Aruda, Mary M, et al.(2008). Early Pregnancy in Adolescents : Diagnosis, Assessment, Options, Counseling and Referral. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(1), 4-13
- Baruan, A & Kurz, K.(2001). Reproductive health-seeking by married adolescent girls in Maharashtra, India. *Reproductive Health Matters*, 9(17), 53-62.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan. (2012). Profil Kesehatan Kabupaten Pekalongan Tahun 2012. Pekalongan: Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2012). Buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012. Retrieved on June, 6, 2015, from www.dinkesjatengprov.go.id
- Fleming, dkk. Adolescent Pregnancy Guidelines. *J ObstetGynaecol Can.* 2015; 37(8):740-59
- Fogel, I.C. & Woods, F.N. (2008). *Women's Health Care in Advanced Practice Nursing*. Newyork : Springer Publishing Company
- Ginting, F & Wantania, J. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Remaja yang Hamil Tentang Kehamilan Remaja di Manado. *Buletin Idi Manado*. 2011; 47-59
- Haque, S.E., Rahman, M., Mostofa, G., & Zahan., S. (2012). Reproductive Health Care Utilization among Young

- Mothers in Bangladesh : Does Autonomy Matter?. *Women's Health Issues*. 22(2), 171-180.
- Iklaki, C. U., Inaku, J.U., Ekabua, J.E., Ekanem, E.L., & Udo, A.E. (2012). Perinatal Outcome in Unbooked Teenage Pregnancies in the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol*, 2012, 1-5
- Manithip, C., Sihavong, A., Edin, K., Wahistrom, R., & Wessel, H. (2011). Factors Associated with Antenatal Care Utilization among Rural Women in Lao People's Democratic Republic. *Maternal Child Health Journal*, 15(8), 1356-1362.
- Mawaddah Dan Maulina. (2011). Hubungan pengetahuan ibu hamil tentang antenatale care dengan jumlah kunjungan antenatal care di Desa Laut Derdang Kecamatan Percut Setuan Kabupaten Deli Serdang Medan. Skripsi Tidak Diterbitkan. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Mistry, R., Galal, O., & Lu, M. (2009). Women's Autonomy and Pregnancy Care in Rural India: A Contextual Analysis. *Social Science & Medicine*, 69(6), 926-933
- Mufidah, L., Ummah, F., & Eko, D. (2010). Hubungan Usia Ibu Hamil Trimester 3 Dengan Keteraturan Antenatal Care K4 Di Bps Ny. S Desa Sidomukti Kecamatan Lamongan Kabupaten Lamongan. *Surya*, 1(V).
- Neamsakul, W. (2008). Unintended Thai adolescent pregnancy: A grounded theory study. Ph.D Dissertation, Doctor of Philosophy in Nursing, Graduate Division, University of California, San Fransisco.
- Pallikadavath, S., Foss, M., & Stones, M.W. (2005). Antenatal care: Provision and inequality in rural north India. *Social Science and Medicine*. 59(6), 1147-1158.
- Rohan, H. H, & Siyoto, S. (2013). *Buku Ajar: Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sen, E., Guneri, S.E., Yanikkerem, E., Hadimli, A., Kavlak, O., & Sirin, A. (2012). Determination of Knowledge Requirements and Health Practices of Adolescent Pregnant Women. *International Journal of Caring Sciences*, 5(2), 171-175
- Sein, K. K. (2012). Maternal health care utilization among ever married youths in Kyimyindaing Township, Myanmar. *Matern Child Health J*, 16(5), 1021-30.
- Situmorang, A. (2003). Adolescent Reproductive Health in Indonesia. Retrived December, 13, 2015, from http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacw743.pdf
- Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), and Kementerian Kesehatan (Kemenkes—MOH), and ICF International. 2013. *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International.
- Trisnawati, Y & Khosidah, A. (2014). Permasalahan antenatal care (anc) pada kehamilan remaja di wilayah puskesmas karanglewas kabupaten banyumas. *Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto*
- Utomo, I.D. (2003). Adolescent reproductive health in Indonesia status, issues, policies and programs. The project is implemented by Futures Group International in collaboration with Research Triangle Institute and the Centre for Development and Population Activities (CEDPA).
- Utomo, I.D., & Utomo, A. (2013). Adolescent pregnancy in Indonesia: A literature review. Australian Demographic and Social Research Institute
- Woldemicael, G. (2007). Do Women with Higher Autonomy Seek More Maternal and Child Health-Care? Evidence from Ethiopia and Eritrea. *Stockholm Research Reports in Demography*, Department of Sociology, Demography Unit, Stockholm University.
- Woldemicael G. (2009). Women's autonomy and reproductive preferences in Eritrea. *Journal of Biosocial Science*, 41(2), 161-181.
- World Health Organization (WHO). (2007). *Adolescent Pregnancy-Unmet Needs and Undone Deeds: A review of the literature and programmes: Issues in Adolescent Health and Development*. Electronic Resources. Department of Child and Adolescent Health and Development.

**Widia Astuti. AW¹,
Fitrian Rayasari²**

¹ RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso,
Jakarta Utara.

² Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas
Muhammadiyah Jakarta, Cempaka Putih,
Jakarta Pusat.
E-mail: waaw_nurse@yahoo.com

Pengalaman Seksual Pasangan Penderita HIV dalam Mempertahankan Status HIV Negatif di RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso

Info Artikel:

Masuk : 28 Januari 2017
Revisi : 10 Mei 2017
Diterima : 28 Mei 2017
DOI Number : 10.18196/ijnp.1259

ABSTRAK

HIV/AIDS masih menjadi masalah di Indonesia dengan faktor risiko tertinggi penularan melalui hubungan heteroseksual. Meskipun hubungan heteroseksual merupakan faktor penyebab utama penularan HIV, masih ada pasangan ODHA HIV Positif-HIV negatif dapat hidup dengan normal tanpa tertular HIV meski bertahun-tahun tetap melakukan hubungan seksual. Pasangan ini disebut serodiskordan. Studi fenomenologi ini dilakukan untuk mengeksplorasi berbagai pengalaman seksual serodiskordan dalam mempertahankan status HIV negatif di RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso. Sebanyak 6 serodiskordan berpartisipasi dalam studi ini. Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam. Empat tema utama teridentifikasi dalam studi ini : (1) Pengetahuan tentang HIV/AIDS, cara penularan dan penyebab suami terinfeksi, (2) Kebutuhan seksual, (3) Pencegahan penularan HIV, (4) Pandangan tentang seksualitas. Pengetahuan yang baik mengenai pencegahan penularan HIV sangat berdampak pada kemampuan serodiskordan dalam mempertahankan status HIV negatifnya selama ini dengan cara penggunaan kontrasepsi dan memberikan dukungan dalam kepatuhan mengkonsumsi ARV. Diperlukan edukasi dan konseling yang berkelanjutan pada serodiskordan dalam meningkatkan pengetahuannya mengenai HIV/AIDS sehingga dapat mengurangi terjadinya kasus baru HIV.

Kata Kunci: Pengalaman Seksual, Serodiskordan, Mempertahankan status HIV negatif.

ABSTRACT

HIV/AIDS is still a problem in Indonesia with the highest risk factors for transmission through heterosexual relations. Although heterosexual

intercourse is the main cause of HIV transmission factors, there are still a couple people living with HIV can live normally without being infected with HIV even though many - year fixed sexual intercourse. The couple called serodiscordant. Phenomenology study was conducted to explore various sexual experience serodiscordant in maintaining negative HIV status at RSPI, Prof. Dr. Sulianti Saroso. As many as 6 serodiscordant participated in this study. Data collected by in-depth interviews. The four main themes identified in this study: (1) knowledge of HIV/AIDS, transmission method and causes the infected husband, (2) sexual Needs, (3) the prevention of HIV transmission, (4) views about sexuality. A good knowledge about the prevention of HIV serodiscordant ability badly in maintaining its negative HIV status during this time by means of the use of contraceptives and provide support in compliance to consume ARVS. Required education and ongoing counseling on improving his knowledge in serodiscordant about HIV/AIDS so as to reduce the occurrence of new cases of HIV.

Keywords: sexual experience, Serodiscordant, maintaining a negative HIV status

PENDAHULUAN

HIV/AIDS masih menjadi masalah di dunia, diperkirakan sebanyak 5,1 juta orang hidup dengan HIV/AIDS. Dengan urutan tertinggi terdapat di China, India, dan Indonesia (UNAIDS, 2016).

Di Indonesia, jumlah klien dengan HIV/AIDS menurut Data Ditjen Pengendalian Penyakit dan Pengendalian Lingkungan Departemen Kesehatan (PP & PL Depkes) pada tahun 2015 sebanyak 735.256 orang dengan jumlah infeksi baru sebesar 85.532 orang. DKI Jakarta menempati urutan ketiga Provinsi yang memiliki penderita HIV/AIDS yaitu sebesar 8.093, setelah Provinsi Jawa Timur dan Provinsi Papua (Kemenkes RI, 2016). Faktor risiko tertinggi penularan virus HIV adalah pada hubungan heteroseksual yaitu sebesar 82,8%, serta homoseksual sebesar 7,4% (Kemenkes, 2016).

Di Pokja HIV/AIDS RS Prof. Dr. Sulianti Saroso yang merupakan Rumah Sakit rujukan kasus HIV/AIDS, terjadi peningkatan kasus baru pada tahun 2016 yaitu sebanyak 271 kasus dibanding tahun sebelumnya. Dari 217 penderita baru

25% penderita HIV ditularkan oleh pasangannya (suami atau istri). Peningkatan jumlah kasus baru karena tertular pasangan seksual kemungkinan karena ketidaktahuan pasangan mengenai pencegahan penularan HIV/AIDS.

Hubungan seksual sangat beresiko tinggi menularkan virus HIV, tetapi ada pasangan seksual penderita HIV yang tidak tertular virus HIV, mereka biasa di sebut serodiskordan. Pasangan ODHA serodiskordan adalah jalinan hubungan pasangan ODHA (suami atau istri) dengan status salah satu dari pasangan terinfeksi HIV (HIV Positif) dan pasangan lainnya tidak terinfeksi HIV (HIV Negatif).

Pasangan serodiskordan mempunyai harapan untuk dapat hidup normal layaknya pasangan lainnya yang tidak menderita HIV. Mereka tetap ingin memenuhi kebutuhan biologisnya terutama kebutuhan seksual meski dengan pasangan yang menderita HIV. Menurut Syafar (2014), serodiskordan (pasangan ODHA negatif HIV) memiliki sikap pasrah menghadapi risiko infeksi, demi keinginan memiliki anak dan keinginan merasakan seks tanpa pembatas.

Kebutuhan seksual tetap harus terpenuhi karena kebutuhan seksual berfungsi untuk pembuktian akan kesuburan, merasakan kesenangan atau kenikmatan, mempererat ikatan suami istri, menegaskan maskulinitas atau feminitas, meningkatkan harga diri, dan mengurangi ansietas atau ketegangan. Dalam memenuhi kebutuhan biologisnya sebagian pasangan serodiskordan tetap menggunakan kondom untuk mencegah penularan baik itu pada pasangan heteroseksual maupun homoseksual (Pebody, 2015).

Penggunaan kondom merupakan salah satu cara mencegah penularan virus HIV. Meskipun kondom tidak 100% memberikan perlindungan untuk setiap infeksi, namun bila digunakan dengan tepat akan sangat mengurangi risiko infeksi (Kemenkes, 2011). Seperti dalam penelitiannya Chaterine (2014), penggunaan kondom pada pasangan heteroseksual dan patuh mengkonsumsi ARV (Antiretroviral) mempunyai risiko yang paling rendah untuk penularan HIV (0,5%) dibandingkan hanya menggunakan kondom (76%).

Menurut Kemenkes 2013, Kepatuhan dalam penggunaan obat ARV akan meningkatkan dampak positif pada tingkat kesehatan individu maupun di tingkat masyarakat, yaitu meningkatnya kualitas hidup ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) dan terjadinya penurunan penularan HIV di masyarakat.

Maka semakin banyak ODHA yang diobati maka semakin besar pula dampak manfaatnya dan akan menuju "3 zero", yaitu zero infeksi baru, zero kematian terkait AIDS, zero stigma dan diskriminasi. Bagi serodiskordan, penggunaan ARV oleh pasangan seropositif menurunkan kekhawatiran terhadap penularan HIV (Stratena, 2000).

Pasangan serodiskordan merupakan kelompok beresiko penularan HIV, yang bisa berdampak pada peningkatan kasus infeksi baru. Di Indonesia masih sedikit penelitian yang membahas tentang serodiskordan, baik mengenai jumlah maupun pengalamannya. Begitupun di RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso, juga masih sangat minim data mengenai pasangan serodiskordan.

Berdasarkan fenomena diatas pengalaman serodiskordan dalam mempertahankan status HIV Negatifnya tersebut perlu digali secara mendalam. Tujuannya agar dapat teridentifikasi dan diperoleh informasi mengenai bagaimana aktivitas seksualnya, frekuensi melakukan hubungan seksual maupun alat kontrasepsi yang digunakan sehingga mereka tidak tertular HIV. Selain itu diharapkan juga dapat tergalikan faktor-faktor apa saja yang mendukung seperti kepatuhan ARV pasangan HIV - positif, riwayat IMS, dan profilaksis pada serodiskordan. Dengan diperolehnya informasi tersebut diharapkan dapat menjadi pengetahuan bagi penderita HIV bagaimana mengurangi atau meminimalkan penularan pada pasangan seksualnya sehingga dapat berdampak pada pengurangan kasus infeksi baru

TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai pengalaman seksual serodiskordan dalam mempertahankan status HIV negatif di RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pada penelitian ini berfokus pada pengalaman serodiskordan dalam mempertahankan status HIV negatif.

Kriteria inklusi informan dalam penelitian ini adalah pasangan ODHA yang memiliki status HIV negatif, memiliki suami yang memiliki status HIV positif dan sudah menjalani pengobatan ARV. Informan sudah melakukan pemeriksaan Anti HIV 2 sampai 3 kali berturut-turut, terakhir

melakukan pemeriksaan Anti HIV dalam waktu 3 bulan terakhir dan hasil HIV negatif.

Jumlah informan pada penelitian ini sebanyak 6 orang dan key informan dalam penelitian ini adalah suami informan dengan status HIV positif.

Pengumpulan data didapatkan dengan menggunakan tehnik wawancara mendalam (*in depth interview*) dengan alat pengumpulan data yang digunakan adalah panduan pertanyaan, buku catatan lapangan, alat tulis dan alat perekam.

Selama penelitian, peneliti selalu meyakinkan informan bahwa informan terlindungi dengan memperhatikan aspek kebebasan untuk menentukan apakah informan bersedia atau tidak untuk memberikan informasi yang dibutuhkan dan secara sukarela menandatangani lembar persetujuan (*self determination*). Informan juga dijaga kerahasiaan identitas dan alamatnya selama dan sesudah penelitian (*anonimity*) dan data yang digunakan hanya untuk kegiatan penelitian (*privacy & dignity*), lalu setiap kerahasiaan informan dijaga dengan memberikan kode informan Inf 01, Inf 02 dan seterusnya (*confidentially*) dan peneliti pun memberi kebebasan informan untuk memilih waktu dan tempat dilakukannya wawancara (*protection from discomfort*).

Setelah data sudah dirasa lengkap peneliti mulai melakukan pengolahan data. Proses pengolahan data yang dilakukan peneliti dimulai dari membuat transkripsi yaitu merubah rekaman suara menjadi bentuk tertulis secara verbatim berserta dengan catatan lapangan. Berikutnya peneliti membaca transkripsi berulang-ulang untuk memahami setiap pernyataan informan sehingga didapat kata kunci dari setiap informan kemudian dikelompokkan menjadi berbagai kategori lalu selanjutnya kategori dipahami untuk menentukan tema-tema utama yang muncul.

Adapun uji validitas data yang peneliti gunakan dalam penelitian ini yaitu dengan uji kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian, yang meliputi: dengan merekam hasil wawancara dan mendengarkannya berulang-ulang, wawancara lagi dengan sumber data yang telah ditemui dengan tujuan mengecek kembali data yang peneliti peroleh benar atau tidak dengan cara mengklarifikasi jawaban dari informan sebelumnya, dengan triangulasi pengecekan data dari suami informan.

HASIL PENELITIAN

a. Karakteristik Informan

Tabel 4.1 Karakteristik Data Sociodemografi Informan

Kode Informan	Umur	Jenis Kelamin	Agama	Pendidikan	Pekerjaan	Usia pernikahan	Lama suami terdiagnosa HIV
Inf.01	39 thn	Perempuan	Katolik	SMEA	Wiraswasta	11 thn	9 thn
Inf.02	45 thn	Perempuan	Islam	SLTA	IRT	7 thn	3 thn
Inf.03	44 thn	Perempuan	Islam	SD	Wiraswasta	19 thn	3 thn
Inf.04	35 thn	Perempuan	Islam	SLTA	IRT	3 thn	1 thn
Inf.05	38 thn	Perempuan	Kristen	PT	Wiraswasta	8 thn	8 thn
Inf.06	38 thn	Perempuan	Islam	SD	IRT	15 thn	7 thn

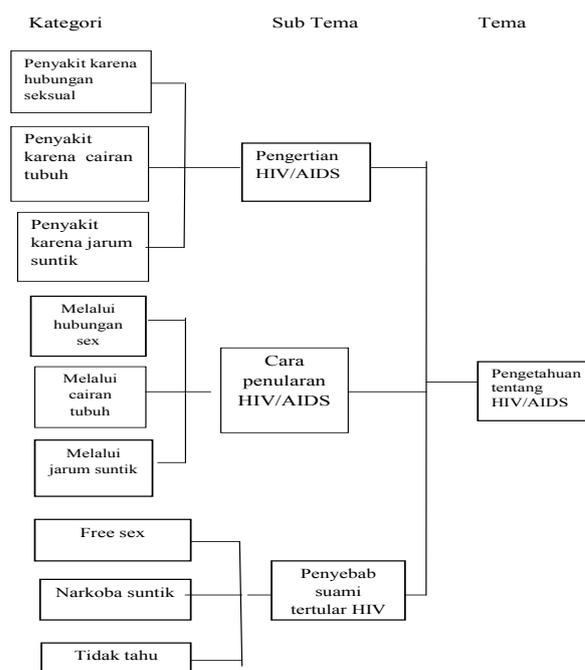
Informan dalam penelitian ini berjumlah enam orang yang semuanya berjenis kelamin perempuan, sesuai dengan kriteria inklusi bahwa informan adalah istri dari penderita HIV positif dengan status HIV negatif, berusia antara 35 - 45 tahun, dan agama terdiri dari agama kristen dan islam. Tingkat pendidikan informan juga beragam, mulai dari lulusan Sekolah Dasar (SD), Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA/ SMEA) dan Perguruan Tinggi (PT). Jenis pekerjaan informan terdiri dari ibu rumah tangga (IRT) dan dan Wiraswasta. Adapun usia pernikahan informan bervariasi dari 3 tahun hingga 19 tahun dan lamanya suami terdiagnosa HIV pun bervariasi dari 1 tahun hingga 9 tahun.

b. Analisis Tematik

Tema-tema yang teridentifikasi setelah dilakukan wawancara mendalam dan dilakukan analisa terdapat 4 tema yang teridentifikasi yaitu:

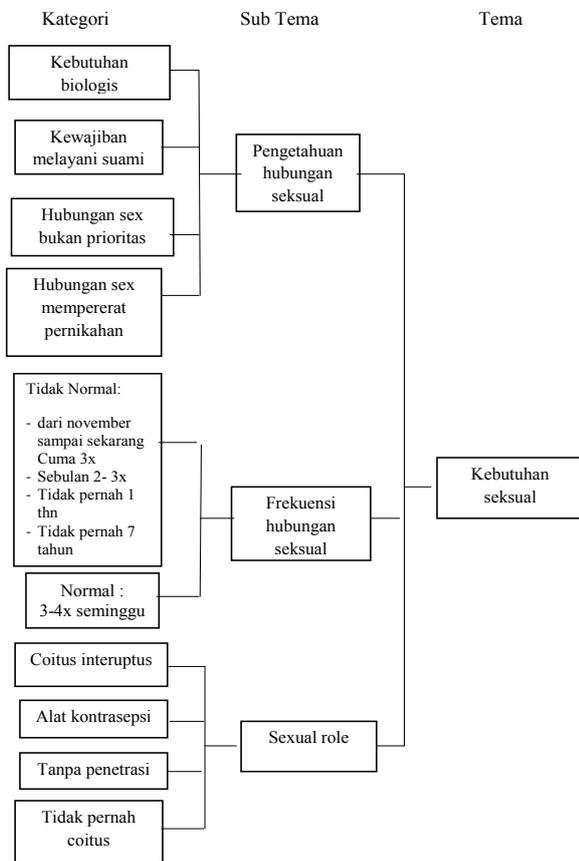
- 1) Pengetahuan tentang HIV/AIDS

Skema Tema Pengetahuan tentang HIV/AIDS



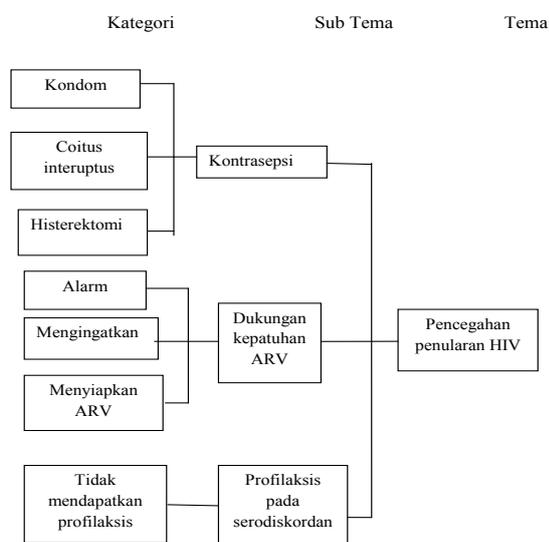
2) Kebutuhan Seksual

Skema Tema 2 Kebutuhan Seksual



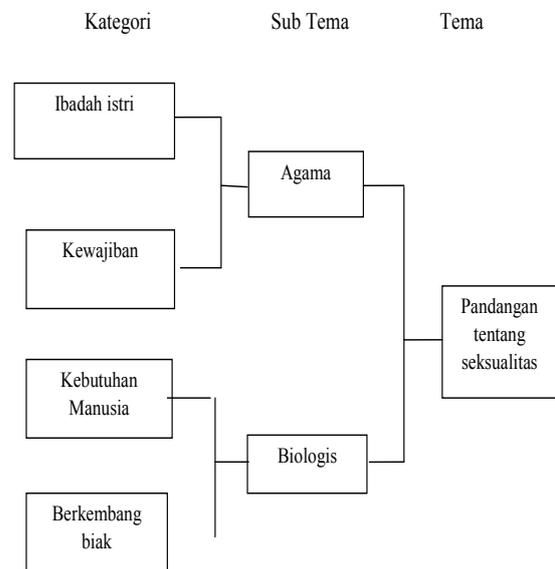
3) Pencegahan Penularan HIV/AIDS

Skema 3 Tema Pencegahan Penularan HIV



4) Pandangan tentang seksualitas.

Skema Tema 4 Pandangan Tentang Seksualitas



PEMBAHASAN

TEMA 1: Pengetahuan tentang HIV/AIDS.

Pada tema ini menekankan bagaimana gambaran pengetahuan informan mengenai HIV/AIDS yang tengah diderita oleh suami informan. Dari wawancara mendalam didapat beberapa kategori pada pengetahuan informan mengenai HIV/AIDS yaitu penyakit yang disebabkan oleh hubungan seksual, penyakit karena cairan tubuh, penyakit karena jarum suntik, menular melalui hubungan sex, melalui cairan tubuh, melalui jarum suntik, sex bebas, narkoba suntik, dan tidak tahu. Dari beberapa kategori-kategori tersebut muncul 3 sub tem yaitu pengertian HIV/AIDS, cara penularan HIV/AIDS dan penyebab suami tertular HIV/AIDS. Berikut penjelasan dari tema yang diperoleh:

a. Pengertian HIV/AIDS

Dari hasil wawancara mendalam, enam informan mempunyai pengetahuan beragam mengenai pengertian HIV/AIDS. Semua informan tidak ada yang mampu menyebutkan pengertian HIV/AIDS secara teoritis, semua informan menjawab berdasarkan cara penularannya. Semua informan menjawab bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang disebabkan oleh hubungan seksual. Selain itu ada beberapa informan yang menjawab bahwa HIV/AIDS adalah penyakit yang disebabkan oleh cairan tubuh dan jarum suntik. Padahal secara teoritis,

pengertian HIV adalah virus yang menyebabkan AIDS dan AIDS sendiri adalah sekumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV (Sudoyo Aru, dkk 2009).

Tingkat pendidikan informan yang beragam kemungkinan besar mempengaruhi tingkat pengetahuan informan. Ini dirujuk dari hasil penelitian Oktarina, dkk (2009), bahwa terdapat hubungan antara pendidikan dan tingkat pengetahuan tentang HIV/AIDS. Hasil ini menggambarkan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Responden yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih baik, demikian juga sebaliknya.

Berdasarkan hasil wawancara, semua informan mendapatkan informasi mengenai HIV/AIDS ketika mereka konseling pertama kali saat suami terdiagnosa HIV/AIDS. Masing-masing informan berbeda dalam waktu mendapatkan konseling pertama kali, ada yang 1 tahun terakhir hingga 9 tahun terakhir, sehingga sangat dimaklumi ketika pengetahuan informan tidak terlalu baik mengenai pengertian HIV/AIDS. Konseling yang berkelanjutan dan terus menerus sangat dibutuhkan oleh serodiskordan untuk meningkatkan pengetahuan serodiskordan.

Penularan HIV/AIDS dapat terjadi walau istri hanya berhubungan seks dengan suami, sehingga dalam upaya melindungi diri dari ancaman HIV dan AIDS maka pasangan dan perempuan usia subur perlu memiliki informasi, pengetahuan/pemahaman mengenai Kesehatan Reproduksi, IMS, serta HIV dan AIDS. Perbaikan akses dan sumber informasi harus selalu ada untuk meningkatkan pengetahuan, kepedulian dan perlindungan suami serta anggota keluarga lainnya, termasuk dalam hal ini adalah kemampuan perempuan untuk memutuskan mengenai kebutuhan hubungan seksualnya (Kemenpppa, 2008).

b. Cara penularan HIV/AIDS

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai pengetahuan informan tentang cara penularan HIV/AIDS, semua informan mengetahui bahwa HIV/AIDS ditularkan melalui hubungan seksual, melalui cairan tubuh (darah, ASI) dan jarum suntik yang di gunakan bergantian. Menurut Nursalam (2007), penularan HIV & AIDS dapat ditularkan melalui 6 cara yaitu melalui hubungan seksual tanpa kondom

dengan pengidap HIV/AIDS baik secara vaginal, oral dan anal ; melalui proses kelahiran dan menyusui; melalui transfusi darah, produk darah dan organ donor; pemakaian alat kesehatan yang tidak steril; alat-alat untuk menoreh kulit; dan menggunakan jarum suntik tidak steril bergantian.

c. Penyebab suami tertular HIV/AIDS

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan peneliti dengan wawancara mendalam sebagian informan mengatakan bahwa suaminya tertular HIV/AIDS karena riwayat melakukan sex bebas baik saat sudah menikah maupun sebelum menikah dengan informan. Ini sesuai dengan hasil penelitian Megawati (2014), bahwa cara penularan HIV terbanyak adalah melalui hubungan seksual dengan lawan jenis, dengan aktivitas seksual yang sering dilakukan adalah vaginal seks dan anal seks, 84,2% perempuan tertular HIV dari vaginal seks, 30,8% laki-laki tertular HIV karena penerima anal seks, 21,1% perempuan tertular HIV karena penerima anal seks. Dan menurut Hoffman (2015) resiko penularan HIV melalui *vaginal intercourse* yang tidak aman bersiko menularkan HIV sebanyak 0,05% - 0,15 % setiap satu kali kontak (*coitus*).

Dan sebagian kecil informan mengatakan bahwa suaminya tertular HIV/AIDS akibat menggunakan narkoba suntik yang dipakai bergantian dengan temannya. Penggunaan narkoba suntik merupakan faktor resiko penyebaran HIV, di Indonesia pada tahun 2015 jumlah kasus baru HIV disebabkan oleh penasun (pengguna narkoba suntik) sebanyak 2,6% (Kemenkes, 2016).

Dua informan berikutnya mengatakan bahwa informan tidak tahu dari mana suami mendapatkan virus HIV tersebut, informan terkesan menutupi dan tidak ingin membuka riwayat suaminya. Informan akan berusaha menerima kekurangan dan kelebihan suami mereka. Sikap informan tersebut merupakan bentuk dukungan informan terhadap suaminya, dan merupakan bentuk support kepada suami agar tetap semangat menjalani hidup. Dukungan dari orang terdekat (keluarga) sangat berarti bagi ODHA seperti hasil penelitian Payuk (2012) bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga ($p=0,000$), dukungan teman ($p=0,001$), dan dukungan petugas kesehatan ($p=0,023$) dengan dukungan sosial orang dengan HIV&AIDS. Penelitian ini menyarankan keluarga dan teman untuk memberikan dukungan penuh kepada ODHA sehingga ODHA mampu untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani ART (*Antiretroviral Therapy*).

TEMA 2: Kebutuhan seksual

Tema ini menjelaskan bagaimana pengalaman informan mengenai kebutuhan seksual, frekuensi hubungan seksual serodiskordan dan suami, dan bagaimana teknik hubungan seksual (*sexual role*) sehingga serodiskordan tidak tertular HIV/AIDS, meskipun masih aktif melakukan hubungan seksual. Kebutuhan seksual merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia, begitupun pada penderita HIV/AIDS keinginan untuk memenuhi kebutuhan seksualnya pasti tetap ada. Meski keinginan untuk berhubungan seksual selalu ada, tapi mereka cenderung menjaga pasangannya agar tidak tertular HIV, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Maspiyah (2008) yang menunjukkan bahwa sebagian besar subyek penelitian tidak melakukan hubungan seksual berisiko karena melindungi diri dan pasangan, serta sebagai sarana KB.

a. Pengetahuan tentang hubungan seksual

Berdasarkan hasil wawancara mendalam pada keenam informan, pengetahuan informan mengenai konsep kebutuhan seksual khususnya mengenai pengertian hubungan seksual sangat beragam. Beberapa informan mengatakan bahwa hubungan seksual adalah kebutuhan biologis baik pada wanita maupun pria. Informan meyakini bahwa mereka wajib memenuhi kebutuhan suami dan melayani suami meski suami mereka menderita HIV/AIDS. Keyakinan tersebut sesuai dengan keyakinan yang dianut informan yang berdasarkan dalam suatu hadits, diriwayatkan Abdurrahman bin Auf menjelaskan bahwa Rasulullah Saw. bersabda:

هَبَّتْ مُلْفٌ دِشَارْفِ يَلْ إِهْتَارْمَا لُجَرَلَا اَعَدَا اذْ
 يَتَّحُ هَكَى اَلْمَلَا اَهْتَنَعَلْ اَهْيَلْعَ نَابْضَغَ تَابَفْ
 حَبْصُتْ

Artinya : "Apabila seorang laki-laki mengajak istrinya ke ranjangnya, lalu sang istri tidak mendatanginya, hingga dia (suaminya) bermalam dalam keadaan marah kepadanya, maka malaikat melaknatnya hingga pagi tiba." (HR. Bukhari dan Muslim).

Dan didalam Al quran Allah SWT berfirman:

هَلْ لَأَلْضَفْ اَمْبِ اَسْنَلَا يَلْعَ نَوْمُوقْ لَأَجْرَلَا

مَهْلُومًا تَمَّ اَوْقَفَنَّا اَمْبَوْ □ ضَعَبْ لِيَلْعَ مَهْضَعَبْ
 اَمْبِ بِيغَلْ □ تَطْفَاحْ تَاتَنْقْ تُاحْلُصَلْ اَفْ
 نْ هُوَطْرَعَفْ نْ هَرُوشُنْ نَوْفَاخَتْ يَتْلُ اَوْ هَلْ لَأَلْ طَفَحْ
 مْ كَنْعَطَاتْنِ اِفْشْنْ هُوْبَرْضَاوْ عَجَاضْ مَلَا يَفْ نْ هُوْرُجْ هَاوْ
 □ يَلْعَ نَاكَ هَلْ لَأَنْ اِبْلْ يَبْسْ نْ هِيَلْعَ اَوْغَبَتْ اَلْفْ
 □ اِ ۳۴ رِيْبَكَ

Artinya: "Kaum pria adalah pemimpin bagi kaum wanita, karena Allah telah melebihkan sebagian mereka (pria) atas sebagian yang lain (wanita), dan karena mereka (pria) telah menafkahkan sebagian dari harta mereka. Maka dari itu, wanita yang salihah ialah yang taat kepada Allah subhanahu wa ta'alaagi memelihara diri ketika suaminya tidak ada, karena Allah telah memelihara (mereka). Wanita-wanita yang kalian khawatirkan nusyuznya, maka nasihatilah mereka, dan jauhilah mereka di tempat tidur, dan pukullah mereka. Jika mereka menaati kalian, janganlah kalian mencari-cari jalan untuk menyusahkan mereka. Sesungguhnya Allah Mahatinggi lagi Mahabesar." (Q.S. An Nisa: 34).

Selain menjawab bahwa kebutuhan seksual adalah kebutuhan biologis dan merupakan kewajiban dalam melayani suami, ada juga informan yang mengatakan bahwa kebutuhan seksual berfungsi untuk mempererat pernikahan, dan menjaga keharmonisan rumah tangga sehingga memang harus dijaga.

Berbagai kondisi kesehatan suami informanpun mempengaruhi pasangan serodiskordan dalam memenuhi kebutuhan seksual masing- masing pasangan.

b. Frekuensi hubungan seksual

Dari hasil wawancara mendalam, jawaban mengenai frekuensi hubungan seksual serodiskordan bervariasi. Sejak suami mereka terdiagnosa HIV sebagian besar informan (5 informan) mengatakan bahwa ada perubahan frekuensi dalam melakukan hubungan seksual, ini dikarenakan masalah kesehatan suami.

Dua informan mengatakan bahwa frekuensi hubungan seksual yang biasanya bisa dilakukan 2 sampai 3 kali dalam seminggu, tetapi sejak suami mereka sakit hubungan seksual dilakukan hanya 3 sampai 4 kali dalam sebulan. Informan lainnya mengatakan bahwa dia dan suami hanya melakukan hubungan seksual sebanyak 3 kali dalam 8 bulan terakhir,

ini dikarenakan kesehatan suami yang selalu menurun. Frekuensi hubungan seksual kelima pasangan serodiskordan ini dikategorikan tidak normal, menurut Boyke (2011) meski tidak ada pola baku dalam frekuensi hubungan sex suami istri, sangat dianjurkan suami istri berhubungan intim secara teratur 1-4 kali seminggu. Pertimbangannya, frekuensi tersebut sesuai ritme tubuh atau kondisi fisiologis pria maupun wanita karena produksi sperma oleh testis sudah memenuhi kuota penampungan dalam waktu tiga hari, jika bisa mengikuti ritme fisiologis tersebut akan lebih baik.

Bahkan ada dua informan yang mengaku bahwa sejak suami terdiagnosa HIV, mereka tidak pernah lagi melakukan hubungan seksual dengan alasan bahwa suami tidak mau menularkan penyakit ini kepada istrinya. Selain itu ada juga yang disebabkan karena disfungsi seksual, salah satu informan mengatakan bahwa sejak menderita HIV suami sudah tidak bisa lagi ereksi. Ini sesuai dengan hasil penelitian Mao (2009) kemungkinan laki-laki HIV positif mengalami bentuk disfungsi seksual dibandingkan dengan laki-laki HIV negatif: masalah ereksi (52% dibanding 39%), kesulitan ejakulasi (31% dibanding 22%), ejakulasi dini (21% dibanding 17%), kehilangan libido (60% dibanding 40%), ketiadaan kenikmatan seks (32% dibanding 26%), cemas terhadap kemampuan secara seksual (47% dibanding 42%) dan nyeri saat berhubungan seks (8% dibanding 7%).

Begitupun pada hasil penelitian Zona MD (2012), studi ini menunjukkan hubungan yang jelas antara *Erectile dysfunction* (ED) dan HIV, setelah disesuaikan dengan usia dan BMI. Selain infeksi HIV, hipogonadisme dikaitkan dengan ED. Selain itu, prevalensi ED lebih tinggi pada laki-laki yang terinfeksi HIV dibandingkan laki-laki yang tidak terinfeksi HIV, di semua umur.

Tetapi masih ada pasangan serodiskordan (informan ke 5) yang tidak merasa ada perubahan frekuensi hubungan seksual, mereka masih melakukan 3 sampai 4 kali dalam seminggu.

c. Teknik hubungan seksual (*sexual role*)

Dari hasil penelitian beragam jawaban informan mengenai teknik dalam melakukan hubungan seks agar tidak tertular HIV, sebagian besar informan mengaku menggunakan pengaman (kondom) saat melakukan hubungan seksual, waktu penggunaannya pun berbeda-beda sebagian besar informan mengatakan bahwa mereka menggunakan kondom sejak memulai aktivitas seksual bersama suami, tetapi ada

satu informan yang mengatakan menggunakan kondom saat akan orgasme saja. Dengan menggunakan kondom informan merasa lebih aman karena tidak terpapar langsung dengan cairan tubuh suami, dan ini mengurangi resiko penularan. Ini merujuk pada penelitiannya Chaterine (2014), bahwa penggunaan kondom pada pasangan heteroseksual dan patuh mengkonsumsi ARV (Antiretroviral) mempunyai resiko yang paling rendah untuk penularan HIV (0,5%).

Satu orang informan mengatakan menggunakan cara *coitus interruptus* untuk menghindari penularan HIV, ini sesuai dengan penelitian Higgins PhD (2013) bahwa kurang dari 1% peserta survei kuantitatif secara spontan *coitus interruptus* sebagai metode keluarga berencana mereka saat ini, 48% responden wawancara kualitatif melaporkan menggunakan metode *coitus interruptus* seumur hidup. *Coitus interruptus* sering digunakan sebagai alternatif kondom yang menyenangkan, bila kondom tidak tersedia, dan / atau sebagai metode "placeholder" sebelum mendapatkan kontrasepsi suntik dan beberapa responden menggambarkan penggunaan metode *coitus interruptus* untuk mengurangi risiko HIV.

Selain itu terdapat informan yang menggunakan teknik tanpa penetrasi dalam memenuhi kebutuhan seksual suami, itu dilakukan hanya sebagai pengganti atau selingan diantara penggunaan kondom. Dua informan lainnya bahkan mengatakan tidak pernah melakukan hubungan seksual dalam bentuk apapun sejak suami terdiagnosa HIV.

TEMA 3: Pencegahan penularan HIV

Tema ini menjelaskan tentang bagaimana pengalaman serodiskordan dalam mencegah penularan HIV terhadap diri mereka, yang terdiri dari kontrasepsi apa yang digunakan, bagaimana bentuk dukungan serodiskordan agar suami tetap patuh pada pengobatan ARV, dan profilaksis apa yang didapat oleh serodiskordan agar mereka tidak tertular HIV.

a. Kontrasepsi

Berdasarkan hasil wawancara mendalam sebagian besar informan mengatakan menggunakan kondom saat berhubungan seksual, penggunaan kondom lebih dari satu lapis pun menjadi pilihan salah satu informan karena ketakutan akan tertular virus HIV. Penggunaan kondom secara konsisten merupakan salah satu anjuran pemerintah untuk mencegah penularan HIV (Permenkes, 2013). Hal inipun sesuai dengan

penelitian C Weller (2002) bahwa penggunaan kondom secara konsisten dapat mengurangi 80% dalam kejadian HIV. Memang tidak ada jaminan bahwa kondom akan memberikan perlindungan 100%, namun bila digunakan dengan benar, kondom akan mengurangi risiko-risiko penularan IMS dan HIV (BKKBN, 2014).

Selain penggunaan kondom, kontrasepsi pilihan informan adalah dengan cara coitus interruptus. Metode ini digunakan hanya selingan ketika tidak menggunakan kondom. Satu informan lainnya mengaku tidak pernah menggunakan kontrasepsi selama berumah tangga dikarenakan telah melakukan histerktomi akibat perdarahan post partum. Dan sejak suami terdiagnosa HIV satu tahun yang lalu, informan mengaku tidak pernah lagi melakukan hubungan seksual dalam bentuk apapun.

b. Dukungan kepatuhan ARV

Berbagai bentuk dukungan serodiskordan dalam meningkatkan kepatuhan ARV suaminya, mulai dari menggunakan alarm agar tidak terlewat waktu minum obat, selalu mengingatkan suami setiap waktu minum obat, dan selalu menyiapkan ARV tepat waktu, baik disiapkan sendiri oleh informan maupun dengan bantuan keluarga lainnya.

Kepatuhan dalam mengkonsumsi ARV merupakan salah satu cara mengurangi resiko penularan HIV kepada pasangan, hal ini sesuai dengan panduan ART dari Kemenkes (2014), bahwa terapi ARV adalah pencegahan penularan HIV paling efektif saat ini. Orang dengan HIV yang mempunyai pasangan seksual non-HIV (pasangan serodiskordan) harus diinformasikan bahwa terapi ARV juga bertujuan untuk mengurangi risiko penularan pada pasangannya.

Kepatuhan dalam mengkonsumsi ARV sangat dipengaruhi oleh dukungan dari orang-orang terdekat penderita HIV, terutama istri. Ini didukung oleh penelitian Sugiharti (2012) dengan hasil sebanyak 9 dari 11 ODHA memiliki tingkat kepatuhan ODHA minum obat ARV > 95%. Faktor-faktor yang mendukung ODHA dalam minum obat ARV adalah faktor keluarga, teman, Forum WPA (Warga Peduli AIDS) dan faktor internal dalam diri ODHA.

c. Profilaksis bagi serodiskordan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, semua informan mengaku tidak pernah mendapatkan profilaksis ARV.

Tahun 2015, WHO mengeluarkan rekomendasi kembali bahwa dari dua belas percobaan efektivitas profilaksis oral yang telah dilakukan di antara pasangan serodiskordan, pria heteroseksual, wanita, pria yang berhubungan seks dengan pria, orang yang menyuntikkan narkoba dan transgender wanita, dibuat kesimpulan bahwa profilaksis sangat dianjurkan untuk pria yang berhubungan seks dengan pria dengan pertimbangan bahwa Lelaki Sex Lelaki (LSL) adalah orang-orang yang berisiko tinggi tertular HIV.

Di Indonesia, profilaksis paparan pada serodiskordan pasangan heteroseksual tidak terlalu ditekankan begitupun pelaksanaannya di POKJA HIV AIDS RSPI Sulianti Saroso, di RSPI yang lebih diutamakan diberikan profilaksis yaitu khusus pada pasangan LSL, pasusun dan pasca pajanan sesuai dengan rekomendasi WHO 2015.

TEMA 4: Pandangan tentang seksualitas

Tema ini menjelaskan bagaimana pandangan serodiskordan tentang seksualitas. Seksualitas adalah kebutuhan dasar manusia dalam manifestasi kehidupan yang berhubungan dengan alat reproduksi. (Stevens: 1999). Sedangkan menurut WHO dalam Mardiana (2012) seksualitas adalah suatu aspek inti manusia sepanjang kehidupannya dan meliputi seks, identitas dan peran gender, orientasi seksual, erotisme, kenikmatan, kemesraan dan reproduksi.

a. Agama

Dari hasil wawancara mendalam sebagian informan mengatakan bahwa seksualitas adalah suatu bentuk ibadah istri terhadap suami, dan merupakan kewajiban dalam melayani suami. Keyakinan bahwa melayani suami merupakan ibadah tertuang dalam sebuah Hadist:

Rasulullah SAW bersabda, "Dalam kemaluanmu itu ada sedekah." Sahabat lalu bertanya, "Wahai Rasulullah, apakah kita mendapat pahala dengan menggauli istri kita?" Rasulullah menjawab, "Bukankah jika kalian menyalurkan nafsu di jalan yang haram akan berdosa? Maka begitu juga sebaliknya, bila disalurkan di jalan yang halal, kalian akan berpahala." (HR. Bukhari, Abu Dawud dan Ibnu Khuzaimah).

Dan dalam hal hubungan seksual, istri wajib melayani suami jika suami mengajaknya untuk berhubungan, maka istri tidak boleh menolaknya, ini merujuk pada Hadist:

يُبْنِي النَّعَ: هُنَّ عَهْلًا لِيَضْرَبَ رُؤْيَا رُؤْيَا نَبِيَّ دَح
 اذِلَّالَاقَ مَلَسَ وَيَلْعَهُ لَلَا يَلَّصَ
 اَهُتَنَعَلْ اَوْجُوزَ شَارِفَ عَرَجَاهُ اَرْمَلًا تَتَابَ
 حَبْصُتْ يَتَحُةَ كَيْئَالَ مَلًا

Artinya: Diceritakan dari Abu Hurairah bahwa Rasulullah bersabda: Etika suami mengajaknya berhubungan intim, kemudian ia menolaknya, sehingga suami tidur dengan penuh kegundahan, ia dilaknat oleh para malaikat sampai pagi. (HR. Muslim).

b. Biologis

Berdasarkan hasil wawancara, beberapa informan mengatakan bahwa seksualitas itu merupakan kebutuhan manusia baik laki-laki ataupun perempuan dan merupakan cara manusia untuk memperoleh keturunan (berkembang biak). Seperti Firman Allah SWT:

نَمْ كَقَلَّخَ يَدَّلَا مُكَبَّرَ اَوْقَتَا سَانَلَا اَهْيَا اَي
 الَاَجْرَامُ هُنَمْ تَبَّوَا هَجُوزَا هُنَمْ قَلَّخَ وَدَحَاوَسْفَن
 نَوَلَّعَا سَتَ يَدَّلَا هَلَّلا اَوْقَتَاوَا عَاَسِنَاوَا اُرِيثَاكَا
 اَبِيَقَرَّ مُمْكَيْلَعَا نَاكَ هَلَّلا نَلَا مَحْرَالَا وَدَب

Artinya : “Hai sekalian manusia, bertakwalah kepada Tuhan-mu yang telah menciptakan kamu dari diri yang satu, dan daripadanya Allah menciptakan istrinya; dan daripada keduanya Allah memperkembang biakkan laki-laki dan perempuan yang banyak. Dan bertakwalah kepada Allah yang dengan (mempergunakan) nama-Nya kamu saling meminta satu sama lain, dan (peliharalah) hubungan silaturahmi. Sesungguhnya Allah selalu menjaga dan mengawasi kamu “. (QS. An Nisaa : 1).

KESIMPULAN

Berdasarkan dari hasil penelitian dapat disimpulkan pengalaman pengalaman serodiskordan dalam mempertahankan status HIV negatif:

1. Diperoleh gambaran karakteristik informan, jumlah informan sebanyak 6 orang dengan usia antara 35 - 45 tahun, dan agama terdiri dari agama kristen dan islam. Tingkat pendidikan informan Sekolah Dasar (SD), Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA/ SMEA) dan Perguruan

Tinggi (PT). Jenis pekerjaan terdiri dari ibu rumah tangga (IRT) dan dan Wiraswasta. Usia pernikahan dari 3 tahun hingga 19 tahun dan lamanya suami terdiagnosa HIV dari 1 tahun hingga 9 tahun.

2. Diperoleh gambaran pengetahuan mengenai HIV/AIDS, pengetahuan tentang HIV/AIDS tergambar dari pengetahuan informan mengenai pengertian HIV/AIDS, cara penularan dan penyebab suami tertular HIV. Semua informan tidak dapat menjelaskan pengertian HIV/AIDS secara konsep, informan lebih banyak tahu mengenai cara penularan HIV/AIDS. Ketakutan – ketakutan akan penularan hingga ada beberapa informan yang tidak melakukan hubungan seksual sama sekali karena kurang pengetahuan. Perlu diberikan informasi yang terus menerus terutama informasi-informasi terbaru mengenai HIV/AIDS kepada serodiskordan.
3. Diperoleh gambaran dan informasi mendalam mengenai kebutuhan seksual serodiskordan, ini tergambar dari pengetahuan tentang hubungan seksual, frekuensi hubungan seksual dan *sexual role* serodiskordan. Pemenuhan kebutuhan seksual pasangan serodiskordan sangat dipengaruhi oleh kondisi kesehatan suami yang menderita HIV/AIDS sehingga mempengaruhi frekuensi melakukan hubungan seksual. *Sexual role* pasangan serodiskordan bervariasi : menggunakan alat kontrasepsi, *coitus interruptus*, tanpa penetrasi dan tidak berhubungan sex sama sekali
4. Diperoleh gambaran dan informasi mendalam mengenai alat kontrasepsi yang digunakan pasangan HIV-serodiskordan. Kontrasepsi yang digunakan pasangan serodiskordan sebagian besar adalah kondom, *coitus interruptus* dilakukan hanya sebagai pengganti jika kondom tidak tersedia.
5. Diperoleh gambaran dan informasi mendalam mengenai cara pencegahan penularan HIV yang dilakukan serodiskordan. Serodiskordan melindungi dirinya dari penularan HIV/AIDS yaitu dengan penggunaan pengaman dan tidak berhubungan seksual sama sekali juga menjadi pilihan serodiskordan dalam melindungi dirinya agar tidak tertular HIV.

6. Diperoleh gambaran dan informasi mendalam mengenai kepatuhan ARV pasangan HIV dan profilaksis yang digunakan oleh serodiskordan dan lama penggunaannya. Semua pasangan informan teratur dan patuh dalam mengkonsumsi ARV dan semua informan tidak pernah mendapatkan profilaksis.
7. Diperoleh gambaran dan informasi mendalam mengenai pandangan serodiskordan tentang seksualitas dilihat dari sisi agama yaitu merupakan bentuk ibadah istri, dan merupakan kewajiban istri dalam melayani kebutuhan seksual suami. Dan pandangan seksualitas dari sisi biologis bahwa sex merupakan kebutuhan manusia dan cara memperbanyak keturunan.

REFERENSI

- Yulianti, Adiningtyas Prima (2013). Kerentanan Perempuan Terhadap penularan HIV/AIDS: Studi pada Ibu Rumah Tangga Pengidap HIV/AIDS di Kabupaten Pati. *Palastren Jurnal* Vol. 6, No. 1, Juni 2013.
- van der Straten, Ariane (2010). Sexual risk behaviors among heterosexual HIV serodiscordant couple in the era of post-exposure prevention and viral suppressive therapy. *California. AIDS 2010*, Vol 14 No 4.
- Aru W, Sudoyo (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, jilid II, edisi V. Jakarta.
- Martin, Catherine (2014). HIV prevention in serodiscordant couples. *Wits Reproductive Health and HIV Institute*.
- Centre for Disease Control and Prevention (2013). HIV testing and risk behaviors among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *United States*. 2013 Nov 29;62(47):958-62.
- Rokhmah, Dewi (2015). Pola Asuh Dan Pembentukan Perilaku Seksual Berisiko Terhadap HIV/AIDS Pada Waria. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas>
- Megawati, Dhita Danny (2015). Perilaku seksual pada orang dengan HIV di Yogyakarta. *Skripsi : Naskah Publikasi UGM*.
- Martha, Evi; Kresno, Sudarti (2016). *Metodologi Penelitian Kualitatif Untuk Bidang Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Dalimoenthe, Ikhlasih (2011). *Perempuan dalam Cengkeraman HIV/AIDS: Kajian Sosiologi Feminis Perempuan Ibu Rumah Tangga*. UNJ. *Komunitas* Vol 5 , Nomor 1, Juli 2011; 41-48.
- Kemendes (2011). *Pedoman Nasional Penanganan IMS 2011*. Jakarta
- Kemendes (2013). *Pedoman Penatalaksanaan HIV/AIDS*. Jakarta.
- Kemendes (2014). *Permenkes Pedoman Pemberian Antiretroviral*. Jakarta.
- Kemendes (2016). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta
- Kemendppa (2008). *Pemberdayaan Perempuan dalam Pencegahan Penyebaran HIV/AIDS*. Jakarta
- Odendal, Lesley (2009). Increased risk of HIV transmission in serodiscordant couples wishing to conceive. <https://aidsmap.com>.
- Bukit, Lidya Mellisa (2015). Dimensi Budaya dan penyebaran HIV/AIDS di Perkumpulan Kasih Rakyat. *USU. Perspektif Sosiologi*, Vol 3, No 1, Oktober 2015.
- Lowdermilk, Perry, Cashion (2014). *Maternity Nursing 8th Edition*. Evolve
- Saryono, Mekar Dwi Anggraeni (2011). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Syafar, dkk (2014). Analisis Hambatan Perilaku pencegahan HIV AIDS pada pasangan serodiskordan di kota Makassar. *UNHAS*. <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/11558>
- Mardiana (2012). *Aktifitas Seksual Pra Lansia dan Lansia yang Berkunjung ke Poliklinik Geriatric RS Pusat Angkatan Udara dr. Esanawati Antariksa Jakarta Timur*. Skripsi: FKM UI.
- Mao L et al (2009). Self-reported sexual difficulties and their association with depression and other factors among gay men attending high HIV-caseload general practices in Australia. *J Sex Med* 6: 1378-85, 2009.
- Moleong, M.A (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung. Remaja Rosdakarya.
- N.P.Diwiyami, A.A.S. Sawitri, D.N.Wirawan (2011-2015). *Sexual Role dan Riwayat Infeksi Menular Seksual Sebagai Risiko Serokonversi HIV pada Laki Laki dengan Laki yang Berkunjung di Klinik Bali Medika Badung, Bali*. Bali.

- Nursalam (2007). Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV. Jakarta. Salemba Medika.
- Febriani, Nurul (2010). Pola Penyakit Saraf Pada Penderita HIV/AIDS DI RSUP Dr. Kariadi Semarang. UNDIP.
- Becquet, Renaud (2007). Early mixed feeding and breastfeeding beyond 6 months increase the risk of postnatal HIV transmission. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2007.11.014>
- Heffron, R (2011). Hormonal contraceptive use and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort analysis. 6th International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention (IAS 2011). Rome, July 17-20, 2011. Abstract WEAX0206.
- Pebody, Roger (2015). Awareness of treatment's impact on transmission is transforming the lives of couple of mixed HIV status in Australia. *Sociology of Health and Illness Australia*. <http://spiritia.or.id/>
- Price, Sylvia A. (2007). *Patofisiologi Konsep Klinis dan Proses-Proses Penyakit*. Dialih bahasa oleh Brahm dr, dkk. Jakarta. EGC
- Weller, Susan C (2002). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Chocrane Library*. <http://onlinelibrary.wiley.com/getIdentityKey?redirectTo>
- Susilowati, Tuti (2012). Faktor -Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian HIV Dan AIDS Di Semarang Dan Sekitarnya. *Jurnal Komunikasi Kesehatan* <http://e-journal.akbid-purworejo.ac.id/index.php/jkk2/article/view/45>
- Khatimah, Umi Khusnul (2013). Hubungan Seksual Suami-Istri Dalam Perspektif Gender Dan Hukum Islam. *Ahkam Jurnal Ilmu Syariah*. <http://journal.uinjkt.ac.id/index.php/ahkam/article/view/936>
- UNAIDS (2016). *AIDS Up Date 2016*. Switzerland.
- Raharjo, Wahyu (2016). Harga diri seksual, Konvulsivitas Seksual, dan Perilaku Seks Beresiko pada Orang dengan HIV/AIDS. *Universitas Gunadarma: Jurnal Psikologi* Volume 43, Nomor 1, 2016: 52 - 65
- WHO (2012). *Guidance On Couples Hiv Testing And Counselling Including Antiretroviral Therapy For Treatment And Prevention In Serodiscordant Couples*. Switzerland.
- Zona MD, et al (2012). Erectile Dysfunction Is More Common in Young to Middle-Aged HIV-Infected Men than in HIV-Uninfected Men. *University of Modena and Reggio Emilia*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2012.02750.x/full>
- Wall KM (2016). Hormonal contraception safe for women with HIV and may have important health benefit. *Australia*

**Titih Huriah¹,
Dwi Wulandari
Ningtias**

¹ Magister Keperawatan, Program Pasca Sarjana, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Email : titih.huriah@umy.ac.id

Pengaruh Active Cycle Of Breathing Technique Terhadap Peningkatan Nilai VEP₁, Jumlah Sputum, dan Mobilisasi Sangkar Thoraks Pasien PPOK

Info Artikel:

Masuk : 21 Januari 2017
Revisi : 19 Mei 2017
Diterima : 11 Juni 2017
DOI Number : 10.18196/ijnp.1260

ABSTRAK

Salah satu bagian integral dari manajemen COPD adalah membersihkan jalan nafas untuk mengatasi gejala klinis seperti produksi sputum dan sesak napas yang menyebabkan penurunan VEP₁, produksi sputum yang berlebihan, dan terganggunya mobilisasi toraks. Perawat dapat membantu pasien PPOK untuk memulihkan kondisi fisiknya dan memperbaiki pola nafasnya dengan memutus mata rantai keluhan yang ada dengan *Active Cycle of Breathing Technique (ACBT)*. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh ACBT terhadap peningkatan nilai VEP₁, pengurangan jumlah volume sputum, dan peningkatan mobilisasi sangkar toraks pada penderita PPOK. Penelitian ini merupakan penelitian *Quasi Experiment* dengan rancangan *pre-post test with control group design*. Sebanyak 30 orang pasien dibagi kedalam 2 kelompok yaitu 15 responden untuk kelompok intervensi dan 15 responden untuk kelompok kontrol dengan menggunakan teknik *quota sampling*. Analisis yang digunakan adalah uji t-test. Kelompok intervensi diberikan terapi ACBT dan farmakologi dan kelompok kontrol hanya diberikan terapi farmakologi. ACBT memberikan pengaruh yang bermakna terhadap jumlah sputum dan ekspansi toraks pada kelompok intervensi daripada kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,026$ untuk jumlah sputum dan $p = 0,004$ untuk ekspansi toraks, sedangkan pada nilai VEP₁, ACBT tidak memberikan pengaruh yang bermakna dengan nilai $p = 0,058$. *Active Cycle of Breathing Technique (ACBT)* efektif dalam membantu pengeluaran sputum dan meningkatkan ekspansi toraks pasien PPOK, tetapi kurang efektif dalam meningkatkan nilai VEP₁.

Kata Kunci: *Active Cycle of Breathing Technique (ACBT)*, Penyakit Paru Obstruksi Kronik, Bersihan Jalan Napas, Ekspansi Toraks, VEP₁.

ABSTRACT

Airway clearance is an integral part of the management of COPD to cope clinical symptoms such as sputum production and shortness of breath that causes impairment VEP_1 , excessive sputum production, and impaired thoracic mobilization. Nurses can help COPD patients to break the chain of the existing complaint with the Active Cycle of Breathing Technique (ACBT). The purpose of this study was to determine the effect of ACBT in increasing VEP_1 , reducing amount of sputum, and increasing mobilization of the thoracic cage in COPD patients. This is a Quasi Experimental study with pre-post test with control group design. The 30 participants were divided into experimental group (15 subjects) and control group (15 subjects) by using quota sampling. The experimental group received ACBT and pharmacological therapy and the control group just received pharmacological therapy. Result findings show that ACBT give a significant effect on the amount of sputum and thoracic expansion in the intervention group than the control group, with $p = 0.026$ and $p = 0.004$ respectively, while for the value of VEP_1 , ACBT not provide significant effect with $p = 0.058$. ACBT effective in helping expenditures sputum and increasing thoracic expansion COPD patients, but less effective in enhancing the VEP_1 .

Keywords: *Active Cycle of Breathing Technique (ACBT), Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Airway Clearance, Thoracic Expansion, VEP_1 .*

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) pada tahun 2015, menyatakan bahwa PPOK merupakan penyebab utama keempat morbiditas kronis dan kematian di Amerika Serikat, dan diproyeksikan akan menjadi peringkat ke-lima pada tahun 2020 sebagai beban penyakit di seluruh dunia. Pada Tahun 2020, diperkirakan 65 juta penduduk dunia menderita PPOK sedang sampai berat, dimana lebih dari 3 juta orang meninggal karena PPOK, dan menyumbang 6% dari seluruh penyebab kematian (Dipiro, et al, 2015). Indonesia dalam Riskesdas Tahun 2013, menyebutkan bahwa prevalensi PPOK sebesar 3,7 persen per mil, dengan prevalensi lebih tinggi pada laki-laki yaitu sebesar 4,2% (Kemenkes RI, 2013).

Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta berada pada urutan

ke-23 berdasarkan jumlah penderita PPOK di Indonesia, dengan prevalensi sebesar 3,0% (Kemenkes RI, 2015). Berdasarkan data dari Rumah Sakit Paru Respira Yogyakarta pada tahun 2015, PPOK menempati urutan pertama dari 10 besar penyakit pasien rawat inap maupun rawat jalan. Jumlah pasien rawat inap sebanyak 104 orang, sedangkan pasien rawat jalan sebanyak 402 orang (Respira, 2015).

Rabe et al (2007) menyatakan bahwa PPOK adalah penyakit kronis saluran napas yang ditandai dengan hambatan aliran udara khususnya udara ekspirasi dan bersifat progresif lambat, disebabkan oleh pajanan faktor resiko seperti merokok, polusi udara di dalam maupun di luar ruangan (Kemenkes RI, 2013). Onset biasanya pada usia pertengahan dan tidak hilang dengan pengobatan (Lestari, 2015). Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (2011) menyatakan bahwa inflamasi dan *air trapping* adalah dasar dari PPOK yang menyebabkan penurunan VEP_1 dan penyempitan saluran napas perifer. Besarnya inflamasi, fibrosis, dan eksudat pada saluran napas kecil berhubungan dengan penurunan VEP_1 dan rasio VEP_1/FVC .

Ikalius (2007) menyatakan bahwa untuk memperbaiki ventilasi dan menyelaraskan kerja otot abdomen dan thoraks dengan teknik latihan yang meliputi latihan pernafasan. Tujuan latihan pernafasan pada pasien PPOK adalah untuk mengatur frekuensi dan pola pernafasan sehingga mengurangi *air trapping*, memperbaiki fungsi diafragma, memperbaiki ventilasi alveoli untuk memperbaiki pertukaran gas tanpa meningkatkan kerja pernafasan, memperbaiki mobilitas sangkar thoraks, mengatur dan mengkoordinasi kecepatan pernafasan sehingga sesak nafas berkurang (Khotimah, 2013).

Perawat dapat membantu pasien PPOK untuk memulihkan kondisi fisiknya dan memperbaiki pola nafasnya, untuk memutus mata rantai keluhan yang ada dengan *Active Cycle of Breathing Technique (ACBT)* yang bertujuan untuk membersihkan jalan nafas dari sputum agar diperoleh hasil pengurangan sesak nafas, pengurangan batuk, dan perbaikan pola nafas yang terdiri dari *Breathing Control (BC)*, *Thoracic Expansion Exercise (TEE)*, dan *Forced Expiration Technique (FET)*.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode *Quasi Experiment* dengan rancangan *pre-post test design with control group*,

yang akan mengungkapkan hubungan sebab akibat pemberian intervensi *Active Cycle of Breathing Technique (ACBT)* terhadap nilai VEP_1 , jumlah volume sputum, dan mobilisasi sangkar toraks pada penderita PPOK. Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus uji hipotesis dua kelompok independen beda rerata (mean). Hasil perhitungan didapatkan masing-masing kelompok adalah 13 orang. Peneliti menambahkan 2 responden pada masing-masing kelompok untukantisipasi drop out sehingga jumlah masing-masing kelompok adalah 15 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah kuota sampling. Kuota sampling diterapkan karena keterbatasan pasien rawat inap yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel diambil dari populasi yang mempunyai ciri-ciri sesuai kriteria inklusi dan eksklusi sampai memenuhi jumlah (kuota) yang diinginkan. Pembagian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan cara *purposive sampling* dimana kelompok intervensi dan kelompok kontrol berbeda ruangan. Kriteria inklusi yang ditetapkan adalah pasien sesak nafas grade 0 sampai 3. Kriteria eksklusi adalah pasien PPOK dengan komplikasi kardiovaskuler, pasien PPOK dengan gangguan jiwa, dan pasien PPOK dengan penyakit penyerta lain yang kronik.

Kelompok intervensi diberikan ACBT dan terapi standar farmakologi, sedangkan kelompok kontrol diberikan terapi standar yaitu terapi farmakologi. Intervensi dilakukan 30 menit sebelum responden minum obat. Durasi treatment untuk kelompok intervensi adalah satu kali sehari selama 15 – 20 menit perhari selama 3 hari. Selama latihan peneliti membimbing responden untuk melakukan tahapan dalam ACBT, yaitu :

- 1) *Breathing control* : Responden diposisikan duduk rileks diatas tempat tidur atau di kursi, kemudian dibimbing untuk melakukan inspirasi dan ekspirasi secara teratur dan tenang, yang diulang sebanyak 3 – 5 kali oleh responden. Tangan peneliti diletakkan pada bagian belakang toraks responden untuk merasakan pergerakan yang naik turun selama responden bernapas.
- 2) *Thoracic Expansion Exercises* : masih dalam posisi duduk yang sama, responden kemudian dibimbing untuk menarik napas dalam secara perlahan lalu menghembuskannya secara perlahan hingga udara dalam paru-paru terasa kosong. Langkah ini diulang sebanyak 3 – 5 kali oleh responden, jika responden merasa napasnya

lebih ringan, responden dibimbing untuk mengulangi kembali dari kontrol pernapasan awal.

- 3) *Forced Expiration Technique* : setelah melakukan dua langkah diatas, selanjutnya responden diminta untuk mengambil napas dalam secukupnya lalu mengkontraksikan otot perutnya untuk menekan napas saat ekspirasi dan menjaga agar mulut serta tenggorokan tetap terbuka. *Huffing* dilakukan sebanyak 2 – 3 kali dengan cara yang sama, lalu diakhiri dengan batuk efektif untuk mengeluarkan sputum.

Bila ketiga langkah diatas telah dilakukan oleh responden, selanjutnya peneliti membimbing responden untuk merilekskan otot-otot pernapasannya dengan tetap melakukan kontrol pernapasan dan kemudian mengulangi siklus tersebut 3 hingga 5 siklus atau sampai responden merasa adanya telah bersih dari sputum. Alat yang digunakan untuk mengukur VEP_1 adalah spirometri, jumlah volume sputum diukur dengan menggunakan gelas ukur, dan mobilisasi sangkar toraks diukur dengan menggunakan midline. Pengukuran dilakukan pre-post dilakukan setiap hari selama tiga hari yaitu di hari pertama, hari kedua dan hari ketiga.

Analisis data penelitian menggunakan software SPSS. Nilai pre post VEP_1 , jumlah volume sputum dan mobilisasi sangkar toraks pada kelompok intervensi maupun kontrol dianalisis menggunakan *paired t-test* sedangkan untuk menilai perbedaan nilai VEP_1 , jumlah volume sputum dan mobilisasi sangkar toraks antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan analisis *independent t-test*.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

Tabel 1 memperlihatkan bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yang paling banyak adalah laki-laki yang berjumlah 17 orang responden (56,7%), yang terbagi menjadi 9 orang responden (60%) pada kelompok perlakuan dan 8 orang responden (53,3%) pada kelompok kontrol. Usia responden yang paling banyak adalah berusia dibawah 65 tahun yang berjumlah 16 orang responden (53,3%). Sebagian besar responden (83,3%) baik pada kelompok intervensi maupun kontrol tidak memiliki riwayat infeksi paru dengan riwayat terpapar polusi udara yang berjumlah 24 orang responden (80%), serta riwayat merokok sebanyak 17 orang responden (56,7%).

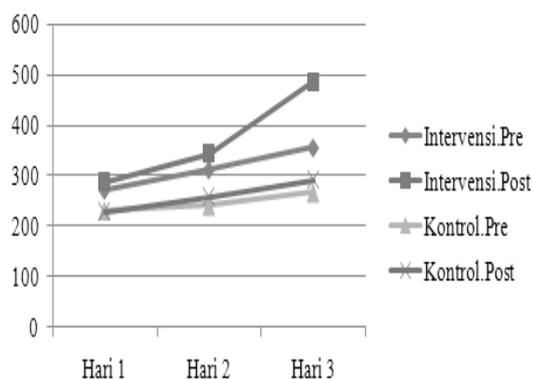
Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden PPOK yang Rawat Inap di RS Paru Respira Yogyakarta (n=30)

Karakteristik	Intervensi (n=15)		Kontrol (n=15)		Total	
	f	%	f	%	f	%
Jenis Kelamin						
Laki-laki	9	60	8	53,3	17	56,7
Perempuan	6	40	7	46,7	13	43,3
Umur						
<65	10	66,7	6	40	16	53,3
≥65	5	33,3	9	60	14	46,7
Riwayat Infeksi Paru						
Ya	3	20	2	13,3	5	16,7
Tidak	12	80	13	86,7	25	83,3
Riwayat Terpapar Polusi Udara						
Ya	12	80	12	80	24	80
Tidak	3	20	3	20	6	20
Riwayat Merokok						
Ya	9	60	8	53,3	17	56,7
Tidak	6	40	7	46,7	13	43,3

Sumber: Data Primer

Nilai Volume Ekspirasi Paksa detik Pertama (VEP1)

Perubahan nilai rerata VEP1 pada kedua kelompok dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Grafik 1. Rerata VEP1 pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Grafik 1 memperlihatkan bahwa rerata nilai VEP1 kelompok intervensi mengalami peningkatan sebesar 214 poin setelah diberikan latihan ACBT, yaitu dari 272,7 ml/dtk saat pre-tes hari pertama menjadi 486,7 ml/dtk pada saat post-tes hari ke-3. Sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan latihan ACBT, ketika pre-tes hari pertama sebesar 231,3 ml/dtk, lalu meningkat menjadi 290,7 ml/dtk pada saat post-tes hari ke-3.

Tabel 2. Distribusi Hasil Uji Beda Nilai VEP1 pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Nilai VEP1		t	p value*
	Pre dan Post Hari ke-			
Intervensi (n=15)	I Pre-Post		-1,13	0,257
	II Pre-Post		-2,95	0,003
	III Pre-Post		-2,81	0,005
Kontrol (n=15)	I Pre-Post		0,54	0,595
	II Pre-Post		-3,95	0,001
	III Pre-Post		-1,79	0,095

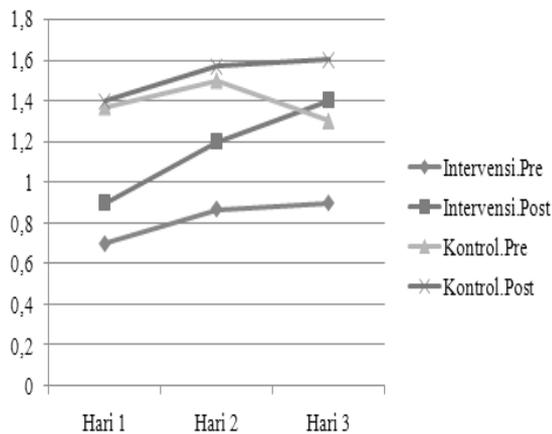
*Nilai $p < 0,05$ berdasarkan uji *paired sample t-test*

Berdasarkan tabel 2, latihan ACBT yang diberikan pada awal pertemuan (hari ke-1) pada kelompok intervensi, tidak memberikan pengaruh yang bermakna terhadap nilai VEP1 dengan nilai $p = 0,257$, namun pada hari ke-2 dan ke-3, latihan ACBT memberikan pengaruh yang bermakna dengan nilai $p = 0,003$ pada hari ke 2 dan nilai $p = 0,005$ pada hari ke-3.

Hasil uji *paired sample t-test* perbedaan nilai VEP1 pre-tes dan post-tes hari pertama pada kelompok kontrol, diperoleh nilai $p > 0,05$ yang artinya tidak ada perbedaan yang signifikan. Akan tetapi pada hari ke-2, nilai $p = 0,001$ ($< 0,05$) yang mengindikasikan adanya perbedaan yang signifikan pada nilai VEP1 dan pada hari ketiga kembali tidak terlihat adanya perubahan.

Nilai Volume Jumlah Sputum

Perubahan nilai rerata jumlah sputum pada kedua kelompok dapat dilihat pada grafik 2 berikut ini :



Grafik 2. Rerata Jumlah Sputum pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Berdasarkan grafik diatas, nampak bahwa rerata jumlah sputum kelompok intervensi mengalami peningkatan sebesar 0,7 poin setelah diberikan latihan ACBT, yaitu dari 0,7 ml saat pre-tes hari pertama menjadi 1,4 ml pada saat post-tes hari ke-3. Sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan latihan ACBT, ketika pre-tes hari pertama sebesar 1,37 ml menjadi 1,6 ml pada saat post-tes hari ke-3.

Tabel 3. Distribusi Hasil Uji Beda Jumlah Sputum pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Nilai Jumlah Sputum Pre dan Post Hari ke-	t	P value*
Intervensi (n=15)	I Pre-Post	-1,63	0,102
	II Pre-Post	-1,38	0,168
	III Pre-Post	-1,62	0,106
Kontrol (n=15)	I Pre-Post	-1,00	0,317
	II Pre-Post	-0,35	0,728
	III Pre-Post	-1,46	0,144

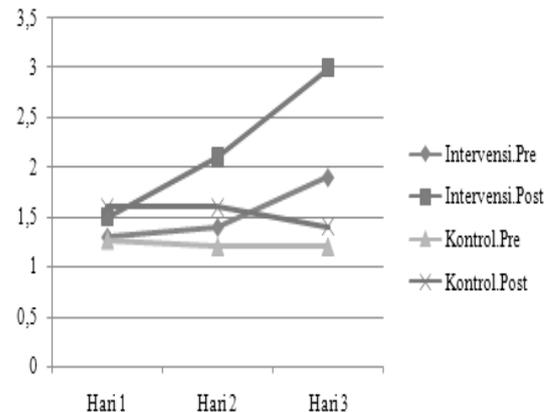
*Nilai $p < 0,05$ berdasarkan uji *paired sample t-test*

Sumber: Data Primer

Tabel 3 menyajikan data analisis jumlah sputum pre-tes dan post-tes pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil uji menunjukkan bahwa, pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan pada pengeluaran jumlah sputum responden baik pada hari pertama, ke-dua maupun ke-tiga. Begitu pula pada kelompok kontrol hari ke-1 dan ke-3.

Nilai Ekspansi Thoraks

Perubahan nilai rerata jumlah sputum pada kedua kelompok dapat dilihat pada grafik 3 berikut ini :



Grafik 3. Rerata Ekspansi Toraks pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Grafik 3 memperlihatkan bahwa rerata nilai ekspansi thoraks kelompok intervensi mengalami peningkatan sebesar 1,7 poin setelah diberikan latihan ACBT, yaitu dari 1,3 cm saat pre-tes hari pertama menjadi 3,0 cm pada saat post-tes hari ke-tiga. Sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan latihan ACBT hanya meningkat 0,13 cm, yaitu ketika pre-tes hari pertama sebesar 1,27 cm, lalu menjadi 1,4 cm pada saat post-tes hari ke-3.

Tabel 4. Distribusi Hasil Uji Beda Nilai Ekspansi Thoraks pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Nilai Ekspansi Thoraks Pre dan Post Hari ke-	t	P value
Intervensi (n=15)	I Pre-Post	-1,13	0,257
	II Pre-Post	-2,35	0,019
	III Pre-Post	-2,16	0,031
Kontrol (n=15)	I Pre-Post	-2,24	0,025
	II Pre-Post	-2,12	0,034
	III Pre-Post	-1,34	0,180

Sumber: Data Primer

Hasil uji menunjukkan bahwa, pada kelompok intervensi yang awalnya pada hari pertama pemberian ACBT tidak menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara nilai pre-tes dan pos-tesnya, akan tetapi pada hari ke-2 dan ke-3

terlihat ada pengaruh yang bermakna pemberian latihan ACBT terhadap perubahan nilai ekspansi thoraks pasien PPOK. Sedangkan pada kelompok kontrol yang terlihat ada perubahan namun pada hari ke-3 tidak terlihat perbedaan yang signifikan pada nilai ekspansi thoraks pasien PPOK..

ACBT terhadap Nilai VEP1, Jumlah Sputum, dan Ekspansi Toraks pada Pasien PPOK

Tabel 5 memperlihatkan bahwa latihan ACBT memberikan pengaruh yang signifikan terhadap jumlah sputum dan ekspansi toraks kelompok intervensi daripada kelompok kontrol yang tidak diberikan ACBT dengan nilai $p = 0,026$ untuk jumlah sputum dan $p=0,004$ untuk ekspansi toraks. Sedangkan pada nilai VEP1, ACBT tidak memberikan pengaruh yang signifikan dengan nilai $p = 0,058$. Hasil ini mengartikan bahwa ACBT efektif dalam membantu pengeluaran sputum dan meningkatkan ekspansi toraks pasien PPOK, tetapi kurang efektif dalam meningkatkan nilai VEP1.

Tabel 5. Analisis Pengaruh ACBT terhadap Nilai VEP1, Jumlah Sputum, dan Ekspansi Toraks Pasien PPOK di RS Respira Yogyakarta

Variabel	Kelompok	t	p value*
VEP1	Intervensi Kontrol	-1,89	0,058
Jumlah Sputum	Intervensi Kontrol	-2,22	0,026
Ekspansi Toraks	Intervensi Kontrol	-2,88	0,004

*Nilai p berdasarkan uji *independent t-test*

Sumber: Data Primer

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik responden menunjukkan jumlah pasien berjenis kelamin laki-laki yang menderita PPOK adalah yang paling banyak yaitu berjumlah 17 orang responden (56,7%). Peran jenis kelamin sebagai faktor resiko untuk PPOK masih belum jelas. Di masa lalu, beberapa studi menunjukkan bahwa prevalensi PPOK dan kematian lebih besar di antara laki-laki daripada perempuan, sedangkan studi terbaru menunjukkan bahwa dari negara-negara maju, prevalensi penyakit ini hampir sama pada pria dan wanita yang

mungkin mencerminkan perubahan pola merokok tembakau dan akan meningkat pada kelompok usia > 45 tahun (Potter, Perry, 2006; Oemiyati, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan antara kategori usia < 65 tahun dan ≥ 65 tahun memiliki prosentase yang hampir sama pada kejadian PPOK. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestari yang mendiskripsikan mayoritas penderita PPOK adalah usia 67 – 74 tahun dengan perhitungan statistik diperoleh rerata usia yaitu 60,8 tahun (Oemiyati, 2013). Haraguchi *et al* (2016) menyatakan semakin bertambah usia terutama pada lanjut usia, kejadian PPOK semakin tinggi dan dampak PPOK akan semakin berat dibandingkan dengan usia yang lebih muda.

Selain jenis kelamin dan usia, variabel lain dalam penelitian ini adalah riwayat kesehatan responden yang terdiri dari riwayat infeksi paru, terpapar polusi udara, dan riwayat merokok yang merupakan faktor resiko PPOK berdasarkan PDPI tahun 2011 (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2011). Dari hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden pada kelompok intervensi maupun kontrol tidak memiliki riwayat infeksi paru dengan jumlah 25 orang responden (83,3%). Beberapa responden yang memiliki riwayat terpapar polusi udara yaitu berjumlah 24 orang responden (80%), serta riwayat merokok sebanyak 17 orang responden (56,7%). PDPI tahun 2011 menyatakan bahwa polusi udara mempunyai pengaruh buruk terhadap nilai VEP1. Zat polutan yang paling kuat menyebabkan PPOK adalah Cadmium, Zink, dan debu, serta bahan asap pembakaran / pabrik / tambang. Polusi dari tempat kerja misalnya debu-debu oraganik (debu sayuran dan bakteri atau racun-racun dari jamur), industri tekstil (debu dari kapas), dan lingkungan industri (PDPI, 2011).

Merokok adalah faktor resiko utama PPOK walaupun partikel dari berbagai gas juga memberi kontribusi, secara umum telah diterima bahwa merokok merupakan faktor resiko terpenting PPOK namun hanya 10% – 20% perokok mengalami gangguan fungsi paru berat yang terkait PPOK. Dalam GOLD tahun 2015, menyatakan bahwa perokok memiliki prevalensi lebih tinggi dari kelainan fungsi paru-paru dan gangguan pernafasan, riwayat merokok yang menahun menunjukkan penurunan VEP1 yang lebih besar, dan tingkat kematian yang lebih tinggi untuk PPOK dibanding bukan perokok. Paparan pasif asap rokok juga dapat menyebabkan

gejala pernapasan dan meningkatkan beban total paru-paru (Oemiyati, 2011; Maranata, Daniel, 2010).

Kesenjangan teori dan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak hanya merokok yang dapat mengakibatkan PPOK tapi terpajannya dengan zat polutan juga menjadi hal yang perlu diperhatikan. Responden banyak yang mengakui bahwa terpapar asap rokok dari teman atau keluarga merokok atau bahkan klien mengaku sudah berhenti merokok tapi penyakitnya dirasakan ketika menginjak umur 40 tahunan. Proses patogenesis yang panjang beriringan dengan proses penuaan memberikan dampak yang buruk terhadap kondisi saluran napas.

Nilai Volume Ekspirasi Paksa detik Pertama (VEP₁) Pre-Post Test pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Hasil penelitian menunjukkan rerata nilai VEP₁ pada kedua kelompok sama-sama mengalami peningkatan pada post-tes I, post-tes II, dan post-tes III, karena baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol mendapatkan terapi medikasi sebagai standar penatalaksanaan PPOK di Rumah Sakit guna mengurangi sesak yang dirasakan pasien. Peningkatan nilai VEP₁ pada kelompok intervensi yang diberikan latihan ACBT, jauh lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi medikasi.

Smeltzer (2002) menyatakan bahwa sebagian besar pasien dapat menghembuskan sedikitnya 75% atau 80% dari nilai normal kapasitas vital yang berkisar 4500 ml dari kapasitas vital mereka dalam satu detik (VEP₁) dan hampir semuanya dalam 3 detik (VEP₃). Ketika VEPI dan FVC pasien menurun secara proporsional, aliran udara pulmonal menjadi abnormal dan ekspansi paru maksimal dapat terbatas. Jika penurunan VEPI sangat melebihi penurunan FVC, pasien mungkin mengalami obstruksi jalan napas sampai tingkat tertentu (Sherwood, 2015).

Dalam penelitian ini, didapatkan nilai VEP₁ yang paling tinggi dari responden mencapai 1600 ml, dengan nilai mean 272,7 – 486,7 pada kelompok intervensi dan 231,3 – 290,7 pada kelompok kontrol, jika dibandingkan antara nilai normal VEP₁ berdasarkan teori tersebut, maka hasil ini sangatlah kecil. Namun sejak hari pertama pemberian latihan ACBT, telah menunjukkan peningkatan nilai mean dan terus meningkat hingga hari ke-3 intervensi.

Nilai normal pada teori tersebut merupakan nilai normal yang telah ditetapkan oleh GOLD tahun 2015 berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di negara-negara Amerika maupun Eropa yang memiliki suku bangsa, kebiasaan, keadaan lingkungan, postur tubuh, dan nutrisi yang berbeda dengan Indonesia. Menurut Subagyo (2013), dari beberapa publikasi yang paling mewakili nilai faal paru orang Indonesia adalah penelitian Tim Pneumobile yang dilakukan di Jakarta dan Surabaya yang telah disesuaikan dengan rekomendasi ATS.

ACBT merupakan metode terapi yang fleksibel yang dapat digunakan pada semua pasien yang mempunyai masalah peningkatan sekresi sputum dan ACBT dapat dilakukan dengan dengan atau tanpa asisten. Dari penatalaksanaan ACBT juga dilaporkan bahwa keluhan sesak nafas yang dirasakan responden menjadi berkurang serta nilai SpO₂ yang adekuat berkisar 95% - 98%. Latihan pernafasan yang dilakukan saat ACBT menghasilkan peningkatan tekanan transpulmonar, memperluas jaringan paru dan memobilisasi secret dari bronkus. Suman Sheraz et al (2015 dalam Lamuvel et al, 2016) meneliti respon saturasi oksigen pada pasien yang telah diberikan ACBT. Hasil penelitian menunjukkan terjadi perbedaan yang signifikan pada PCO₂ dan saturasi oksigen pada kelompok eksperimen.

Beberapa Penelitian lain yang juga mendukung yaitu penelitian yang telah dilakukan oleh Mohamed Faisal, C.K et al (2012), penelitian Senthil et al (2015) dan penelitian Lamuvel et al (2016) yang bertujuan untuk mengetahui efektivitas ACBT sebagai sarana perawatan pasien PPOK. Hasil penelitian menunjukkan ACBT dapat meningkatkan nilai FVC, VEP₁, PEF, dan SpO₂. ACBT memiliki makna yang sangat tinggi dalam keberhasilan pengelolaan pasien dengan nilai $p < 0.05$. Berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pemberian latihan ACBT yang diberikan, mampu meningkatkan nilai VEP₁ pada pasien PPOK (Faisal, C.K et al, 2012; Senthil et al, 2015; Lamuvel et al, 2016; Melam et al, 2012).

Nilai Volume Jumlah Sputum Pre-Pos Test pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Hasil penelitian menunjukkan rerata jumlah volume sputum pada kedua kelompok sama-sama mengalami peningkatan, karena baik kelompok intervensi maupun

kelompok kontrol mendapatkan terapi medikasi sebagai standar penatalaksanaan PPOK di Rumah Sakit. Meskipun demikian, jumlah volume sputum yang mampu dikeluarkan pasien pada kelompok intervensi yang diberikan latihan ACBT jauh lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi medikasi.

Hasil uji beda jumlah sputum pada penelitian ini menunjukkan nilai $p > 0,05$ pada kedua kelompok, yang berarti tidak ada perbedaan yang signifikan pada pengeluaran jumlah sputum responden. Meskipun hasil uji beda menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok, namun berdasarkan jumlah rerata volume sputum yang dapat dikeluarkan oleh responden menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi mengalami peningkatan sebesar 0,7 poin setelah diberikan latihan ACBT, yaitu dari 0,7 ml saat pre-tes hari pertama menjadi 1,4 ml pada saat post-tes hari ke-3. Sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan latihan ACBT, ketika pre-tes hari pertama sebesar 1,37 ml menjadi 1,6 ml pada saat post-tes hari ke-3.

Sputum adalah bahan yang dikeluarkan dengan batuk, kira-kira 75-100 cc sputum disekresikan setiap hari oleh bronkus. Peningkatan jumlah produksi sputum merupakan manifestasi klinis dari PPOK (bronkhitis) yang paling dini. Sputum dapat mengandung debris sel, mukus, darah, pus, atau mikroorganisme (Swartz, 1995). Beberapa penelitian menyatakan bahwa ACBT merupakan teknik yang efektif dalam pembersihan sputum, dengan rata-rata perbedaan menunjukkan peningkatan jumlah sputum yang dapat dikeluarkan selama dan sampai satu jam setelah diberikan ACBT (Melam et al, 2012; Lewis et al, 2012).

Active Cycle of Breathing Technique (ACBT) sebagai salah satu terapi nonfarmakologi mempunyai tujuan utama membersihkan jalan nafas dari sputum yang merupakan produk dari infeksi atau proses patologi penyakit tersebut yang harus dikeluarkan dari jalan nafas agar diperoleh hasil pengurangan sesak nafas, pengurangan batuk, perbaikan pola nafas, serta meningkatkan mobilisasi sangkar thoraks (Lestari, 2015; Pawadshetty et al, 2016). Latihan ACBT yang diberikan kepada responden, sangat membantu responden dalam usahanya untuk mengeluarkan sputum yang menumpuk dan lengket tanpa menimbulkan rasa tidak nyaman pada tenggorokan dan dada mereka. Hal ini dibuktikan dengan

peningkatan jumlah sputum yang mampu dikeluarkan oleh responden, serta laporan responden yang mengatakan bahwa dengan menerapkan langkah-langkah yang diajarkan dalam latihan ACBT membuatnya dapat mengeluarkan sputum dengan lebih mudah dan tidak merasa perih pada tenggorokannya dan sakit pada dada.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Lestari pada tahun 2015 yang mendapatkan hasil bahwa jumlah sputum yang dapat dikeluarkan responden setelah penatalaksanaan ACBT meningkat, yaitu sebanyak 1,00 ml pada saat pre tes menjadi 6,56 ml pada saat post tes. Eaton et al menyatakan studi pertama yang secara sistematis mengevaluasi penerimaan akut dan keadaan yang dapat ditoleransi sebagai efek akut dari teknik bersihan jalan napas (*Flutter* dan ACBT dengan dan tanpa *postural drainage*) pada bronkiektasis. ACBT dengan *postural drainage* (PD) lebih unggul dibanding pemberian ACBT saja yang diukur dengan produksi sputum. ACBT secara signifikan lebih nyaman daripada ACBT dengan PD yang menyebabkan gangguan yang lebih besar dengan kehidupan sehari-hari (Eaton et al, 2007). Hasil ini menunjukkan bahwa dengan latihan ACBT, penderita PPOK dapat lebih mudah mengeluarkan sputum sehingga jalan nafas menjadi bersih, selain itu, responden juga melaporkan bahwa keluhan batuk yang dirasakan jauh lebih berkurang.

Nilai Ekspansi Thoraks Pre-Pos Test pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Hasil penelitian menunjukkan rerata nilai ekspansi toraks pada kedua kelompok sama-sama mengalami peningkatan, namun nilai ekspansi toraks pada kelompok intervensi yang diberikan latihan ACBT, jauh lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi medikasi. Berdasarkan hasil uji beda pada kelompok intervensi menunjukkan peningkatan signifikansi dari hari ke-1 hingga hari ke-3 pemberian latihan ACBT, tapi tidak demikian dengan kelompok kontrol. Ini membuktikan bahwa ada pengaruh yang bermakna pemberian latihan ACBT terhadap perubahan nilai ekspansi toraks pasien PPOK.

Berbagai macam keadaan dapat mengganggu ventilasi yang memadai, dan konfigurasi dada mungkin menunjukan penyakit paru. Peningkatan diameter anteroposterior dijumpai pada PPOK tingkat lanjut. Diameter anteroposterior

cenderung mendekati diameter lateral, sehingga terbentuk dada berbentuk tong. Iga-iga kehilangan sudut 45° dan menjadi lebih horizontal. Smeltzer (2002), menyatakan *barrel chest* terjadi sebagai akibat inflasi berlebihan paru-paru, terdapat peningkatan diameter anteroposterior toraks pada pasien dengan emfisema, iganya lebih melebar dan spasi interkostalnya cenderung untuk mengembang saat ekspirasi (Swartz, 1995). Ketidakmampuan beraktivitas pada pasien PPOK terjadi bukan hanya akibat dari adanya kelainan obstruksi saluran nafas pada parunya saja, tetapi juga akibat pengaruh beberapa faktor, salah satunya adalah penurunan fungsi otot skeletal. Adanya disfungsi otot skeletal akan membatasi kapasitas latihan dari pasien PPOK (Khotimah, 2013).

Dasar mekanika pernafasan dari rongga dada adalah inspirasi dan ekspirasi yang digerakkan oleh otot-otot pernafasan. Ketika dada membesar karena aksi otot-otot inspirasi, maka kedua paru mengembang mengikuti gerakan dinding dada. Dinding dada bagian atas dan sternum mempunyai gerakan ke atas dan ke depan (*anterocranial*) atau mekanisme *pump handle* pada inspirasi dan kembali ke posisi semula pada ekspirasi, dinding dada bagian tengah mempunyai gerakan ke samping dan ke depan (*lateroanterior*) pada inspirasi dan kembali ke posisi semula pada ekspirasi dan dinding dada bagian bawah mempunyai gerakan ke samping dan terangkat (*latero cranial*) atau mekanisme *bucket handle* selama inspirasi dan kembali ke posisi semula pada ekspirasi (Pryor, 2008).

Breathing exercise yang menjadi salah satu bagian dari ACBT ini didesain untuk melatih otot-otot pernafasan dan mengembalikan distribusi ventilasi, membantu mengurangi kerja otot pernafasan dan membetulkan pertukaran gas serta oksigen yang menurun. *Breathing exercise* dengan metode *thoracic expansion exercise*, bertujuan untuk meningkatkan fungsi paru dan menambah jumlah udara yang dapat dipompakan oleh paru sehingga dapat menjaga kinerja otot-otot bantu pernafasan dan dapat menjaga serta meningkatkan ekspansi sangkar thorak (Rab, 2010).

Hasil pengukuran yang telah dilakukan pada penelitian ini memperlihatkan bahwa rerata nilai ekspansi thoraks kelompok intervensi mengalami peningkatan sebesar 1,7 poin setelah diberikan latihan ACBT, yaitu dari 1,3 cm saat pre-tes hari pertama menjadi 3,0 cm pada saat post-tes. Sedangkan

pada kelompok kontrol yang tidak diberikan latihan ACBT hanya meningkat 0,13 cm, yaitu ketika pre-tes hari pertama sebesar 1,27 cm, lalu menjadi 1,4 cm pada saat pos-tes hari ke-3. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayat (2015) yang memperlihatkan peningkatan ekspansi sangkar thorak pada saat inspirasi setelah dilakukan metode *breathing exercise* sebanyak 6 kali terapi yaitu pada daerah axilla dari $T_0 = 1$ cm selisihnya menjadi $T_6 = 2$ cm, pada daerah intercostalis ke-4 dari $T_0 = 2$ cm selisihnya menjadi $T_6 = 3$ cm, pada daerah processus xiphoides dari $T_0 = 2$ cm selisihnya menjadi $T_6 = 3$ cm.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisa data yang diperoleh dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa *Active Cycle of Breathing Technique (ACBT)* mampu membantu meningkatkan nilai ekspansi toraks dan mengatasi masalah kesulitan untuk mengeluarkan sputum pada pasien PPOK di Rumah Sakit Paru Respira Yogyakarta. *Active Cycle of Breathing Technique (ACBT)* belum mampu meningkatkan nilai VEPI pada pasien PPOK di Rumah Sakit Paru Respira Yogyakarta. ACBT dapat diterapkan sebagai *evidence based practice* dalam profesionalisme pemberian asuhan keperawatan bagi masyarakat, untuk mengembangkan bentuk pelayanan nonfarmakologis sebagai salah satu intervensi keperawatan dalam mengatasi masalah pada pasien PPOK. Bagi pasien, ACBT ini bisa dijadikan pola hidup pasien, untuk mengurangi akumulasi sputum dalam saluran pernapasan, mengurangi sesak nafas, dan meningkatkan mobilisasi sangkar toraks sehingga kebutuhan oksigennya terpenuhi.

DAFTAR PUSTAKA

- Dipiro, Cecily V, Wels, Barbara G, Dipiro, Joseph T, Schwinghammer, Terry L. (2015). *Pharmacotherapy Handbook, 9th Edition*. United States: McGraw-Hill Education.
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Rencana Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2015 – 2019*. Jakarta: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015.
- Eaton, T., Young, P., Zeng, I., et al. (2007). A randomized evaluation of the acute efficacy, acceptability and tolerability of Flutter and Active cycle of breathing with

- and without postural drainage in non-cystic fibrosis bronchiectasis, *Chron. Respir. Dis.*; 4 (1) :23-30.
- Faisal, Mohamed, C.K., Puneeth, B., Devi, Renuka.M., & Ajith S. (2012). Efficacy Of Active Cycle Breathing Technique and Postural Drainage In Patients With Bronchiectasis - A Comparative Study. *Innovative Journal of Medical and Health Science 2*: 6 Nov - Dec (2012) 129 - 132. Retrieved from <http://www.innovativejournal.in/index.php/ijmhs>.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2015). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Update 2015*. GOLD. USA.
- Haraguchi Mizuha, Nakamura Hidetoshi, Sasaki Mamoru, Miyazaki Masaki, Chbachi Shotaro, Takahashi Saeko, Asano Koichiro, Jones Paul, Betsuyaku Tomoko, K-CCR group. (2016). Determinants of chronic obstructive pulmonary disease severity in the late-elderly differ from those in younger patients, *BMC Res Notes* (2016), 9:7
- Hidayat Faqih. (2015). Penatalaksanaan Fisioterapi pada PPOK di BBKPM Surakarta. *Naskah Publikasi*, Fakultas Ilmu Kesehatan, UMS.
- Ikalius, Yunus F, Suradi, dan Rachma N. 2007. Perubahan Kualitas Hidup dan Kapasitas Fungsional Penderita Penyakit Paru Obstruktif Kronis setelah Rehabilitasi Paru. *Majalah Kedokteran Indonesia*. Vol 57. No12: Desember. hal 447
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*. Jakarta: BPPK KEMENKES RI.
- Khotimah, S. (2013). Latihan Endurance Meningkatkan Kualitas Hidup Lebih Baik dari pada Latihan Pernafasan Pada Pasien PPOK di BP4 Yogyakarta. *Sport and Fitness Journal*. Volume 1, No. 1: 20-32.
- Lamuvel, MW., Kazi A., Gunjal S., Jaiswal Amit. (2016). Effect of ACBT and TENS on Pulmonary Function and Pain Perception in Abdominal Surgeries: A Randomized Control Trial, *International Journal of Health Sciences & Research*. 2016; 6 (6) : 211-217.
- Lewis, L.K., Williams, M.T., & Olds, T.S., (2012). The Active Cycle Breathing Techniques : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Respir Med*. 2012 Feb;106 (2) :155-72. doi: 10.1016/j.rmed.2011.10
- Maranata, Daniel. (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Paru 2010*. Surabaya: Departemen Ilmu Penyakit Paru FK Unair-RSUD Dr. Soetomo.
- Melam, G.R., Zakaria, A.R., Buragadda, S., Sharma, D., & Alghamdi, M.A. (2012). Comparison of Autogenic Drainage & Active Cycle Breathing Techniques on FEV1, FVC & PERF in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *World Applied Sciences Journal*, 20 (6): 818-822, 2012, ISSN 1818-4952, DOI: 10.5829/idosi.wasj.2012.20.06.71125.
- Oemiyati, R. (2013). *Kajian Epidemiologis Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)*. Jakarta: KEMENKES RI
- Pawadshetty Vishvanath, Munde Sarita, Sureshkumar, Pawadshetty Uma. (2016). A Study To Evaluate The Effect Of ACBT Over Autogenic Drainage Technique In COPD Patients-A Comparative Study (Abstract). *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy- An International Journal Abstract*, Volume 10, Issue 4, DOI : 10.5958/0973-5674.2016.00125.8.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2011). *Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK): Pedoman Dignosis dan Penatalaksanaan Di Indonesia*. Jakarta
- Potter, P.A., Perry, A.G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*, Edisi 4, Volume 2. Jakarta: EGC.
- Pryor J., Prasad S. (2008). *Physiotherapy for Respiratory and Cardiac Problems Adults and Paediatrics, 4th Edition*. London: Churchill Livingstone.
- Rab, T. (2010). *Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta: Trans Info Media.
- Rabe, Klaus F., Hurd, Suzanne., Anzueto, Antonio., Barnes, Peter J., Buist, Sonia A., Calverley, Peter., Fukuchi, Yoshinosike., Jenkins, Christine., Rodriguez-Roisin, Roberto., Weel, Chris van., and Zielinski, Jan. (2007). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, GOLD Executive Summary*. Leiden University Medical Center, Pulmonology, Leiden, The Netherlands
- Respira. (2015). *Data 10 Besar Penyakit Pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan*. Yogyakarta: Rumah Sakit Paru Respira Yogyakarta.
- Lestari, Ririt Ika. (2015). Manfaat Active Cycle Of Breathing Technique (ACBT) Bagi Penderita PPOK. *Naskah Publikasi*, Program Studi Fisioterapi, Universitas Muhammadiyah Surakarta

- Senthil P, Suchithra E, Koushik Kumar N. (2015). Effectiveness of active cycle of breathing techniques [Acbt] Versus Acbt with Acapella on airway clearance in bronchiectasis, *International Journal of Physical Education, Sports and Health* 2015; 1(4): 10-13.
- Sherwood, L. (2015). *Fisiologi Manusia: Dari Sel ke Sistem*, Edisi 8. Jakarta: EGC
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Volume 1. Jakarta: EGC.
- Subagyo, Ahmad. (2013). *Nilai normal faal paru orang Indonesia pada usia sekolah dan pekerja dewasa berdasarkan rekomendasi American Thoracic Society (ATS) 1987* oleh Alsagaff H, Mangunegoro H. Airlangga University Press. Surabaya 1993. diakses dari: http://kolegiumpulmonologi.com/pdf/Nilai_Normal_Faal_Paru_Orang_Indonesia.pdf dan <http://www.klikparu.com/2013/09/nilai-normal-faal-paru-indonesia.html>
- Swartz, Mark H. (1995). *Buku Ajar Diagnostik Fisik*. Jakarta: EGC

**Anggi Larasiska¹,
Wiwin Priyantari
HN²**

Menurunkan Tekanan Darah dengan Cara Mudah pada Lansia

¹ Departemen Gerontik Ilmu Keperawatan,
STIKES Yogyakarta, Jl Nitikan Baru No 69
Yogyakarta

² Lembaga Penelitian dan Pengabdian
Masyarakat, STIKES Yogyakarta, Jl Nitikan Baru
No 69 Yogyakarta
Email : wpriyantari@yahoo.com

Info Artikel:

Masuk : 5 Februari 2017
Revisi : 20 Mei 2017
Diterima : 4 Juni 2017
DOI Number : 10.18196/ijnp.1261

ABSTRAK

Latar Belakang: hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik lebih dari atau sama dengan 140 mmHg, dan tekanan darah diastolic lebih dari atau sama dengan 90 mmHg. World Health Organization (WHO) melaporkan terdapat 12,8% kematian yang diakibatkan oleh hipertensi di seluruh dunia, dan sebanyak 40 % orang dewasa telah menderita hipertensi. Tujuan Penelitian: untuk mengetahui pengaruh jalan kaki terhadap tekanan darah pada lansia dengan hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha (BPSTW) unit Budhi Luhur, Kasongan, Bantul, Yogyakarta. Metode Penelitian: jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan time series design (desain rangkaian waktu). Populasi dalam penelitian ini sebanyak 88 responden dengan sampel sebanyak 12 responden yang diambil dengan menggunakan teknik purposive sampling. Hasil Penelitian: hasil uji Wilcoxon pada sampel didapatkan hasil untuk systole dengan nilai z hitung = -2,271 dan p value sebesar 0,023 = $\alpha < 0,05$. Selain itu hasil untuk diastole dengan nilai z hitung = -2,530 dan p value sebesar 0,011 = $\alpha < 0,05$ yang artinya ada pengaruh antara jalan kaki terhadap tekanan darah pada lansia hipertensi. Kesimpulan: jalan kaki mempengaruhi perubahan tekanan darah (turun) pada lansia dengan hipertensi.

Kata Kunci: hipertensi, jalan kaki, lansia

ABSTRACT

Background: hypertension is a State where the systolic blood pressure is greater than or equal to 140 mmHg, diastolic blood pressure and greater than or equal to 90 mmHg. The world health organization (WHO) report there is 12.8% of deaths caused by hypertension worldwide, and as much as 40% of adults had suffered from hypertension. Purpose: to know how

the walk against the blood pressure in the elderly with hypertension in the House social services Tresna Werdha (BPSTW) unit Budhi Sublime, Kasongan, Bantul, Yogyakarta. Method: the type of this research is quantitative approach to time series design (circuit design time). The population in this research as much as 88 respondents with samples as many as 12 respondents taken using purposive sampling technique. Results: Wilcoxon test results on samples obtained results for the z value of systole count = -2.271 and p value = 0.023 $\alpha < 0.05$. In addition the results to calculate the z value of diastole = -2.530 and p value = 0.011 $\alpha < 0.05$ meaning there influence between walk against blood pressure in elderly hypertension. Conclusion: walking affects blood pressure changes (down) on the elderly with hypertension.

Keywords: hypertension, walking, elderly

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi menjadi penyebab kematian 12,8% dari total penyebab kematian di seluruh dunia. Pada tahun 2008, jumlah orang dewasa (diatas 25 tahun) yang menderita hipertensi sebanyak 40%, atau 1 dari 3 orang dewasa menderita hipertensi. Hipertensi menjadi isu kesehatan dunia karena kontribusinya yang tinggi pada penyakit seperti penyakit jantung, stroke, dan gagal ginjal. Di Indonesia, data ini masih bersifat sementara namun secara umum terkesan naiknya jumlah kasus hipertensi, sedangkan di daerah tersedia sedikit tenaga kuratif spesialis.

Salah satu tolak ukur kemajuan suatu bangsa seringkali dilihat dari harapan hidup penduduknya. Demikian juga Indonesia sebagai negara berkembang. Pada tahun 2020, jumlah lansia di Indonesia diproyeksikan sebesar 11,34% (BPS, 1992). Semakin meningkatnya harapan hidup penduduk Indonesia, maka dapat diperkirakan bahwa *insidensi* penyakit degeneratif akan meningkat pula. Salah satu penyakit *degeneratif* yang mempunyai tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi adalah hipertensi. Hipertensi pada usia lanjut menjadi lebih penting lagi, mengingat bahwa patogenesis, perjalanan penyakit, dan penatalaksanaanya tidak seluruhnya sama dengan hipertensi pada usia dewasa muda (R. Boedi et al, 2009).

Hipertensi merupakan penyebab kematian dan kesakitan yang tinggi. Darah tinggi sering diberi gelar *the silent killer* karena merupakan pembunuh tersembunyi yang menyebabkan kematian yang tanda-tanda awalnya tidak diketahui atau tanpa gejala sama sekali. Hipertensi bisa menyebabkan berbagai komplikasi terhadap penyakit lain, seperti penyakit jantung, stroke, dan ginjal (R. Boedi et al, 2009). Hipertensi atau lazim disebut penyakit tekanan darah tinggi merupakan salah satu penyakit yang sangat ditakuti oleh banyak orang di dunia ini. Ketakutan banyak orang terhadap penyakit ini bukan hanya disebabkan oleh akibat yang ditimbulkannya (bagi si penderita), akan tetapi sifat dan kemunculannya yang tiba-tiba dan sulit diduga (Rusdi et al, 2009).

Hasil survey yang dilakukan World Health Organization (WHO) tahun 2013 memperoleh hasil bahwa pada tahun 2012 jumlah kasus hipertensi di dunia adalah 839 juta kasus. diperkirakan akan semakin meningkat pada tahun 2025 dengan jumlah 1,15 milyar kasus atau sekitar 29% dari total penduduk dunia. Prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5% pada tahun 2013, tetapi yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan dan/atau riwayat minum obat hanya sebesar 9,5% (Kemenkes RI, 2013), yang artinya bahwa 90,5% masyarakat yang menderita hipertensi belum menyadari bahwa mereka menderita hipertensi. Hal ini menandakan bahwa tingkat kepedulian dan pengetahuan masyarakat yang menderita hipertensi masih sangat rendah tentang hipertensi, hal itulah yang membuat sebagian besar masyarakat yang menderita hipertensi belum terdiagnosis dan terjangkau oleh pelayanan kesehatan.

Pengaruh berolah raga khususnya jalan kaki terhadap penurunan tekanan darah dapat mencegah dan mengurangi komplikasi kardiovaskuler, hal ini disampaikan oleh organisasi *The American Heart Association*, *the American College of Sports Medicine*, *the Surgeon General of the United-Cardiorespied States* telah mengeluarkan pernyataan yang mendukung peran aktivitas fisik atau olah raga sebagai pengobatan non farmakologis pada hipertensi.

Telah banyak penelitian sebelumnya yang mendukung pernyataan bahwa aktivitas fisik berpengaruh terhadap tekanan darah pada hipertensi. Seperti, penelitian JE Martin dkk yang mengatakan bahwa latihan aerobik ringan dapat mengurangi tekanan darah sebesar 3,2 mmHg tekanan diastolic dan

5,7 mmHg tekanan sistolik pada penderita hipertensi tanpa pengobatan. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Fernando Dimeo dkk di Brasil tahun 2012 yang mengatakan bahwa yang mengatakan bahwa olah raga secara teratur dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 6 mmHg dan Diastolik sebesar 3 mmHg pada penderita hipertensi yang resisten. Kelley dkk pada tahun 2000 mengatakan bahwa latihan resistensi progresif bermanfaat untuk mengurangi tekanan darah sistolik dan diastolic sebesar 2% dan 4%. Sedangkan menurut Augustine J. Sohn dkk di Afrika didapatkan penurunan tekanan darah sistolik sebesar 9,0% dan diastolic sebesar 7,42% pada pasien hipertensi yang mendapatkan yang mendapatkan intervensi berjalan kaki selama 30 menit setiap harinya, dan proporsi pada kelompok yang tidak melakukan berjalan kaki sebesar 0,5 penelitian lain dilakukan oleh Mughal dkk pada tahun 2000 menyatakan bahwa latihan aerobik berupa berjalan kaki cepat selama 30 menit 3 sampai 5 kali perminggu pada penderita hipertensi primer dapat mengurangi tekanan darah sistolik dan diastolik istirahat sebesar 1,4 mmHg. Menurut *The seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)* kunci dari pengobatan hipertensi adalah modifikasi gaya hidup, salah satunya dengan cara berjalan kaki santai selama minimal 30 menit sehari dan dilakukan beberapa kali perminggu. Berjalan kaki merupakan olah raga yang bersifat ringan, sederhana, murah dan mampu dilaksanakan oleh semua pasien hipertensi.

Beberapa penelitian lainnya menyebutkan bahwa olah raga secara teratur dapat menurunkan rata-rata tekanan darah sebesar 5-7 mmHg dengan segera. Olahraga lebih mudah dikembangkan dan dimodifikasi sebagai gaya hidup dalam menurunkan prevalensi hipertensi karena mudah dilakukan, murah, dan sedikit efek samping apabila dilakukan. Olah raga dapat berperan sebagai tindakan preventif dan rehabilitative (Sidang, 2006). Jalan kaki dapat memberikan manfaat bagi kesehatan kita, terutama pada jantung, otot, persendian, tulang, metabolisme, bobot badan, dan juga pikiran. Berolahraga dengan jalan kaki dan dilakukan dengan teratur bisa menguatkan jantung, serta dapat meningkatkan efisiensi kerjanya memompa darah (Isnawati et al, 2009). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di salah satu Panti Whreda di Yogyakarta, 20 lansia yang menderita hipertensi, dan selalu mengikuti program olahraga rutin,

namun tidak menunjukkan adanya penurunan tekanan darah yang cukup berarti. Berdasarkan hal tersebut, sehingga penulis memandang perlu untuk dilakukan penelitian tentang "Pengaruh jalan kaki terhadap tekanan darah pada lansia"

METODE DAN CARA PEMILIHAN SAMPEL

Populasi dalam penelitian ini adalah lansia penghuni Balai Pelayanan Sosial Trena Werha Budi Luhur Kasongan Bantul Yogyakarta yang berjumlah 88 lansia. Penentuan sampel dengan menggunakan *Purpsive Sampling*.

Metode Penelitian ini menggunakan desain penelitian eksperimen semu (*quasi* eksperimen) dengan pendekatan kuantitatif dan menggunakan rancangan *time series design* (desain rangkaian waktu) dilakukan *pre test* dan *posttest* sebanyak dua kali perlakuan. Tujuan dari dilakukan *pre test* dan *posttest* secara berulang-ulang agar validitas menjadi tinggi, selain itu untuk mengurangi pengaruh dari variabel luar. Selain itu, desain ini tidak ada kelompok kontrol (pembanding) (Machfoedz, 2014).

Pre test	Perlakuan	Post test
P1 P2 P3 P4	X	P5 P6 P7 P8

Keterangan:

P1, P2, P3, P4 : Jumlah *pre test*

P5, P6, P7, P8 : Jumlah *post test*

X : Perlakuan

Gambar 3.1: Rancangan penelitian *Time Series Design* (Machfoedz, 2014)

Penelitian ini sebelumnya belum pernah dilakukan di Balai Pelayanan Sosial Trena Werha Budi Luhur Kasongan Bantul Yogyakarta. Dalam tahap pelaksanaan penelitian, peneliti di bantu oleh 8 asisten peneliti. Sebelumnya responden di beri pengarahan dan di jelaskan prosedur dan jalanya proses penelitian sekaligus dilakukan pengukuran tekanan darah sebelum melakukan jalan kaki (*pre test*). Kemudian responden melakukan jalan kaki di area panti selama 20 menit, kemudian di kumpulkan lagi untuk istirahat selama 10 menit, dan dilanjutkan dengan pengukuran tekanan darah kembali (*post test*). Hal ini dilakukan sebanyak dua kali dengan selang waktu selama dua hari.

HASIL

Analisa univariat

- 1) Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Lansia Hipertensi Berdasarkan Jenis Kelamin di Balai Pelayanan Sosial Tresna Wredha Unit Budhi Luhur Kasongan Bantul Yogyakarta

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Prosentase
1	Laki-laki	3	25%
2	Perempuan	9	75%
Total		12	100%

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa jumlah lansia yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 3 orang (25%), sedangkan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 9 orang (75%).

- 2) Karakteristik responden berdasarkan usia

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Lansia Hipertensi berdasarkan usia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Wredha Unit Budhi Luhur Kasongan Bantul Yogyakarta

No	Usia	Frekuensi	Prosentase
1	60-69 Tahun	3	25%
2	70-79 Tahun	4	33,3%
3	80-89 Tahun	5	41,7%
Total		12	100%

Analisa bivariat

Distribusi frekuensi perubahan tekanan darah pada lansia hipertensi sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) melakukan olahraga jalan kaki adalah sebagai berikut:

- 1) Hasil perubahan tekanan darah sebelum dan sesudah melakukan kegiatan olahraga jalan kaki

Tabel 5. Tekanan Darah Sebelum dan Sesudah Olahraga Jalan Kaki pada Lansia Hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Wredha Unit Budhi Luhur, Kasongan, Bantul, Yogyakarta

Sampel	Perlakuan ke I		Perlakuan ke II		Rata-rata		Ket
	Pre test	Post test	Pre test	Post test	Pre test	Post test	
1	140/90	160/90	160/100	120/80	150/95	140/85	Turun
2	140/80	150/90	130/90	140/90	135/85	145/90	Naik
3	160/100	140/80	150/90	140/90	155/95	140/85	Turun
4	170/110	170/110	150/100	160/100	160/115	165/105	Naik
5	120/80	120/80	140/90	130/90	130/85	125/85	Turun
6	130/90	140/90	100/70	90/60	115/80	115/75	Turun
7	140/80	150/80	160/100	150/90	150/90	150/85	Turun
8	170/100	160/100	150/90	150/90	160/95	155/95	Turun
9	140/90	150/90	140/80	140/80	140/85	145/85	Naik
10	130/90	140/90	130/90	140/90	130/90	140/90	Naik
11	180/100	160/100	180/100	160/100	180/100	160/100	Turun
12	130/80	120/80	130/80	120/80	130/80	120/80	Turun

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa dari 12 responden (lansia hipertensi) terdapat 8 responden (66,7%) yang mengalami penurunan tekanan darah, tidak ada responden yang tekanan darahnya tetap, dan 4 responden (33,3%) yang mengalami peningkatan tekanan darah. Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas lansia hipertensi pada lansia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Wredha (BPSTW) unit Budhi Luhur Kasongan Bantul Yogyakarta mengalami penurunan tekanan darah setelah melakukan olahraga jalan kaki.

- 2) Hasil perubahan tekanan darah dalam kategori turun

Tabel 6. Tekanan Darah dalam kategori turun pada lansia hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Wredha Unit Budhi Luhur, Kasongan, Bantul, Yogyakarta

Sampel	Perlakuan ke I		Perlakuan ke 2		Rata-rata		Ket
	Pre test	Post test	Pre test	Post test	Pre test	Post test	
1	140/90	160/90	160/100	120/80	150/95	140/85	Turun
3	160/100	140/80	150/90	140/90	155/95	140/85	Turun
5	120/80	120/80	140/90	130/90	130/85	125/85	Turun
6	130/90	140/90	100/70	90/60	115/80	115/75	Turun
7	140/80	150/80	160/100	150/90	150/90	150/85	Turun
8	170/100	160/100	150/90	150/90	160/95	155/95	Turun
11	180/100	160/100	180/100	160/100	180/100	160/100	Turun
12	130/80	120/80	130/80	120/80	130/80	120/80	Turun

Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa terdapat 8 responden (lansia hipertensi) yang mengalami penurunan tekanan darah setelah melakukan olahraga jalan kaki, dimana terdapat 4 responden yang mengalami penurunan tekanan darah *Sistole*, 2 responden yang mengalami penurunan tekanan darah *Diastole*, dan 2 responden yang mengalami penurunan tekanan darah *Sistole* dan *Diastole*.

3) Hasil perubahan tekanan darah dalam kategori naik

Tabel 7. Tekanan Darah dalam kategori naik pada lansia hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Wredha Unit Budhi Luhur, Kasongan, Bantul, Yogyakarta

Sampel	Perlakuan ke 1		Perlakuan ke 2		Rata-rata		Ket
	Pre test	Post test	Pre test	Post test	Pre test	Post test	
2	140/80	150/90	130/90	140/90	135/85	145/90	Naik
4	170/110	170/110	150/100	160/100	160/115	165/115	Naik
9	140/90	150/90	140/80	140/80	140/85	145/85	Naik
10	130/90	140/90	130/90	140/90	130/90	140/90	Naik

Berdasarkan tabel 7 diketahui bahwa terdapat 4 responden (lansia hipertensi) yang mengalami peningkatan tekanan darah setelah melakukan olahraga jalan kaki, dimana 3 responden mengalami peningkatan tekanan darah *Diastole*, dan 1 responden yang mengalami peningkatan tekanan darah *Sistole* dan *Diastole*.

Tabel 8. Hasil analisa Wilcoxon Pengaruh jalan kaki terhadap Tekanan Darah pada lansia dengan hipertensi di Balai Pelayanan Sosial Tresna Wredha Unit Budhi Luhur, Kasongan, Bantul, Yogyakarta

Tekanan Darah	Z Hitung	P Value	Hasil
<i>Sistole</i>	-2,271	0,023	Beda Nyata
<i>Diastole</i>	-2,530	0,011	Beda Nyata

Berdasarkan hasil analisa uji Wilcoxon diketahui bahwa untuk *Sistole* nilai Z hitung = -2,271 dengan p value 0,023 = $\alpha < 0,05$ yang berarti terjadi perubahan tekanan darah *Sistole* (turun) setelah melakukan olahraga jalan kaki. Sedangkan untuk *Diastole* nilai Z hitung = -2,530 dengan p value 0,011 = $\alpha < 0,05$ yang berarti terjadi perubahan tekanan darah *Diastole* (turun) setelah melakukan olahraga jalan kaki.

Hasil ini menunjukkan bahwa H_0 ditolak, sehingga H_a

diterima yang berarti bahwa hipotesis yang menyatakan bahwa ada pengaruh jalan kaki terhadap penurunan tekanan darah pada lansia hipertensi terbukti kebenarannya.

PEMBAHASAN

1) Tekanan Darah Lansia Hipertensi sebelum olahraga jalan kaki

Hasil analisa univariat tekanan darah lansia hipertensi sebelum melakukan olahraga jalan kaki yaitu 115/80 mmHg sampai 165/105 mmHg, dan lansia terbanyak yang mempunyai tekanan darah 140/85 mmHg sebanyak 2 lansia (16,7%). Berdasarkan data tersebut, tekanan darah lansia terlihat bervariasi, ada yang rendah dan ada yang tinggi. Selain itu, berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa terdapat 3 lansia yang berjenis kelamin laki-laki (25%) dan 9 lansia yang berjenis kelamin perempuan (75%). Hal ini sejalan dengan pendapat Depkes RI (2006), jenis kelamin sangat erat kaitannya terhadap terjadinya hipertensi dimana pada masa muda dan paruh baya lebih tinggi penyakit hipertensi pada laki-laki dan pada wanita lebih tinggi setelah berusia 55 tahun keatas dimana seorang wanita telah memasuki masa menopause. Prevalensi terjadinya hipertensi pada pria sama dengan wanita, namun wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause. Wanita yang belum menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein (HDL)*.

Menurut Waren, et al. (2009) kadar kolesterol HDL yang tinggi merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis. Efek perlindungan estrogen dianggap sebagai penjelasan adanya imunitas pada wanita setelah memasuki usia menopause. Pada premenopause wanita mulai kehilangan sedikit demi sedikit hormon estrogen yang selama ini melindungi pembuluh darah dari kerusakan. Proses ini berlanjut dimana hormon estrogen tersebut berubah kuantitasnya sesuai dengan umur wanita secara alami, yang pada umumnya mulai terjadi pada usia 45-55 tahun.

Faktor usia juga sangat berpengaruh terhadap hipertensi, seperti yang ditunjukkan dalam tabel 4.2 bahwa mayoritas lansia yang tinggal di BPSTW unit Budhi Luhur Kasongan Bantul Yogyakarta berusia 80-89 tahun (41,7%). Hal ini sejalan dengan pendapat Sesuai dengan pendapat Elshanti (2009) yang mengatakan bahwa dengan bertambahnya umur

seseorang maka semakin tinggi pula resiko akan terjadinya hipertensi. Insiden hipertensi meningkat seiring dengan bertambahnya umur dimana seseorang yang berumur diatas 60 tahun 50-60% mempunyai tekanan darah lebih dari atau sama dengan 140/90 mmHg. Hal ini merupakan pengaruh degeneratif yang terjadi pada orang yang bertambah usianya.

2) Tekanan Darah Lansia Hipertensi sesudah olahraga jalan kaki

Setelah dilakukan kegiatan intervensi (olahraga jalan kaki selama 10 menit) diperoleh data bahwa tekanan darah pada lansia hipertensi berkisar antara 115/75 sampai dengan 165/105 mmHg, dan tekanan darah dengan frekuensi terbanyak adalah 140/85 mmHg (16,7%). Dari hasil intervensi pada penelitian ini, perubahan tekanan darah pada lansia hipertensi setelah jalan kaki sangat terlihat perbedaannya (tabel 4.5). Dari hasil analisa bivariat, terlihat bahwa perubahan tekanan darah pada lansia hipertensi sebelum dan sesudah olahraga jalan kaki yaitu yang mengalami penurunan tekanan darah sebanyak 8 lansia (66,7%) dan yang mengalami peningkatan tekanan darah sebanyak 4 lansia (33,3%).

Dari data diatas menunjukkan bahwa masih terdapat peningkatan tekanan darah setelah dilakukan intervensi (olahraga jalan kaki). Hal tersebut bisa saja diakibatkan oleh adanya kebiasaan hidup lansia seperti kebiasaan minum kopi maupun merokok dimana menurut penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi (2011), bahwa frekuensi minum kopi berpengaruh positif dan signifikan terhadap kejadian hipertensi, karena kopi mengandung kafein dimana kafein akan mempengaruhi tekanan darah dengan cara meningkatkan kadar hormon katekolamin yang menstimulasi pusat vasomotor dan menstimulasi langsung miokard yang akan meningkatkan tekanan darah.

Adapun hubungan merokok dengan hipertensi adalah zat *nikotin* yang akan menyebabkan peningkatan tekanan darah. *Nikotin* mengganggu sistem saraf simpatis dengan akibat meningkatnya kebutuhan oksigen miokard. Selain menyebabkan ketagihan merokok, efek *nikotin* juga menyebabkan perangsangan terhadap hormon epinefrin (adrenalin) yang bersifat memacu peningkatan denyut jantung, sehingga menyebabkan gangguan irama jantung.

Menurut Riza (2008), mengemukakan bahwa olahraga jalan kaki yang dilakukan secara teratur dapat menjaga kestabilan

tekanan darah karena peredaran darah akan menjadi lancar. Seseorang yang berolahraga secara teratur terbukti dapat menurunkan tekanan darah ke tingkat normal sebesar 50% dibandingkan dengan orang yang jarang melakukan aktivitas tersebut.

3) Pengaruh Jalan Kaki terhadap Tekanan Darah pada Lansia Hipertensi

Berdasarkan tabel 8 hasil uji wilcoxon pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa nilai Z hitung untuk *Sistole* sebesar -2,271 dengan *pvalue* 0,023 $\alpha < 0,05$ dan untuk *diastole* nilai Z hitung sebesar -2,530 dengan *p value* 0,011. Hasil ini menunjukkan bahwa H_0 diterima yang berarti hipotesis yang menyatakan ada pengaruh jalan kaki terhadap penurunan tekanan darah pada lansia hipertensi terbukti kebenarannya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Syatria (2006), yang menyatakan bahwa olahraga yang terprogram berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa latihan fisik akan memberikan pengaruh yang baik terhadap berbagai macam sistem yang bekerja dalam tubuh, salah satunya adalah sistem kardiovaskuler, dimana dengan latihan fisik yang benar dan teratur akan terjadi efisiensi kerja jantung. Efisiensi kerja jantung ataupun kemampuan jantung akan meningkat sesuai dengan perubahan-perubahan yang terjadi.

Penurunan tekanan darah juga dapat terjadi akibat aktivitas memompa jantung berkurang. Otot jantung pada orang yang rutin berolahraga sangat kuat, maka otot jantung pada individu tersebut berkontraksi lebih sedikit daripada otot jantung individu yang jarang berolahraga untuk memompakan volume darah yang sama. Karena olahraga dapat menyebabkan penurunan denyut jantung maka olahraga akan menurunkan *cardiac output*, yang pada akhirnya menyebabkan penurunan tekanan darah. Peningkatan efisiensi kerja jantung dicerminkan dengan penurunan tekanan *Sistole*, sedangkan penurunan tahanan perifer dicerminkan dengan penurunan tekanan *Diastole*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa ada penurunan *Sistole* secara bermakna setelah dilakukan latihan olahraga terprogram (Syatria, 2006).

Penelitian lain yang hampir sama yaitu Sidang (2006) yang menyatakan bahwa olahraga berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa program intervensi

yang diberikan adalah olahraga senam jantung sehat. Senam jantung sehat merupakan olahraga aerobik ringan dalam waktu yang relatif singkat. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa dari hasil analisis multivariat, faktor yang berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah *Sistole* dan *Diastole* pada penderita hipertensi adalah berolahraga dengan senam jantung sehat secara teratur dan terukur.

Jalan kaki sangat berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah. Selain itu jalan kaki juga dapat mengurangi resiko terkena penyakit jantung. Otot jantung membutuhkan aliran darah lebih deras (dari pembuluh koroner yang memberikan suplai) agar bugar dan berfungsi normal memompakan darah tanpa henti. Untuk itu, otot jantung membutuhkan darah yang lebih keras dan lancar. Berjalan kaki tergopoh-gopoh memperlambat aliran darah ke dalam koroner jantung. Dengan demikian kecukupan oksigen otot jantung terpenuhi dan otot jantung terjaga untuk bisa tetap cukup berdegup. Bukan hanya itu, kelenturan pembuluh darah arteri tubuh yang terlatih menguncup dan mengembang akan terbantu oleh megejangnya otot-otot tubuh yang berada disekitar dinding pembuluh darah sewaktu melakukan kegiatan berjalan kaki tergopoh-gopoh itu. Hasil akhirnya, tekanan darah cenderung menjadi lebih rendah, perlengketan antar sel darah yang bisa berakibat gumpalan bekuan darah dan penyumbat pembuluh darah akan berkurang (Kusuma, 2006).

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih banyak kelemahan yang menyebabkan hasil penelitian ini belum sempurna. Hal ini disebabkan oleh adanya keterbatasan dalam penelitian ini, yakni sebagai berikut:

1. Masih adanya variabel-variabel luar seperti pola hidup (kebiasaan merokok, minum kopi) yang ikut mempengaruhi variabel dependen, sehingga peneliti mengabaikan variabel-variabel tersebut untuk menghilangkan bias atau *confounding*;
2. Masih adanya lansia yang tidak bersedia menjadi responden penelitian, sehingga penulis perlu melakukan pendekatan kepada lansia untuk dengan suka rela bersedia menjadi responden;
3. Terbatasnya jumlah sampel, sehingga hasil penelitian ini tidak dapat digunakan untuk menggeneralisasi pengaruh jalan kaki terhadap tekanan darah dalam sampel yang lebih besar;
4. Adanya keterbatasan waktu, biaya, tenaga, pengalaman, dan pengetahuan dari penulis, sehingga hasil penelitian ini tidak maksimal;
5. Keterbatasan penggunaan bahasa antara peneliti dengan responden yang menyebabkan penelitian ini masih kurang sempurna.

KESIMPULAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh jalan kaki terhadap tekanan darah menghasilkan kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Tekanan darah pada lansia hipertensi sebelum melakukan kegiatan olahraga jalan kaki yaitu antara 115/80 mmHg sampai dengan 165/105 mmHg, dan frekuensi terbanyak yang mempunyai tekanan darah 140/85 mmHg sebanyak 2 lansia (16,7%).
- 2) Tekanan darah pada lansia hipertensi sesudah melakukan kegiatan olahraga jalan kaki yaitu antara 115/75 sampai dengan 165/105 mmHg, dan frekuensi terbanyak yang mempunyai tekanan darah 140/85 mmHg sebanyak 2 lansia (16,7%).
- 3) Jalan kaki mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penurunan tekanan darah pada lansia hipertensi.

REFERENSI

- Adib, M. 2009. Cara Mudah Memahami dan Menghindari Hipertensi, Jantung dan Stroke. Edisi ke-2. Yogyakarta : Dianloka Printika.
- Augustina, J. 2008. Impact of Exercise (walking) on Blood Pressure Levels in Hypertension in African American Adults with Newly Diagnosed Hypertension. *American College of Sports Medicine*. 2004. Jurnal. Diakses pada tanggal 15 Mei 2016 dari <https://www.acsm.org/docs/other-documents/50-years-of-progress-and-service.pdf?sfvrsn=0>
- Anggraini, D.A, dkk. (2009). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi pada Pasien yang Berobat di Poliklinik Dewasa Puskesmas Bangkinang Periode Januari Sampai Juni 2008. Skripsi. Di akses pada tanggal 15 Mei 2016 dari <http://yayanakhyar.files.wordpress.com/2009/02/files-of-drs-med-faktor-yang-berhubungan-dengan-kejadian-hipertensi.pdf>.

- Bare BG., Smeltzer SC. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC.
- Boedhi, Darmojo, R. 2011. Buku Ajar Geriatric (Ilmu Kesehatan Lanjut Usia) edisi ke - 4 Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- BPS, 1992. Jumlah Hipertensi di Indonesia. Jakarta: BPS Pusat.
- Dalimartha, S. et al. 2008. *Care Your Self Hipertensi*. Jakarta: Penebar Plus +
- Depkes RI. 2001. Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan. Jurnal. Depkes RI, Jakarta.
- _____. 2006. Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan. Jurnal. Depkes RI, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi DIY. 2013. Profil Kesehatan DIY 2013. Yogyakarta : Dinas Kesehatan DIY 2013.
- Dinkes DIY, 2013. Laporan Surveilans Terpadu Penyakit (STP) Puskesmas di DIY pada tahun 2012,
- Elsanti, Salma. 2009. Panduan Hidup Sehat Bebas Kolesterol, Stroke, Hipertensi & Serangan Jantung. Yogyakarta : Araska.
- Fernando Dimeo,
 Handayani dan Riyadi, 2011. Pedoman Penelitian Karya Tulis Ilmiah Bidang Kesehatan. Yogyakarta : Samodra Ilmu Perss
- Hans. Tandra. 2003. Merokok dan. Kesehatan. <http://www.kompas.co.id/kesehatan/news/0306/30/105012.htm>, 24 juni 2007
- Hikmaharidha. 2011. Pengaruh Senam *Tai Chi* Terhadap Tekanan Darah Wanita Berusia 50 Tahun Keatas. Skripsi.
- J E Martin, P M Dubbert. Controled Trial Aerobic Exersice of Hypertention, Dallas 1990.
- Karyadi, E. 2002, Hidup Bersama Penyakit Hipertensi, Asam Urat dan Jantung. Koroner. Jakarta : Intisari Mediatama.
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI 2013.
- Krummel, D.A. 2004. *Medical Nutrition Therapy in Cardiovascular Disease*. In: Mahan, L.K. & Escott-Stump, S., ed. *Krause's Food, Nutrition, & Diet*.
- Kumar, 2005. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. *Hypertensive Vascular Disease*. In: *Robn and Cotran Pathologic Basis of Disease 7th edition*. Philadelphia : Elsevier <https://id.wikipedia.org/wiki>
- Kusuma, D. 2006. Olahraga Untuk Orang Sehat dan Penderita Penyakit Jantung. (Internet) <http://www.afand.abatasa.com>. (aAccessed 10 Juni 2015).
- Machfoedz, Ircham. 2014. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Marliani L, S Tantan. 2007. *100 Questions & Answer Hipertensi*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Marya, et al. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba.
- Murwani, et al. 2010. Gerontik konsep dasar dan asuhan keperawatan home care dan komunitas. Yogyakarta : Penerbit Fitramaya.
- National Institutes of Health. 2004. *Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)*. Jurnal. U.S. Department Of Health And Human Services
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Mtodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta.
- Larisa, et al. 2013. Hubungan Kebiasaan Berolahraga Jalan Kaki Dengan Kontrol Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi.
- Rohaendi. 2008. *Treatment Of High Blood Pressure*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Rusdi & Nurlaela Isnawati. (2009). *Awat! Anda bisa mati cepat akibat hipertensi & diabetes*. Yogyakarta : Power Books (IHDINA).
- Saraswati, S. 2009. Diet Sehat Untuk Penyakit Asam Urat, Diabetes, Hipertensi, dan Stroke. Jogjakarta : A+Plus.
- Syatria, A. 2006. Pengaruh Olahraga terprogram terhadap tekanan darah pada mahasiswa fakultas kedokteran universitas diponegoro. FK UNDIP. Semarang.
- Sidang. 2006. "Pengaruh Olahraga Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi di Klub Jantung Sehat Bhumi Phala Kabupaten Temanggung". Skripsi.
- Sugiyono, 2010. *Metode Penelitian Kualitatif Kuantitatif & RND*. Bandung: Alfabeta.
- Susalit dkk, 2001. Hipertensi Primer Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi III, Jilid II. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Sustrani, Lanny, dkk. 2006. *Hipertensi*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.

- Sutanto. 2009. Awas 7 Penyakit Degeneratif, Paradigma Indonesia, Yogyakarta <https://id.wikipedia.org/wiki>.
- Thristyaningsih. 2009. Pengaruh Senam Buger Lansia Terhadap Daya Tahan Jantung Paru, Status Gizi dan Tekanan Darah Lansia Hipertensi di Posyandu Kecamatan Pahandut. Kota Palangkaraya. Tesis. FK UGM. Yogyakarta.
- Waren, *et al.* 2009. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Pasien Yang Berobat Di Poliklinik Dewasa Puskesmas Bangkina Periode Januari Sampai Juni 2008. FK. UNRI. Riau
- World Health Organisation (WHO). 2011. *Global Adult Tobacco Survey: Indonesia Report 2011*. Jurnal. Jakarta.

**Rahmah,
Wahyudina AAAN,
Sari WW.**

*Pediatrics Nursing Department, School of
Nursing, Faculty of Medicine and Health
Sciences University Muhammadiyah
Yogyakarta, Indonesia
rahmah.umy@gmail.com*

Attitude And Behavior Sexual Among Adolescents In Yogyakarta

Info Artikel:

Masuk : 14 Februari 2017
Revisi : 23 Mei 2017
Diterima : 7 Juni 2017
DOI Number : 10.18196/ijnp.1262

Yogyakarta as a tourism city given more impact on attitude and behavior sexuality among adolescents. Notion and ideas about sexuality much influenced by the Globally issued environment. This study is basically on the attitude and behavior about sexuality among adolescent. It is of public health importance to examine this topic to inform sex education, policymaking, prevention and intervention program. This study explored the characteristics of sexual attitudes, and high risk premarital sexual behaviors among 106 unmarried youth aged 15 to 17 years used sexual behavior questionnaire and adopted from *Brief Sexual Attitude Scale* to investigate sexual attitudes. The scale measures sexual attitudes on four dimensions, being permissiveness, birth control (sexual practices), communion (investment in relationship), and instrumentality (pleasure-orientation to relationship). This study shown to female prefer low being permissiveness and male prefer high birth control, communion, and instrumentality for aspect sexual attitude. The male shown to prefer high premarital sexual behavior than female. Adolescents still have high risk sexual behavior, so parent, school and government should arrange intervention program together toward sex education for adolescents.

Keywords: attitude, behavior, sexuality, adolescent

1. INTRODUCTION

The children of today are not the children of yesterday. Growth in terms of maturity and knowledge can be seen on a large scale for the adolescent population of today (Guha, 2013). Adolescents had a developmental stage associated with increased risk taking behaviors that contribute to negative sexual health outcomes. (Ramos et al. 2015) Attitude towards sex have been changing dramatically, with premarital sex, even high risk sexual behavior and adolescent pregnancy present a serious social and public health problem. The 2012 data center and information of Indonesia health ministry documented the prevalence of premarital sexual behavior has increased from 3.7% in 2007 to 4.5 % in 2012 among Indonesia young man (unmarried) aged 15 – 19 years. (<http://www.depkes.go.id>, 2014). The data indicating that many adolescent are at risk for pregnancy. According to data center and information of Indonesia health ministry (2014), the prevalence of young woman (15-19 years aged) had a pregnancy is 1.28%. Early childbearing is often associated with a young woman's failure to complete her education, thus limiting her future job prospects and her child's economic well being (Eggleston E, Jackson J, Hardee K, 1999).

Early adolescence is considered to be the most critical stage of development, a period of accelerated growth and change. The behavior patterns which are adopted in these years can have lifelong consequences, both positive and negative for an individual from inappropriate information about sexuality. Premarital sexual behavior can cause various negative impacts on adolescents, both psychological, physical and social impact. Psychological effects such as feelings of anger, fear, anxiety, depression, low self-esteem, guilt and sinning while physical effects can lead to unwanted pregnancies and abortions as well as the development of sexually transmitted diseases (STDs) among adolescents. Sexually transmitted diseases can cause infertility and may increase the risk of contracting HIV / AIDS and will produce a quality generation (Sarwono, 2011), from the social point of view, the impacts that are being treated are ostracized, dropping out of school for pregnant female adolescents, and changing the role of mother or father, as well as the stigma of society who denounces and rejects the situation. The success of the population in the adult age group is highly dependent

on adolescence. If the age of adolescence is passed well then the quality of the population concerned in the adult age phase will tend to be better and then. If not well prepared teens are very risky to premarital sexual behavior.

Early adolescence a time of opportunity and risk and a positive school environment is critical to ensuring this age group's learning, social and physical needs are met along with that the support and guidance from parents is one of the most important facet which can mold the individual in the best positive way or the least positive way. Such information is necessary for health professionals to prevent and intervene on not only unmarried young people sexual behavior, but also other negative consequence (Yip et al, 2013) .The purpose of this study is to describe sexual attitude and behavior among adolescents.

2. EXPERIMENTAL DETAILS

The design used is descriptive quantitative design. The study was conducted in high school in the city of Yogyakarta in February 2016. The population of this study is adolescents aged 15-17 years. The number of samples from this study was 106 people. The research ethical test from Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia. The sexual attitudes of this study were measured by the "Brief Sexual Attitude Scale (BSAS)" questionnaire developed by Hendrick et al. (2006). BSAS consists of 23 questions classified based on fourth category of sexual attitudes, being permissiveness, birth control (sexual practices), communion (investment in relationship), and instrumentality (pleasure-orientation to relationship). Brief Sexual Attitude Scale (BSAS) is an empirically reliable and valid empirical questionnaire with $\chi^2 (21,525) = 29.88, P < .001$. This reliability test results in get r table number 0.396. Each question in a measurement concept is considered reliable if the reliability coefficient ≥ 0.396 . Based on the reliability test results used Alpha Cronbach, note that the value of Alpha of 0.861. (Comotto, 2010)

The questionnaire of sexual behavior used was a questionnaire from Tara (2015) adopted from Elizar (2010). The questionnaire contains ten statements that will be answered by the respondent by giving a checklist (√) on the yes or no answer. Each category of responses, then will be

in percentage using the frequency distribution. Data analysis used a descriptive analysis in the form of frequency display and percentage with the help of computer.

3. RESULT AND DISCUSSION

Table.1 Characteristics of respondents sexual attitude and behavior in adolescents in Yogyakarta, 2016 (n = 106)

Variable	f (%)
Gender	
Male	64.6
Female	42.4
Age group	
15	16.1
16	39.4
17	51.5
Information about sexuality	
Friend	32.7
Parents	11
Social media	
Electronic media	39
Communication with parents about sexuality	
Yes	34.3
No	72.7

Socio demographic characteristics of the respondents

As shown in table 1, 64.6% of the youth are male, with 51.5% were 17 years old. This age feared didn't have life skills. In recent times rather in the present society at large it is very important to impart sex education changes too that are taking place in the body structure; particularly in the sex organ, making the teenager curious to explore these change and added to all these factors there is an immense urge in taking risks in life o indulge what is forbidden combined with the absence of adequate wisdom to control these impulses. The sexual arena is in constant focus among the teens; in the absence of proper guidance, this can results in more harm than good. 39 % of the adolescent getting information about sexually from electronic media and 72.7 % without communication about sexuality with their parents. There are various aspects which need to be followed when a parent

is having a talk with their children especially on topics like sex and sexuality. The first aspect understands the fact that adolescents have a culture of their own and the parents cannot be a part of that culture. The culture gap (between parents and adolescents) can become a real wall between the parent and the adolescents. It is important for the parents to understand their child's need for a Javanese culture. The parents also have to choose the areas of disagreement. The second factor which should be taken consideration is timing where scheduling a certain time each week to talk to the adolescent may be needed. The parents should act as if they are looking forward to them and enjoy them and discussion like that should be completely informal. Adolescent should be completely informal. Adolescents should feel relaxed and open up to their parents. The third and fourth aspect is listening and feeling, a parent should listen to what their adolescent kid has to say and also feel empathetic and through touching and giving the love and assurance makes the communication more effective and helpful for both the adolescent and their parents(Guha, 2013).

Table.2 Percentage of sexual attitude in adolescents in Yogyakarta, 2016 (n =106)

Attitudes	Male (%)	Female (%)
Permissiveness		
Low	42.2	88.1
Moderate	37.5	9.5
High	20.3	2.4
Brith control		
Low	9.4	14.3
Moderate	25.0	23.8
High	65.6	61.9
Communion		
Low	12.5	28.6
Moderate	14.1	45.2
High	73.4	26.2
Instrumentally		
Low	20.3	61.9
Moderate	31.3	31.0
High	48.4	7.1

As shown in table 2 female being permissiveness lower than male, 88.1% female is low permissiveness.

And 65.6 % of youth male have a high birth control (sexual practices), 73.4 % of youth male have a high communion (investment in relationship), and 61.9% of youth female have a low instrumentality (pleasure-orientation to relationship). Through a study by hulton et al in 2000, he illustrated that youth were aware about the problems that early sexual encounters had, but had difficulties to face the reality about how to act on that knowledge due to gender roles as it was also shown that boys' sexual activity is forgiven as an excuse for boys to represent their manhood, while the boys themselves had lack of responsibility of what they had done and in this way, girls felt more powerless. Due to the complicated sexual and gender expectations, it poses threats for girls. It is believed that boy's and men are allowed to have intercourse, but pointing out that girls need to be protected, isolated and restricted in their movements in order to avoid possible sexual encounters with boys or men generally tend to "move around freely". Culturally, the girls are expected to become more protective to them and restricted themselves to romance and sex. (Eggleston E, Jackson J, Hardee K, 1999) .

Table 3. Percentage of premarital sexual behavior in adolescents in Yogyakarta, 2016 (n=106)

Statement	Male		Female	
	Yes	No	Yes	No
Dating	50	10.4	37.7	1.9
Hand in hand	51.9	8.5	34	5.6
Embracing	44.3	16.1	22.0	17.6
Kissing	33.0	27.4	24.5	15.1
Masturbation	39.6	20.8	0.9	38.7
Necking	20.8	39.6	13.2	26.4
Petting	20.8	39.6	4.7	34.9
Rubbing the genitals	14.2	46.2	0.9	38.7
sexual intercourse	11.3	49.1	0.9	38.7
Oral sex	12.3	48.1	0.9	38.7

As shown in table 3 reported 11.3% male and 0.9% female had already sexual intercourse. The boys and girls have suggested experienced sexual intercourse indicated that curiosity and love so if you really love your boyfriend or

girlfriend, you should have sexual intercourse with them. The family, as the first-life education-teachers, need to be aware of the strong influence of gender norms on the attitudes and behavior of boys and girls regarding relationships, sex and reproduction. It is needed to set up some programs to help adolescents developing the skills to make informed decisions about engaging in sexual intercourse and using contraceptives in a social context that sometimes encourages risky sexual behavior (Eggleston E, Jackson J, Hardee K, 1999). Adolescents of either sexual orientation experience similar mechanisms of sexual arousal. Masturbation facilitates sex citement and frequently serves as an outlet for adolescents. Successful transitions depend on how to maintain positive feelings about self, engaging in sexual experiments without intercourse, and engaging in intercourse with commitment. (Rosenhan & Seligman, 1995).

4. CONCLUSION.

This study shown to female prefer low permissiveness and male prefer high birth control , communion, and instrumentality for aspect sexual attitude. The male shown to prefer high premarital sexual behavior than female. Adolescents still have high risk sexual behavior, so parent, school and government should arrange intervention program together toward sex education for adolescent

ACKNOWLEDGMENTS

This project supported by School of Nursing Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia.

References and notes

- Anonim, Situasi kesehatan reproduksi remaja. Pusat data dan informasi kementrian kesehatan Indonesia, 2014 <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin%20reproduksi%20remaja-ed.pdf>
- Comotto, Nicholas Ryan. (2010). Memories for sexual encounters: Sexual attitudes, personality, gender, and evidence for personal flashbulb effects. *Undergraduate Honors Thesis Collection*. Paper 68
- Eggleston E, Jackson J, Hardee K: Sexual Attitudes and Behavior Among Young Adolescents in Jamaica:

International Family Planning Perspectives 1999, 25(2): 78-84 & 91

Guha S : Attitude, Knowledge and Behavior about Sexuality among Adolescents. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science* 2013, 18(5): 05-19

Kajian Profil Penduduk Remaja (10-24 Thn). Jakarta Timur: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan - BKKBN 2011

Ramos VG, Bouris A, Lee J, McCarthy K, Michael LS, Barnes PS, Dittus P: Paternal Influences on Adolescent Sexual Risk Behaviors: A Structured Literature Review. *PEDIATRICS* 2012, 130(5): e1313-e1325

Rosenhan, D. L, & Seligman, E. P. (1995). *Abnormal psychology* (3rd ed.). New York: W. W. Norton & Company. home.olemiss.edu/~cooker/web/Chapter07.doc

Sarwono. S.W. *Psychology for Adolescents* 2011, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Yip SFP, Zhang H, Lam TH, Lam KF, Lee AM, Chan J, Fan S: Sex Knowledge, attitudes, and high risk sexual behaviors among unmarried youth in Hongkong 2013, 13(691): 1-10

Tara, P. (2015). *Hubungan Pola Asuh Orangtua Dengan Perilaku Seksual Pada Remaja SLTP Di Kecamatan Cangkringan Pasca Erupsi Merapi*. Available From <http://etd.repository.ugm.ac.id> (diakses tanggal 2 Mei 2016)

**Indra Tri Astuti;
Nopi Nur
Khasanah¹**

¹ Departemen Ilmu Keperawatan Anak
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam
Sultan Agung, Semarang, Indonesia
Email: ners.nopi@gmail.com

Uji Beda Efek Guided Imagery dan Ethyl Chloride Terhadap Nyeri Saat Pemasangan Infus pada Anak

Info Artikel:

Masuk : 24 Februari 2017
Revisi : 20 Mei 2017
Diterima : 6 Juni 2017
DOI Number : 10.18196/ijnp.1263

ABSTRAK

Pemasangan infus merupakan tindakan invasif awal yang seringkali dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) guna memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit. Tindakan tersebut dapat menyebabkan nyeri pada anak. Nyeri yang tidak ditangani dapat mengakibatkan dampak yang serius, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Perawat perlu menggunakan metode yang tepat untuk mengurangi nyeri pada anak saat pemasangan infus guna meminimalkan dampak tersebut. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis perbedaan antara intervensi guided imagery dan ethyl chloride terhadap skor nyeri anak saat pemasangan infus.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian semu (quasi experiment) dengan posttest kelompok kontrol nonekuivalen (after only onequivalent control group design). Jumlah total responden 30 anak yang diambil dengan teknik consecutive sampling. Skor nyeri diukur dengan Wong-Baker face pain rating scale dan dianalisis secara statistik dengan uji post hoc Mann-whitney. Hasil menunjukkan nilai η^2 sebesar 0,530 ($\eta^2 > 0,05$) artinya tidak terdapat perbedaan skor nyeri yang bermakna antara kedua intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa Guided imagery dapat dijadikan alternatif penatalaksanaan nyeri non farmakologi dan non invasif pada anak saat pemasangan infus di IGD.

Kata kunci: Ethyl chloride, Guided imagery, Nyeri pada anak, Pemasangan infus

ABSTRACT

The infusion procedures are the first invasive treatment conducted in Emergency Room (ER) to fulfill the need of fluid and electrolyte. Those treatments can cause pain on children. The untreated pain can cause

any serious effect, both in short term and long term. Nurses need to use the appropriate method to decrease the pain on children when infusion is installed to decrease those effects. This study is aimed to analyze the differences of children pain score when having infusion procedures with guided imagery and ethyl chloride intervention. This study used quasi experimental study with 30 children as participants by using non equivalent control group design. The group was taken by using consecutive sampling technique. The data was collected by using Wong-Baker face pain rating scale and analyzed by post hoc Mann-Whitney test. The result showed that p value were 0,530 ($p > 0,05$), of which can be concluded that there is no significant difference on the two interventions. Guided imagery could be used as an alternative pain management for non farmachology and non invasive on children when having the infusion procedures at ER.

Keywords: *ethyl chloride, guided imagery, pain on children, infusion procedures.*

PENDAHULUAN

Nyeri menurut *International Association for Study of Pain* (IASP, 1997 dalam Glasper dan Richardson, 2006), nyeri adalah sensori subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi dimana terjadinya kerusakan. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu perasaan tidak nyaman atau tidak menyenangkan yang sering dialami oleh individu (Andarmoyo, 2013). Nyeri pada anak yang tidak segera diatasi akan berdampak secara fisik maupun perilaku. Dampak fisik dari nyeri terbagi atas dampak akut (jangka pendek), yang ditandai dengan peningkatan laju metabolisme dan curah jantung, kerusakan respon insulin, peningkatan produksi kortisol, dan meningkatnya retensi cairan. Adapun dampak kronis (jangka panjang), dimana nyeri berlangsung terus-menerus dan dalam waktu yang lama, akan meningkatkan stres pada anak serta mengakibatkan ketidakmampuan melakukan aktifitas.

Anak yang harus mendapatkan perawatan di Rumah Sakit seringkali mendapatkan pengalaman dari berbagai prosedur invasif yang perlu dijalani. Pemasangan infus merupakan salah satu tindakan invasif awal yang menentukan keberhasilan prosedur tindakan selanjutnya. Apabila kesan pertama saat

dilakukan prosedur tindakan anak merasa nyaman, untuk dilakukan tindakan selanjutnya akan lebih mudah, karena dalam presepsi anak tindakan sebelumnya tidak menyakitkan. Hal ini sebagaimana konsep *atraumatic care* yang seharusnya dilakukan perawat. *Atraumatic care* adalah ketentuan dalam konsep perawatan terapeutik, yang dilakukan perawat melalui tindakan menghilangkan atau meminimalkan tekanan psikologis dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarga dalam sistem perawatan kesehatan (Hockenberry & Wilson, 2009).

Berbagai penelitian kesehatan secara holistik guna mengatasi nyeri telah banyak dikembangkan, baik berupa terapi farmakologi maupun nonfarmakologi. Penelitian yang dilakukan oleh Mariyam dan Widodo (2012) mengenai pengaruh *guided imagery* terhadap tingkat nyeri anak saat dilakukan pemasangan infus, dengan hasil rata-rata tingkat nyeri pada kelompok yang dilakukan *guided imagery* lebih rendah dibanding kelompok kontrol. Penelitian lain dalam mengatasi nyeri diteliti oleh Ismanto (2011) mendapatkan hasil bahwa respon nyeri bayi saat imunisasi yang diukur dengan skala *FLACC*, terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi ASI dengan kelompok topikal anestesi (*Fluori-Methane*) spray, yaitu rata-rata respon nyeri pada bayi yang diberi ASI lebih rendah dari bayi yang diberi intervensi dengan topikal anestesi spray saat dilakukan imunisasi.

Fenomena tersebut menarik peneliti untuk melakukan penelitian guna menemukan metode yang tepat dilakukan pada anak saat pemasangan infus. Metode yang dipilih oleh peneliti yaitu *guided imagery*, dengan menggunakan rekaman kaset imajinasi sehingga anak lupa terhadap nyeri yang dirasakan. Dengan pertimbangan *guided imagery* mudah dibuat rekaman sendiri, terjangkau, dan bisa dipakai sewaktu-waktu oleh anak. Adapun metode alternatif lain yang dipilih peneliti yaitu dengan anestesi topikal dengan jenis *Ethyl chloride*. Meski telah banyak penelitian tentang efektifitas krim EMLA untuk menurunkan nyeri, namun karena krim EMLA membutuhkan waktu cukup lama yaitu 30-60 menit, maka peneliti memilih *Ethyl chloride* jenis anestesi semprot dengan efek lebih cepat yaitu 15 detik saja. Penelitian oleh Siregar (2007) tentang perbedaan anestesi semprot dengan anestesi oles, mendapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara anestesi semprot dengan anestesi oles dalam menurunkan intensitas nyeri pada pungsi arteri.

Fenomena yang tergambar di latar belakang menarik peneliti untuk bertanya “Apakah ada perbedaan skor nyeri pada anak usia 7-12 tahun saat pemasangan infus setelah diberikan intervensi *ethyl chloride* dan *guided imagery*?”

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan desain penelitian eksperimen semu (*quasi experiment*) dengan *pos-test treatment* pada kelompok kontrol non-ekuivalen (*after only nonequivalent control group design*), dimana pada rancangan ini kelompok eksperimen maupun kontrol tidak dipilih secara random (Creswell, 2010). Rancangan ini menggunakan pos-tes pada kelompok kontrol maupun intervensi tanpa dilakukan pre-tes terlebih dahulu.

Intervensi dalam penelitian ini dilakukan dengan pemberian *ethyl chloride* pada kelompok intervensi I (kelompok kontrol) adapun pemberian *guided imagery* pada kelompok intervensi II (sebagai pembanding). Tindakan dilakukan 2 menit sebelum prosedur pemasangan infus. Pengukuran yang dilakukan sesudah intervensi meliputi skala nyeri pada menit kelima setelah dilakukan pemasangan infus.

Populasi dari penelitian ini adalah anak usia 7-12 tahun yang akan dilakukan prosedur pemasangan infus di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Unit Gawat Darurat Semarang.

Teknik sampling pada penelitian ini menggunakan teknik *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling*, yaitu dengan memilih subjek yang memenuhi kriteria penelitian dan dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sampai jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Dahlan, 2009). jumlah ini sesuai dengan kriteria penelitian eksperimen menurut Dempsey(2002).

Sampel yang digunakan dalam penelitian harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dari penelitian ini yaitu: (1) Anak usia 7-12 tahun; (2)Orang tua setuju anaknya menjadi responden, yang dibuktikan dengan surat persetujuan menjadi responden; (3) Anak yang akan menjalani prosedur pemasangan infus; (4) Anak dalam keadaan sadar penuh. Sedangkan kriteria eksklusinya adalah: Kriteria eksklusi pemberian *ethyl chloride*: (1) Anak alergi terhadap krim *ethyl chloride*; (2) Tiba-tiba anak menolak

sebelum prosedur selesai. Kriteria eksklusi *guided imagery*: (1) Tiba-tiba anak menolak sebelum prosedur selesai; (2) Anak tuli atau tidak dapat mendengar dengan baik; (3) Anak menolak menggunakan *earphone*. Berdasarkan kriteria tersebut, sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 30 responden (masing-masing kelompok 15 responden), jumlah ini sesuai dengan kriteria penelitian eksperimen menurut Dempsey (2002) bahwa sebuah penelitian intervensi jumlah minimal responden 15.

HASIL

Hasil Penelitian terkait perbedaan respon nyeri pada anak usia 7-12 tahun saat pemasangan infus setelah diberikan intervensi *ethyl chloride* dan *guided imagery* dilakukan selama bulan maret sampai juli 2017 akan dijelaskan dalam tabel-tabel berikut.

Hasil penelitian terkait karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, pengalaman diinfus sebelumnya serta respon nyeri pada masing-masing kelompok intervensi. Karakteristik responden berdasarkan usia akan dijelaskan pada tabel 1 adapun karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dan pengalaman diinfus sebelumnya akan disajikan dalam tabel 2.

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia pada Bulan Maret - Juli 2017 (n:30)

Median (Minimum-Maksimum)	
Usia	9 (7-12)

Data pada tabel 1 menjelaskan bahwa nilai tengah dari distribusi responden berdasarkan usia adalah 9 tahun.

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Pengalaman Diinfus Sebelumnya pada Bulan Maret - Juli 2017 (n:30)

		n(%)	IK 95%
Jenis Kelamin	Laki-laki	17 (56.7)	
	Perempuan	13 (43.3)	
Pengalaman Sebelumnya	Pernah	2 (6,7)	
	Tidak Pernah	28 (93,3)	
Total		30 (100)	

Data pada tabel 2 menjelaskan bahwa responden terbanyak berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 17 responden (56,7%), adapun terkait pengalaman diinfeksi sebelumnya terbanyak adalah responden yang tidak pernah diinfeksi yaitu 28 responden (93,3%).

Analisis bivariat digunakan untuk membandingkan antara dua variabel untuk membuktikan hipotesis penelitian. Analisis bivariat pada penelitian ini yaitu untuk membandingkan antara *ethyl chloride* dan *guided imagery* terhadap respon nyeri pada anak. Uji analisis yang digunakan adalah uji *Mann Whitney*. Adapun hasil analisis bivariat akan dijelaskan pada tabel 3:

Tabel 3. Distribusi Perbandingan Tingkat Nyeri Antara Kelompok Intervensi *Ethyl Chloride* Dengan Kelompok Intervensi *Guided Imagery* pada Bulan Maret sampai Juli 2017 (n = 30)

Intervensi	N	Median (minimum-maksimum)	Nilai p
<i>Ethyl Chloride</i>	15	2 (1-4)	0,530
<i>Guided Imagery</i>	15	3 (2-3)	

Tabel 3. merupakan tabel hasil uji *Mann-Whitney* dengan hasil median tingkat nyeri responden pada kelompok *ethyl chloride* pada skala 2 dengan rentang antara skala 1 sampai 4, sedangkan pada kelompok *guided imagery* pada skala 3 dengan rentang antara skala 2 sampai 3, hal ini dapat diartikan bahwa pada kelompok *guided imagery* berada pada skala 3 kebawah sedangkan pada kelompok *ethyl chloride* berada pada skala 3 keatas. Dimana skala 1 adalah "nyeri sedikit", skala 2 adalah "sedikit lebih nyeri", skala 3 adalah "lebih nyeri lagi", skala 4 adalah "nyeri sekali". Nilai signifikasinya sebesar 0,530 ($p > 0,05$), artinya hipotesis pada penelitian ini ditolak, dimana hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara *ethyl chloride* dan *guided imagery* terhadap respon nyeri saat pemasangan infus pada anak.

PEMBAHASAN

Intervensi *ethyl chloride* efektif digunakan untuk mengurangi nyeri pada anak saat dilakukan pemasangan infus. Hal tersebut terbukti dari data respon nyeri yang menunjukkan tidak ada responden yang mengalami nyeri hebat saat diberikan *ethyl chloride*. Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh

Novianti, Novayelinda, dan Utomo (2012) tentang pengaruh pemberian anestesi lokal terhadap penurunan nyeri pada anak prasekolah yang dilakukan prosedur pengambilan darah vena. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian anestesi lokal pada area pengambilan darah vena dapat menurunkan atau menghilangkan tingkat nyeri.

Anestesi lokal adalah keadaan dimana sebagian tubuh tertentu (lokalisasi) mengalami kehilangan sensasi. Anestesi lokal dapat dioleskan atau diinjeksikan di bagian kulit atau tubuh tertentu (Potter & Perry, 2006). Kerja dari anestesi lokal ini adalah dengan memblokir syaraf, yaitu pada fungsi motorik, sensorik, dan syaraf otonom. Anestesi lokal lebih kecil risikonya dari pada anestesi umum. Jenis anestesi lokal *ethyl chloride* dapat menyebabkan pendinginan pada kulit, sehingga dapat mengganggu kemampuan tubuh untuk merasakan sakit (Siregar, 2007). Oleh karena itu *ethyl chloride*, efektif digunakan untuk mengurangi nyeri saat pemasangan infus.

Intervensi *guided imagery* efektif digunakan untuk mengurangi nyeri pada anak saat pemasangan infus. Data respon nyeri responden yang diberikan *guided imagery* menunjukkan respon nyeri tertinggi berada pada skala 3. Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Apóstolo dan Kolcaba (2009), mengenai pengaruh *guided imagery* terhadap kenyamanan, depresi, kecemasan, dan stres pada pasien dengan gangguan depresif, mendapatkan hasil bahwa *guided imagery* adalah salah satu metode yang efektif dalam meningkatkan kenyamanan anak, selain itu metode ini relatif mudah untuk dipelajari dan digunakan oleh anak.

Guided Imagery adalah salah satu metode pengontrolan nyeri yang termasuk kedalam teknik perilaku kognitif (*cognitive-behavioral*), tujuan dari teknik ini yaitu untuk memberikan kenyamanan, mengubah respon psikologi untuk mengurangi persepsi nyeri dan mengoptimisasi fungsi tubuh (Kozier & Erb's, 2012). Penelitian oleh van der Veek, Derkx, Benninga, Boer, dan de Haan, (2013) posttreatment, and at 6- And 12-month follow-up. Primary outcomes were level of abdominal pain (AP, mendapatkan hasil bahwa *cognitive behavior therapy* (CBT) efektif dalam menurunkan nyeri pada anak-anak dengan nyeri fungsi abdomen (*Functional Abdominal Pain*).

Guided imagery merupakan salah satu teknik yang berpengaruh terhadap perilaku kognitif anak. Dimana tingkat kognitif anak tergantung pada tingkatan usia anak tersebut.

Oleh karena itu pada *guided imagery* akan semakin efektif digunakan pada anak yang lebih besar dengan kecenderungan tingkat kognitif lebih tinggi. Hal ini didukung oleh teori perkembangan menurut Piaget yang menjelaskan mengenai tahap perkembangan kognitif pada anak usia 7-11 tahun, yaitu pada tahap 'Konkret Operasional', dengan ciri-ciri anak memiliki kemampuan dalam memahami aturan dan percakapan sehingga menghasilkan suatu pemikiran yang logis dan mental operasional, misal seperti pemusatan, pembagian transformasi, klasifikasi dari dua atribut atau lebih, serta alasan deduktif dan induktif (Potter & Perry, 2006).

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak ada perbedaan antara kelompok *ethyl chloride* dan *guided imagery* terhadap respon nyeri anak saat pemasangan infus. Artinya intervensi *guided imagery* dapat dilakukan pada lingkup perawatan gawat darurat dan cukup efektif untuk mencegah trauma pada anak saat pemasangan infus. Hasil yang diperoleh diharapkan dapat membantu pelayanan keperawatan agar bisa memilih metode yang tepat untuk mengatasi nyeri pada anak saat dilakukan tindakan infus. Salah satu tujuannya adalah untuk mengurangi trauma pada anak, saat dilakukan tindakan invasif pertama diharapkan anak akan lebih kooperatif untuk dilakukan tindakan invasif berikutnya.

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa penggunaan *guided imagery* lebih efektif dibanding penggunaan *ethyl chloride*. Hal ini terlihat dari respon nyeri yang didapatkan pada penggunaan *ethyl chloride* terdapat satu responden yang mengalami nyeri dengan skala 4 sedangkan pada penggunaan *guided imagery* respon nyeri tertinggi berada pada skala 3. Hal ini dapat terjadi karena usia responden yang masuk kelompok *guided imagery* paling banyak pada usia 9 tahun ke atas. Sesuai penjelasan sebelumnya yang menyebutkan bahwa intervensi *guided imagery* akan efektif jika diberikan pada anak yang lebih besar karena tingkat kognitifnya cenderung lebih tinggi. Pada saat *guided imagery* diberikan terjadi proses modulasi dalam tubuh, melalui sistem analgesik endogen yang melibatkan pengeluaran *endorfin* dalam tubuh oleh sistem syaraf sehingga dapat mengurangi nyeri. *Endorfin* memiliki efek relaksasi pada tubuh dengan menghambat transmisi substansi zat kimia yang dikeluarkan dari jaringan yang terluka.

Penggunaan *ethyl chloride* dapat digunakan di Rumah sakit, karena metode ini cukup efektif, dan dapat mempermudah serta mempercepat perawat untuk melakukan pemasangan

infus pada anak. Sedangkan penggunaan *guided imagery* juga bisa digunakan untuk pilihan alternatif, karena lebih terjangkau dan anak serta orang tua lebih banyak memilih metode ini karena lebih aman tanpa bahan kimia, dan anak cenderung lebih tenang.

Penelitian ini juga dapat menambah pengetahuan di dunia pendidikan, sehingga dapat menambah wawasan terutama metode penanganan nyeri yang tepat dilakukan pada anak usia 7-12 tahun. Selain itu penelitian ini juga dapat menjadi rujukan untuk dilakukan penelitian selanjutnya, terutama yang terkait dengan manajemen nyeri pada anak.

Keterbatasan penelitian ini yaitu jumlah sampel yang terbatas dan sampel datang ke rumah sakit tidak bersamaan sehingga membutuhkan waktu yang lama dalam pengumpulan data.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan skor nyeri yang bermakna antara *ethyl chloride* dan *guided imagery*, sehingga *guided imagery* dapat dijadikan salah satu metode untuk mengurangi nyeri karena lebih mudah dan dari segi biaya lebih murah. Bagi rumah sakit hal tersebut dapat dijadikan kebijakan untuk mengurangi trauma pada anak saat diinfus dan meminimalkan dampak negatif lainnya. Penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk penelitian selanjutnya, misalnya dengan menambah jumlah responden, serta melakukannya pada usia yang berbeda dengan teknik yang berbeda.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada DRPM Diten Penguatan Risbang yang telah mendanai riset ini sehingga bisa terlaksana dengan lancar, Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan FIK Unissula yang telah memberikan ijin dan supportnya untuk dapat melakukan penelitian dengan baik dan RSISA yang memberikan kesempatan penulis untuk melakukan penelitian di rumah sakit tersebut.

REFERENSI

- Andarmoyo, S. (2013). Konsep dan proses keperawatan nyeri. Jogjakarta: Arruz Media.
- Apóstolo, J. L. A., & Kolcaba, K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive

- disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 403–411.
doi:10.1016/j.apnu.2008.12.003
- Creswell, J. W. (2010). *Research design: Pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed*. Jogjakarta: Pustaka Pelajar.
- Dahlan, M. S. (2009). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Glasper, A. & Richardson, J. (2006). *A textbook of children's and young people's nursing*. Philadelphia: Elsevier
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing (8th ed.)*. St. Louis Missouri: Mosby Elsevier.
- Ismanto, A. Y. (2011). *Studi komparatif pemberian ASI dan topikal anestesi terhadap respon nyeri imunisasi pada bayi di Puskesmas Bahu Manado*. Universitas Indonesia. Retrieved from <http://lontar.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=20280168&lokasi=lokal>
- Kozier, & Erb's. (2012). *Fundamentals of nursing*. America: Person PLC.
- Mariyam, & Widodo, S. (2012). *Pengaruh guided imagery terhadap tingkat nyeri pada anak usia 7-13 tahun saat dilakukan pemasangan infus di RSUD Kota Semarang*. In *Seminar Hasil-Hasil Penelitian* (p. 978 (6), 6). Semarang: LPPM UNIMUS.
- Novianti, Novayelinda, R., & Utomo, W. (2012). *Pengaruh pemberian eutetic mixture of local anesthetic terhadap penurunan nyeri pada anak prasekolah yang dilakukan pengambilan darah vena*. Universitas Riau. Retrieved from <http://repository.unri.ac.id/bitstream/123456789/1889/1/MANUSCRIPT.pdf>.
- Potter, A. P., & Perry, G. P. (2006). *Buku Ajar Fundamental keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Siregar, I. A. (2007). *Perbandingan efektifitas anestesi oles dengan anestesi semprot dalam menurunkan intensitas nyeri pada pungsi arteri*. Universitas Sumatera Utara. Retrieved from [http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6263/1/Ira Aliza1.pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6263/1/Ira%20Aliza1.pdf)
- Van Der Veek, S. M. C., Derkx, B. H. F., Benninga, M. A., Boer, F., & de Haan, E. (2013). *Cognitive behavior therapy for pediatric functional abdominal pain: A randomized controlled trial*. *Pediatrics*, 132(5), e1163–e1172. doi:10.1542/peds.2013-0242

**Yusi Riwayatul
Afsah¹**

¹ Maternity Department, Faculty of
Medicine and Health Sciences, Universitas
Muhammadiyah Yogyakarta, Jl.Lingkar Selatan,
Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta,
Indonesia
E-mail: yusira35@gmail.com

Perceived Barriers Of Cervical Cancer Screening Among Married Women In Minggir, Godean, Gamping Sub-Districts, Sleman District Yogyakarta

Info Artikel:

Masuk : 1 Juni 2017
Revisi : 26 Mei 2017
Diterima : 6 Maret 2017
DOI Number : 10.18196/ijnp.1264

ABSTRACT

Coverage of cervical cancer screening in Indonesia has only reached 5% and cervical cancer in Indonesia is still relatively high. The aimed of this cross-sectional study were to explore perceived barriers of cervical cancer screening and regular screening history among 384 married women in Sleman, Yogyakarta. Data were collected using modified questionnaire items from Champion Health Beliefs Model Scale. Results showed that only 13.8% of respondent have regular screening. Most of respondent in both group Regular and Non-regular/Never had screening perceived that they preferred a female doctor to conduct a screening. Significant association was found between perceived barriers for screening and women's regular screening history (p -value =0.000). Important barriers reported from this study were male physicians, time-consuming for screening procedure, and embarrassment. Effort to increase screening need to focus on women who have high perceived barriers so that cervical cancer screening's promotion can be achieved.

Keywords: cervical cancer screening, perceived barriers, women.

INTRODUCTION

Cervical cancer ranks the second most frequent cancer in women in Indonesia after breast cancer (WHO/ICO, 2010). According to WHO/ICO (Institute Catala d'Oncologia) (2010), Indonesia has a population of 227,345,000 with an at risk population of developing cervical cancer (15 years and older) at around 79.14 million. Current estimates indicate

that every year around 13,762 Indonesian women will be diagnosed with cervical cancer and 7493 will subsequently die from the disease.

Incidence rate of cervical cancer in Indonesia 2011 reached 100 per 100,000 populations with accumulated distribution in Java and Bali expected to increase 25% within the next 10 years if no preventive measures are put into place

(Rasjidi, 2012). Each day there are 41 new cases of cervical cancer culminating in 20 women dying daily in Indonesia; or it could be roughly estimated that every hour a woman dies from cervical cancer in the country and the highest prevalence of women die from this disease is in Yogyakarta with approximately 100/100,000 (Agustina, 2014; Yuliatin, 2010).

Indonesian government has set a minimum target of reaching 80% cervical cancer screening (CCS) coverage among Indonesian women in line with the WHO recommendation of targeting population at risk of cervical cancer (Kemenkes, 2013). In fact, coverage of cervical cancer screening in Indonesia has only reached 5% and cervical cancer in Indonesia is still relatively high (Aziz, 2012).

Previous literature have reported that women's beliefs regarding which refer to perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers are important factors that influence their decisions to get regular CCS (Brotto et al, 2008; Lee-Lin et al, 2007; McFarland, 2009; Paskett et al, 2004; Reis et al, 2012). Nonetheless, most of these studies have been conducted in other countries including the US (Lee-Lin et al, 2007; McFarland, 2009); the UK (Fallowfield, et al, 2010; Sawaya et al, 2009); Turkey (Reis et al, 2012; Esin et al, 2011); Taiwan (Hsu et al, 2011); Cambodia dan Lao PDR (Dang et al, 2010); Jordan (Amarin et al, 2008); India (Roy et al, 2008); and Malaysia (Wong et al, 2008). There are 11 published CCS studies in Indonesian women; notwithstanding, none of these have focused on women perceived barriers of CCS, but only examined on demographic factors, behavior, and barriers to CCS which are already well-established knowledge. The purpose of this study was; therefore, to examine and describe women perceived barriers of CCS among married women in Sleman, Yogyakarta, and relationship between perceived barriers of CCS and women CCS history.

METHODE

A descriptive cross-sectional study was conducted from July to September, 2014 with convenience sampling to recruit 384 participants aged 21 to 55 years who joined in

the monthly family welfare activities including 3 sub-districts (Minggir sub-district, Godean sub-district, and Gamping sub-district), Sleman district, Yogyakarta, organized by the local governments. Women who had been diagnosed with cervical cancer and unmarried were excluded.

A package of questionnaire used in this study had 3 parts. Part 1 was Demographic data developed by the researcher to assess age, age of marriage, religion, level of education, income per month, health insurance information, types of health care facilities available, and source of health information. Part 2 was perceived barriers of CCS measured by 15 questions modified Champion Health Beliefs Model Scale (CHBM). All of the items across the subscales have five-point Likert-type response choices: strongly disagree (scores 1 point) through to strongly agree (scores 5 points). Part 3 was Cervical cancer screening history form in terms of whether they had a test within the past 1-3 years with yes/no response. The Content Validity Index (CVI) was 0.95 and exhibited Cronbach's alpha coefficients was 0.81.

Univariate and bivariate analysis was used in this study. Bivariate association between women's belief with CHBM-scale items and regular CCS history was examined using Chi-Square. The study was approved by the ethical committee Institute Review Board (IRB) of Khon Kaen University, Thailand No. 4.3.03: 17/2014.

RESULT

The average age in both group who have regular CCS and non-regular/never had CCS was 30 to 55 years. The majority of the participants in both groups were Muslim. More than half of the participants in each group graduated senior high school and had low income or below the regional minimum wage in Indonesia. The majority of women who had CCS regularly reported that they had health insurance. In contrast, most of the women without history of CCS had no health insurance. Most of participants in both groups went for a health examination at government health care facilities and obtain health information from mass media. The demographic characteristics of participants presented in detail in Table 1.

Table 1. Demographic characteristics of participants (n=384)

Demographic characteristics	Regular CCS (n=53)	Non-regular/ Never had CCS (n=331)
	n (%)	n (%)
Age (years)		
21 – 29	2 (3.8)	65 (19.6)
30 – 55	51 (96.2)	266(80.4)
Age when get married		
16 – 19	3 (5.7)	33 (10)
20 – 24	32 (60.2)	145 (43.9)
25 – 29	17 (32.2)	125 (37.7)
≥ 30	1 (1.9)	28 (8.4)
Religion		
Muslim	45 (84.9)	299 (90.3)
Christian	6 (11.3)	21 (6.4)
Catholic	2 (3.8)	11(3.3)
Level of education		
Elementary school	4 (7.5)	40 (12.1)
Junior high school	4 (7.5)	43 (13.0)
Senior high school	23 (43.5)	137 (41.4)
Diploma	4 (7.5)	20 (6.0)
University graduate	18 (34.0)	90 (27.2)
No education	-	1 (0.3)
Income per month		
< Minimum wage	34 (64.1)	254 (76.7)
> Minimum wage	19 (35.9)	77 (23.3)
Health insurance		
Yes	34 (64.2)	122 (36.9)
No	19 (35.8)	209 (63.1)
Medical care access		
Government hospital	5 (9.4)	19 (5.7)
Primary health care	24 (45.4)	191 (57.7)
Private hospital	5 (9.4)	29 (8.8)
Private medical practitioner	19 (35.8)	89 (26.9)
Herbal medicine	-	3 (0.9)

Demographic characteristics	Regular CCS (n=53)	Non-regular/ Never had CCS (n=331)
	n (%)	n (%)
Health information sources		
Print media	10 (18.8)	62 (18.8)
Electronic media	25 (47.2)	164 (49.5)
Health care provider	13 (24.5)	63 (19.0)
Family	3 (5.7)	-
Friends	2 (3.8)	42 (12.7)

Almost all of the participants never had any CCS experience. Interestingly, only (13.8%) from the total number of participants reported that they had CCS regularly. The most frequent used CCS method was Pap Smear Test. The detail of CCS history showed in Table 2.

Table 2. The frequency and percentage of CCS history of participants (n=384)

History of CCS	Frequency	Percentage
CCS regularly history (at least once in the past 1-3 years)		
Yes	53	13.8
No	331	86.2
The last CCS occasion (at least once at any time in life)		
Never had any CCS	310	80.7
After gave birth	28	7.3
Annual physical examination	26	6.8
Others (e.g. free examination, menopause time, abdominal pain symptom)	20	5.2
The last CCS method		
Never had any CCS	310	80.7
Pap Smear Test	58	15.1
Visual Inspection with Acetic Acid (VIA)	10	2.6
Human Papilloma Virus Test (HPV-Test)	6	1.6

Concerning barriers to use, the majority of the women in both group Regular CCS and Non-regular/Never had CCS

perceived that they preferred a female doctor to conduct a CCS. Some item responses in the perceived barriers scale showed that more women in the Regular CCS group did not believe the barriers to CCS compared with women in the Non-regular/Never had CCS group, such as did not know where to go for a CCS, embarrassment, having a CCS takes too much time, CCS is too painful, health professionals doing CCS are usually men as opposed to women (, other problems are more important than having a CCS, and no health center close to their home. The detail of perceived barriers of CCS showed in Table 3

Table 3. Frequency and percentage of participants with perceived barriers on CHBM-based items

CHBM items	Regular CCS (n=53) n (%)	Non-regular/Never had CCS (n=331) n (%)
1. I am afraid to have a CCS for fear of a bad result		
Strongly disagree	8 (15.1)	8 (15.1)
Disagree	29 (54.7)	29 (54.7)
Neutral	4 (7.5)	4 (7.5)
Agree	10 (18.9)	10 (18.9)
Strongly agree	2 (3.8)	2 (3.8)
2. I don't know where to go for a CCS		
Strongly disagree	15 (28.3)	46 (13.9)
Disagree	27 (50.9)	144 (43.5)
Neutral	1 (1.9)	41 (12.4)
Agree	6 (11.3)	90 (27.2)
Strongly agree	4 (7.5)	10 (3)
3. I would be ashamed to lie on a gynecologic examination table and show my private parts to have a CCS		
Strongly disagree	15 (28.3)	23 (6.9)
Disagree	21 (39.6)	161 (48.6)
Neutral	6 (11.3)	31 (9.4)
Agree	10 (18.9)	106 (32)
Strongly agree	1 (1.9)	10 (3)
4. Having a CCS takes too much time		
Strongly disagree	6 (11.3)	22 (6.6)
Disagree	25 (47.2)	113 (34.1)
Neutral	5 (9.4)	67 (20.2)

CHBM items	Regular CCS (n=53) n (%)	Non-regular/Never had CCS (n=331) n (%)
Agree	14 (26.4)	119 (36)
Strongly agree	3 (5.7)	10 (3)
5. Having a CCS is too painful		
Strongly disagree	8 (15.1)	17 (5.1)
Disagree	30 (56.6)	156 (47.1)
Neutral	9 (17)	96 (29)
Agree	5 (9.4)	57 (17.2)
Strongly agree	1 (1.9)	5 (1.5)
6. Health professional doing CCS are usually a men more than women		
Strongly disagree	10 (18.9)	24 (7.3)
Disagree	25 (47.2)	127 (38.4)
Neutral	8 (15.1)	108 (32.6)
Agree	5 (9.4)	56 (16.9)
Strongly agree	5 (9.4)	16 (4.8)
7. I have other problems more important than having a CCS		
Strongly disagree	10 (18.9)	42 (12.7)
Disagree	29 (54.7)	163 (49.2)
Neutral	9 (17)	80 (24.2)
Agree	4 (7.5)	37 (11.2)
Strongly agree	1 (1.9)	9 (2.7)
CHBM items	Regular CCS (n=53) n (%)	Non-regular/Never had CCS (n=331) n (%)
8. I am too old to have a CCS regularly		
Strongly disagree	14 (26.4)	55 (16.6)
Disagree	30 (56.6)	218 (65.9)
Neutral	3 (5.7)	24 (7.3)
Agree	6 (11.3)	31 (9.4)
Strongly agree	-	3 (.9)
9. There is no health center close to my house to have a CCS		
Strongly disagree	10 (18.9)	42 (12.7)
Disagree	29 (54.7)	155 (46.8)
Neutral	7 (13.2)	40 (12.1)

CHBM items	Regular CCS (n=53)	Non-regular/Never had CCS (n=331)
	n (%)	n (%)
Agree	6 (11.3)	79 (23.9)
Strongly agree	1 (1.9)	15 (4.5)
10. If there is cervical cancer development in my destiny, having a CCS cannot prevent it		
Strongly disagree	14 (26.4)	59 (17.8)
Disagree	26 (49.1)	173 (52.3)
Neutral	8 (15.1)	57 (17.2)
Agree	4 (7.5)	33 (10)
Strongly agree	1 (1.9)	9 (2.7)
11. I prefer a female doctor to conduct a CCS		
Strongly disagree	4 (7.5)	3 (.9)
Disagree	7 (13.2)	15 (4.5)
Neutral	1 (1.9)	12 (3.6)
Agree	28 (52.8)	206 (62.2)
Strongly agree	13 (24.5)	95 (28.7)
12. I will never have CCS if I have to pay for it		
Strongly disagree	13 (24.5)	35 (10.6)
Disagree	26 (49.1)	183 (55.3)
Neutral	1 (1.9)	38 (11.5)
Agree	9 (17)	59 (17.8)
Strongly agree	4 (7.5)	16 (4.8)
13. My husband would not permit me to have a CCS		
Strongly disagree	13 (24.5)	57 (17.2)
Disagree	38 (71.7)	213 (64.4)
Neutral	2 (3.8)	43 (13)
Agree	-	13 (3.9)
Strongly agree	-	5 (1.5)
14. I am afraid that I will not be able to explain to my husband why I need CCS		
Strongly disagree	11 (20.8)	45 (13.6)
Disagree	33 (62.3)	204 (61.6)
Neutral	6 (11.3)	53 (16)
Agree	1 (1.9)	26 (7.9)
Strongly agree	2 (3.8)	3 (.9)

CHBM items	Regular CCS (n=53)	Non-regular/Never had CCS (n=331)
	n (%)	n (%)
15. Other people may have negative attitudes toward me if I come to get CCS		
Strongly disagree	12 (22.6)	51 (15.4)
Disagree	27 (50.9)	186 (56.2)
Neutral	6 (11.3)	52 (15.7)
Agree	7 (13.2)	36 (10.9)
Strongly agree	1 (1.9)	6 (1.8)

Based on bivariate analysis, there was significant association between women's perceived barriers and women's regular CCS history. On the other hand, 3 demographic variables that had significant association with women's regular CCS history were age, income per month, and health insurance. The detail of the association presented in Table 4.

Table 4 Association between demographic variables, HBM variables and women's regular cervical cancer screening (CCS) history

Variable	Regular CCS history (Yes/No)	
	X ²	P-Value
Age	5.244	.022*
Age of marriage	1.330	.249
Religion	1.442	.230
Level of education	1.283	.257
Income per month	4.325	.038*
Health insurance status	14.108	.000*
Medical care access	1.481	.224
Health information	.105	.746
Perceived barriers	38.685	.000*

*Statistical significant at $\alpha = .005$

DISCUSSION

Of the 384 married women who participated in this study, around 19.3% of participants showed that they have CCS experience at least once at any time in life. However, only 13.8% had CCS regularly every 1-3 years as suggested

by physician or health care provider. This number has been higher than the national coverage 4 years ago that said CCS coverage only reached 5%.

Around 7.3% participants stated that their last CCS experience was post giving birth. This is because CCS is not integrated in postpartum check-up. Postpartum maternal health services in Indonesia incorporated physical examinations (checking vital signs, examination of the peak height of the uterus, lochia and other vaginal fluids, and breast examination), provision of advice pertaining to exclusive breastfeeding, provision of communication, information, education and communication (IEC) concerning postpartum maternal and newborn infant health, as well as family planning services postpartum (Indonesian Ministry of Health, 2013).

Pap smear was a test that most married women had obtained for their last CCS method, while around 3% received Visual Inspection with Acetic Acid (VIA). Beside that, only 1.6% had had a HPV-test as their last CCS method; this is because the HPV test is the most expensive screening method. VIA is available from public hospital, private medical practitioners - from doctors and midwives. Cost estimation for VIA test is around Rp. 15,000 – Rp. 50,000 (1 – 4 USD). VIA costs are cheaper if compared with Pap smear; yet, people are more familiar with Pap smear than VIA. This is due to lack of socialization about the difference between VIA and Pap smear in the community, especially in rural communities.

In bivariate analysis, age was significantly associated with CCS history ($p=0.022$). This finding was supported by studies in Canada, and in accordance with Nigerian study which reported a significant association between age and CCS participation in the bivariate model; but the association did not hold in the multivariate model (Cerigo et al., 2013; Olumide et al., 2014). The results from this study revealed that the majority of the women in both groups married when they were young adults (20-24 years); however, this did not make them eager to come and get a CCS until they reached a certain age or symptoms presented themselves

Income per month was found to be significantly correlated with CCS history ($p=0.038$). This finding supported other study by Chang, et al., (2017) who found that total income per month was significantly associated with women's participation to get a CCS in Korea. This could be due to the expensive

cost of CCS in Indonesia. Therefore, women in both the low income and high income groups were reluctant to think again of going to get a CCS when they did not have any complaints in terms of their health condition.

On the other hand, health insurance status was found to be statistically significant when associated with CCS ($p=0.000$) amid bivariate analysis. These finding confirmed a report by Roy, Tricia, & Tang (2008) who found that health insurance coverage was significantly associated with CCS among Indian women with different religions. This study showed that more than half of the participants 64% who had regular CCS had health insurance. Women will get a free screening if they had health insurance and vice versa.

Perceived barriers were found to be significantly associated with women's CCS history ($p=0.000$). Concerning individual items in the perceived barriers scale, almost all of married women with regular CCS and women without regular CCS felt that they would prefer a female doctor to conduct a CCS. This is because the majority of the participants in this study are Muslim, and Muslim women are likely to choose a female doctor when getting a CCS. This statement was supported by Guimond & Salman (2013) who stated that Muslim women wish to reject showing a sensitive part of their body to anyone other than a biological family member or husband.

Moreover, 24.5% of married women with regular CCS and 22.6% among married women who had no CCS regularly perceived that they will never have CCS if they have to pay for it. This finding confirmed the significance of medical expenses on women's decision to get CCS. Cost barriers pertaining to CCS were also mentioned by a quarter of participants in Ghana and most women in Mexico (Abotchie, & Shokar, 2009; Leyva et al., 2006).

The problem of health care service access is still felt by some married women. Around 28.4% of the participants without regular CCS reported that there was no health center close to their home to have a CCS. The number is higher compared with only 13.2% in the women with regular CCS. Approximately 18.9% of married women with regular CCS and 30.2% of women who had never had CCS regularly stated that they did not know where to go for a CCS. Similarly, Leyva et al., (2006) reported that most Mexican women perceived that difficulty of health care access is one of the important barriers to getting a CCS.

In some items, married women in the Non-regular/ Never had CCS group had more perceived barriers to CCS than women who had regular CCS such as fear of a bad result, they had other problems more important than having a CCS, they were afraid that they would not be able to explain to their husband why they needed a CCS, CCS would take too much time, and CCS is too painful. Similar result in study reported by Awodele et al. (2011) showed that around 14.4% of participants in Nigeria believed that a CCS is painful. Being worried about pain, result, and time-consumed appear to be barriers to CCS and should be addressed amid future intervention.

Interestingly, none of the married women with regular CCS agreed that their husband would not permit them to have a CCS, while 5.4% of women without regular CCS agreed with this statement. The small number of participants also shown among Hispanic and Indian women agreed that partner permission was one of the barriers to having a CCS (Byrd et al., 2004; Roy et al., 2008). Moreover, a small number of married women perceived that if cervical cancer is their destiny, having CCS cannot prevent it, and they believed that negative perceptions from others would appear if they went to get a CCS, while 11% felt that they were too old to have a CCS. In general, women partaking in this study seemed to have high perceived barriers of CCS.

When comparing to the two groups, this study presented that the women in the Non-regular CCS group perceived higher barriers than the women with regular CCS in terms of fear of bad result, do not know where to go for a CCS, embarrassment, time taken, CCS is too painful, the presence of male health care workers, other problem more important than having a CCS, no health center close to their home, cost of CCS, husband's permission, and afraid in terms of explaining to their husband why they need a CCS.

CONCLUSION

To sum up, these outcomes suggest reasons for the low CCS coverage among married women. In the final model, health insurance coverage and perceived barriers scale were found to be significant predictors of ever having had regular CCS. The specific barriers mentioned in this study may be taken into account amid health education interventions to

encourage CCS which likely to be developed in the future by the Indonesian government in collaboration with health care providers. The success of a screening program is highly dependent on the willingness and presence of women who are at risk to participate in such a program. Effort to increase screening need to focus on women who have high perceived barriers so that cervical cancer screening's promotion can be achieved.

ACKNOWLEDGEMENT

The author wish to thank the participants in this study and to the Sleman Regent for giving permission to conduct the study.

REFERENSI

- Abotchie, P.N., & Shokar, N.K. (2009). *Cervical Cancer Screening Among College Students in Ghana: Knowledge and Health Beliefs*. *Int J Gynecol Cancer*, 19(3), 412-416.
- Agustina, D. (2014). Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) Paling Banyak Kasus Kanker Serviks, Yogyakarta, Indonesia. Retrieved January 10, 2015, from <http://www.tribunnews.com>
- Amarin, Z.O., Badria, L.F., & Obeidat, B.R. (2008). *Attitudes and beliefs about cervical smear testing in ever-married Jordanian women*. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14, No. 2. Department of Obsgyn, Jordan University of Science and Technology, Irbid, Jordan.
- Awodele, O., et al. (2011). *A Study on Cervical Cancer Screening Amongst Nurses in Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria*. *J.Cancer Education*, 26, 497-504. Retrieved November 03, 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3161190>
- Aziz, F. (2012). *Sexual Intercourse is a Risk Factor of Cervical Cancer*. *Media Indonesia* (p.5).
- Brotto, L.A., et al. (2008). *Reproductive health practices among Indian, Indo-Canadian, Canadian East Asian, and Euro-Canadian Women: the role of acculturation*. *J Obstet Gynaecol Can*, 30, 229-38
- Byrd, T.L., Peterson, S.K., Chavez, R., & Heckert, A. (2004). *Cervical Cancer Screening Beliefs Among Young Hispanic Women*. *Prev. Med*, 38, 192-197.
- Cerigo, H., Coutlée, F., Franco, E.L., & Brassard, P. (2013). *Factors Associated with Cervical Cancer Screening Uptake*

- Among Inuit Women in Nunavik, Quebec, Canada. *BMC Public Health*, 13, 438. Retrieved November 02, 2014, from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf>
- Chang, H. K., et al (2017). *Factors associated with participation in cervical cancer screening among young Koreans: a nationwide cross-sectional study*. *BMJ Open*. 2017; 7(4), 1-9.
- Dang, J., Lee, J., & Tran, J.H. (2010). *Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding Breast and Cervical Cancer Screening among Cambodian, Laotian, Thai, and Tongan Women*. *J Canc Educ* 25:595-601. USA.
- Esin M.N., Bulduk S., & Ardic A. (2011). *Beliefs About Cervical Cancer Screening Among Turkish Married Women*. *J Canc Educ* (2011) 26:510-515. Springer. Turkey.
- Fallowfield, L., et al. (2010). *Awareness of ovarian cancer risk factors, beliefs and attitudes towards screening: baseline survey of 21 715 women participating in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening*. *British Journal of Cancer* 103, 454 - 461. UK.
- Hawkins, N.A., Benard, V.B., Greek, A., Roland, K.B., Manninen, D., & Saraiya, M. (2013). *Patient knowledge and beliefs as barriers to extending cervical cancer 2 screening intervals in Federally Qualified Health Centers*. *Preventive Medicine*. YPMED-03718; Page No: 5; 4C: USA.
- Hsu, Y., Cheng, Y., Hsu K., Fetzer, S.J., & Chou, C. (2011). *Knowledge and Beliefs about Cervical Cancer and Human Papillomavirus among Taiwanese Undergraduate Women*. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 38. US.
- Lee-Lin, E.E., et al. (2007). *Korean American Women's beliefs about breast and cervical cancer*. *Oncol Nursing Forum*, 34, 713-20.
- Leyva, M., Byrd, T., & Tarwater, P. (2006). *Attitudes Towards Cervical Cancer Screening: A Study of Beliefs Among Women In Mexico*. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(2), 13-24.
- McFarland, D.M. (2009). *Beliefs about the causes of cervical cancer in Botswana: implications for nursing*. *Int Nursing Review*, 56, 426-32.
- Ministry of Health Republic of Indonesia. (2013). *JKN Menjamin Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Payudara*. Jakarta. Retrieved March 1, 2014, from <http://www.depkes.go.id/index.php>
- Olumide, A., Olatunbosun, F., & Oluwatosin, O. (2014). *Knowledge, perception and predictors of uptake of cervical screening among rural Nigerian women*. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 6(3), 119-124. Retrieved October 25, 2014, from <http://www.academicjournals.org>
- Paskett, E.D., Tatum, C., Rushing, J., et al. (2004). *Racial differences in knowledge, attitudes, and cancer screening practices among a tri racial rural population*. *Cancer*, 101, 2650-9.
- Rasjidi. (2012). *Kanker serviks dan penanganannya*. Yogyakarta. Nuha Medika.
- Reis, N. et al. (2012). *Knowledge, Behavior and Beliefs Related to Cervical Cancer and Screening among Turkish Women*. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 13, 1463-1470.
- Roy, B., Tricia, & Tang, T.S. (2008). *Cervical Cancer Screening in Kolkata, India: Beliefs and Predictors of Cervical Cancer Screening among Women Attending a Women's Health Clinic in Kolkata, India*. *Journal of Cancer Education*. Retrieved November 20, 2013, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Sawaya, et al. (2009). *Ending cervical cancer screening: attitudes and beliefs from ethnically diverse older women*. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:40.e1-40.e7. UK.
- Wong, L., Wong, Y.L., Low, W.Y., Khoo, E.K., & Shuib, R. (2008). *Cervical Cancer Screening Attitudes and Beliefs of Malaysian Women who have Never had a Pap smear: A Qualitative Study*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15: 289-292. France.
- World Health Organization. (2013). *Screening for Cervical Cancer*. Diakses 24 Januari 2014, http://www.who.int/cancer/detection/cervical_cancer_screening/e/
- Yuliatin, S. (2010). *Cegah dan Tangkal Ca. Serviks*. Surabaya: Java Pustaka Group.

Mitra Bestari IJNP 2017

Supratman
(Universitas Muhammadiyah Surakarta)

Heni Setyowati Esti Rahayu
(Universitas Muhammadiyah Malang)

Jebul Suroso
(Universitas Muhammadiyah Purwokerto)

Henny Suzana Mediani
(Universitas Padjajaran)

Titih Huriah
(Universitas Muhammadiyah Yogyakarta)

Iman Permana
(Universitas Muhammadiyah Yogyakarta)

Sri Sundari
(Universitas Muhammadiyah Yogyakarta)

Erna Rochmawati
(Universitas Muhammadiyah Yogyakarta)

Falasifah Ani Yuniarti
(Universitas Muhammadiyah Yogyakarta)

Ema Waliyanti
(Universitas Muhammadiyah Yogyakarta)

Yoni Astuti
(Universitas Muhammadiyah Yogyakarta)

INDONESIAN JOURNAL OF
**NURSING
PRACTICE** **IJNP**

IJNP (Indonesian Journal of Nursing Practices) is a bilingual journal published by Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) and AIPNEMA (Asosiasi Institusi Penyelenggara Pendidikan Ners Muhammadiyah). IJNP is published semi-annual (June and December) since 2011 (as named Muhammadiyah Journal of Nursing). As a peer-reviewed Indonesian journal, it welcomes scholarly works on Islamic nursing written in English and Bahasa Indonesia. IJNP continues to be consistent in publishing scientific articles, both research and review articles. IJNP published both printed (book) and electronic (PDF) versions.

The journal publishes topics that related to nursing practice such as:

- Medical Surgical Nursing
- Gerontology Nursing
- Family Nursing
- Palliative Care
- Nursing Education
- Holistic Nursing
- Other topics related to Nursing Practices

Department of Nursing UMY
Kompleks FKIK Gedung F3 Lantai 4
Kampus Terpadu UMY
Jl. Lingkar Selatan, Kasihan, Bantul, Yogyakarta
55183
Email : IJNP@umy.ac.id

