

Jurnal

Keperawatan Klinis dan Komunitas

Clinical and Community Nursing Journal

Pengaruh *Self-Selected Individual Music Therapy* (SeLIMuT) terhadap *Cancer Related Fatigue* (CRF) pada Pasien Kanker

Gracia Rosiharjati Sarihastanti, Sri Setiyarini, Christantie Effendy

Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Keakuratan Dokumentasi Keperawatan di Instalasi Kesehatan Anak

Mia Purnama, Itsna Luthfi Kholisa, Lely Lusmilasari

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Kesetaraan Gender Terhadap Efikasi Diri Seksual Remaja Putra Siswa SMP di Kota Yogyakarta

Annisa Rachmawati, Wenny Artanty Nisman, Ika Parmawati

Gambaran Pengetahuan *Family caregiver* dalam Merawat Pasien Demensia

Merry Olvia, Heny Suseani Pangastuti, Christantie Effendy

Hubungan Skor Depresi dengan Kualitas Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis

Kintan Ayu Kartika Putri, Melyza Perdana, Sri Warsini

Pengaruh Pelatihan Deteksi Perkembangan Dasar Balita terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Kader di Wilayah Kerja Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta

Aprilia Tri Astuti, Akhmadi, Sri Hartini

Volume 3	Nomor 3	Halaman 122-187	November 2019	ISSN 2614-4948 (online) ISSN 2614-445x (print)
-------------	------------	--------------------	------------------	---

JURNAL KEPERAWATAN KLINIS DAN KOMUNITAS Clinical and Community Nursing Journal

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (JK3) merupakan jurnal yang mempublikasikan hasil-hasil penelitian dalam bidang keperawatan dan kesehatan dari area klinis (RS, puskesmas), pendidikan, dan masyarakat. JK3 diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta (PSIK FK-KMK UGM). Redaksi jurnal ini berkantor di Lantai 2 Gedung Ismangoen PSIK FK-KMK UGM di Jalan Farmako Sekip Utara Yogyakarta 55281. No Telp: (0274) 545674; Fax: (0274) 631204. Email: jurnalkeperawatan.fk@ugm.ac.id.

Jurnal ini merupakan pembaharuan dari Jurnal Ilmu Keperawatan (JIK) yang sudah tidak terbit sejak tahun 2010. JIK pertama kali terbit pada tahun 2006. Hingga tahun 2009 JIK telah terbit sebanyak 4 volume atau 12 edisi dan masih berupa jurnal fisik.

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas terbit tiga kali dalam setahun yaitu Bulan Maret, Juli dan November. Mulai terbit tahun 2017, JK3 disusun oleh kepengurusan dewan redaksi yang baru dan mulai menggunakan Open Journal System (OJS) di mana para penulis wajib melakukan register terlebih dahulu dan meng-upload naskah secara online. Melalui OJS, dewan redaksi, editor, peer review, penulis, pembaca dapat memantau proses naskah, pelangganpun dapat melakukan pemesanan yang dilakukan secara online.

Diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM Yogyakarta

PELINDUNG DAN PENGARAH

Dekan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM

PEMIMPIN REDAKSI

Sri Warsini

ANGGOTA DEWAN REDAKSI

Uki Noviana

PELAKSANA

Kadek Dewi Cahyani
Arif Annurrahman

MITRA BESTARI

Haryani, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM
Khudazi Aulawi, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM
Christantie Effendy, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM
Heny Suseani Pangastuti, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM
Widyawati, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM
Lely Lusmilasari, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM
Fitri Haryanti, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM
Sri Hartini, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM
Wenny Artanty N, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM
Syahirul Alim, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM
Intansari Nurjannah, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM
Sri Warsini, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM
Ema Madyaningrum, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM

Uki Noviana, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM
Martina Sinta K., Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM
Ariani Arista Putri P., Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM
Sri Setiyarini, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM
Suni Hariati, Universitas Hassanudin
Ferry Effendi, Universitas Airlangga
Agianto, Universitas Lambung Mangkurat
Agus Setyawan, Universitas Indonesia
Saryono, Universitas Jendral Soedirman
Kusnanto, Universitas Airlangga
Fitri Arofiati, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Tantut Sutanto, Universitas Jember
I Gede Putu Darma Suyasa, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali
Shanti Wardaningsih, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Sri Padma Sari, Universitas Diponegoro
Joko Gunawan, Akedemi Keperawatan Belitung
Eko Winarto, RSUD Banyumas
Linlin Lindayani, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PPNI

ALAMAT REDAKSI

Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada
Alamat: Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta 55281
Telp: (0274) 545674/ Fax: (0274) 631204
Email: jurnalkeperawatan.fk@ugm.ac.id Website: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkkk>

JURNAL KEPERAWATAN KLINIS DAN KOMUNITAS

Clinical and Community Nursing Journal

Volume 3/ Nomor 3/ November/ 2019

DAFTAR ISI

No	Judul	Hal
1	Pengaruh <i>Self-Selected Individual Music Therapy</i> (SeLIMuT) terhadap <i>Cancer Related Fatigue</i> (CRF) pada Pasien Kanker Gracia Rosiharjati Sarihastanti, Sri Setiyarini, Christantie Effendy	122-136
2	Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Keakuratan Dokumentasi Keperawatan di Instalasi Kesehatan Anak Mia Purnama, Itsna Luthfi Kholisa, Lely Lusmilasari	137-147
3	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Kesetaraan Gender Terhadap Efikasi Diri Seksual Remaja Putra Siswa SMP di Kota Yogyakarta Annisa Rachmawati, Wenny Artanty Nisman, Ika Parmawati	148-158
4	Gambaran Pengetahuan <i>Family caregiver</i> dalam Merawat Pasien Demensia Merry Olvia, Heny Suseani Pangastuti, Christantie Effendy	159-168
5	Hubungan Skor Depresi dengan Kualitas Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis Kintan Ayu Kartika Putri, Melyza Perdana, Sri Warsini	169-178
6	Pengaruh Pelatihan Deteksi Perkembangan Dasar Balita terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Kader di Wilayah Kerja Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta Aprilia Tri Astuti, Akhmadi, Sri Hartini	179-187

Pengaruh *Self-Selected Individual Music Therapy (SeLIMuT)* terhadap *Cancer Related Fatigue (CRF)* pada Pasien Kanker

Effect of Self-Selected Individual Music Therapy (SeLIMuT) to Cancer Related Fatigue (CRF) in Cancer Patient

Gracia Rosiharjati Sarihastanti¹, Sri Setiyarini², Christantie Effendy³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

³Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Cancer is the second leading cause of death globally. Patients with cancer have various problems, both physical and physiological, that are caused by the cancer itself or the effect of its treatment. One of the most common problems is cancer related fatigue (CRF). Music therapy is a kind of intervention to decrease CRF in cancer patient.

Objective: To understand the effect of Self-Selected Individual Music Therapy (SeLIMuT) intervention toward CRF and to measure relative risk between SeLIMuT and CRF.

Method: The design of this study was cohort retrospective with analytic observational approach. Research was conducted in IRNA 1 RSUP Prof. Sardjito Yogyakarta, Teratai and Bougenville unit of RSUD Prof. Margono Soekarjo Purwokerto. Respondents were divided into non exposure group with standard care in hospital (n = 21) and exposure group (n = 21) with SeLIMuT therapy four times in two days within 15-20 minutes. CRF was assessed in both group using visual analogue scale (VAS) Fatigue and had been put in observational sheet. This study used independent T test to measure the effect of SeLIMuT on CRF. The relative risk was calculated using RR with 95% confidence interval (CI).

Results: The result of the study showed that there was difference in average pre post in both groups with score 8,33 in SeLIMuT group and -1,53 in non SeLIMuT group with score of p = 0,00 (p < 0,05). CRF occurred in SeLIMuT group was decreased after intervention. The relative risk was measured using RR and the result was 5,00.

Conclusion: SeLIMuT intervention is an effective intervention to reduce CRF.

Keywords: cancer related fatigue, Self-Selected Individual Music Therapy

ABSTRAK

Latar belakang: Kanker merupakan penyebab kematian kedua di dunia. Pasien kanker mengalami banyak permasalahan fisik dan psikis, baik karena efek proses penyakit maupun dari efek samping pengobatan. Masalah yang banyak timbul pada pasien kanker adalah *cancer related fatigue (CRF)*. Salah satu intervensi yang digunakan untuk mengatasi CRF adalah terapi musik.

Tujuan: Mengetahui pengaruh *Self-Selected Individual Music Therapy (SeLIMuT)* terhadap CRF.

Metode: Penelitian diambil dari data sekunder penelitian SeLIMuT menggunakan metode observasional analitik dengan pendekatan *cohort retrospective* yang dilakukan di IRNA 1 RSUP Prof. Sardjito Yogyakarta serta bangsal Teratai dan Bougenville RSUD Prof. Margono Soekarjo Purwokerto. Responden dibagi dalam kelompok intervensi (n = 21) yang menerima SeLIMuT sebanyak empat kali dalam dua hari masing-masing selama 15-20 menit dan kelompok kontrol (n = 21) yang hanya mendapatkan perawatan standar rumah sakit. *Visual analogue scale (VAS) fatigue* digunakan untuk menilai *outcome* CRF yang dilakukan sebelum (*pretest*) dan setelah (*posttest*). Uji pengaruh SeLIMuT terhadap CRF menggunakan *independent T test*. Uji besar risiko menggunakan *relative risk (RR)* dengan *confidence interval (CI)* sebesar 95%.

Corresponding Author: **Gracia Rosiharjati Sarihastanti**

Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: gracia.rosiharjati.s@mail.ugm.ac.id

Hasil: terdapat perbedaan rerata selisih *pre-post* pada kelompok intervensi sebesar 8,33 dan kelompok kontrol -1,53 dengan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,005$). Hal ini menunjukkan bahwa terapi SeLIMuT berpengaruh terhadap penurunan CRF pada pasien kanker. RR didapatkan sebesar 5,00. Hal ini berarti bahwa SeLIMuT memiliki efek yang cukup besar terhadap penurunan CRF. Pasien kanker dengan SeLIMuT berpeluang tidak mengalami CRF kategori tidak lelah-lelah ringan 5x lebih banyak dibanding kelompok yang tidak mendapat intervensi.

Kesimpulan: SeLIMuT dapat berpengaruh positif terhadap penurunan *cancer related fatigue* pada pasien kanker.

Kata kunci: *cancer related fatigue, Self-Selected Individual Music Therapy*

PENDAHULUAN

Kanker merupakan penyebab kematian kedua terbesar di dunia dan menyebabkan 8,8 juta kasus kematian pada tahun 2015. Insiden kasus tertinggi adalah kanker paru-paru yang telah menyebabkan kematian sebesar 1,69 juta jiwa.¹ Di Indonesia, prevalensi kanker sebesar 1,4 per 1000 jumlah penduduk, artinya dari 1000 orang, terdapat sekitar 1 orang di antaranya mengidap kanker.² Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan daerah yang memiliki prevalensi kanker tertinggi yakni 4,1 per 1000 jumlah penduduk, yang berarti sekitar 4 orang di antara penduduk DIY mengidap kanker.³

Penyakit kanker sangat kecil harapannya untuk disembuhkan, sehingga pengobatan yang diberikan hanya untuk mengurangi dan menghilangkan tanda dan gejala saja.^{4,5} Kanker menimbulkan banyak permasalahan bagi penderitanya, baik karena proses penyakit maupun dari efek samping pengobatannya. Masalah yang sering terjadi pada pasien kanker seperti rendahnya tingkat sel darah tertentu, gangguan tidur, stres, nyeri, makan terlalu sedikit, kurang olahraga, mual, rambut rontok, depresi, kehilangan berat badan, dan *cancer related fatigue* (CRF).^{6,7}

Cancer related fatigue (CRF) banyak timbul pada penderita kanker dengan prevalensi lebih dari 70%.⁸ CRF adalah perasaan ketidaknyamanan terus-menerus akan kelelahan fisik, emosional, dan atau kognitif yang berhubungan dengan kanker atau pengobatan kanker yang tidak sesuai dengan aktivitas saat ini dan mengganggu fungsi biasanya.^{9,10} CRF berdampak buruk terhadap kualitas hidup penderita yang meliputi dampak fisiologis, psikososial, kognitif, dan ekonomi.^{7,11-15}

Cancer related fatigue (CRF) pada pasien kanker, masih kurang tepat dalam hal penegakan diagnosis serta mendapatkan penanganan dari dokter dan perawat,¹⁶ padahal CRF harus diberikan intervensi yang tepat dan adekuat agar dapat ditangani dengan baik.¹⁷ Intervensi yang dapat diberikan untuk mengelola masalah CRF pada pasien kanker meliputi intervensi farmakologi dan non-farmakologi.¹⁸ Intervensi farmakologi yang dapat diberikan meliputi *hemopoietik* (untuk menangani anemia), *kortikosteroid*, *psikostimulan*, *anti-depresan*, dan steroid progestasional.^{19,20} Sementara intervensi non-farmakologi yang bisa diberikan untuk memperbaiki CRF adalah *complementary and alternative medicine* (CAM) seperti terapi musik, akupunktur, yoga, meditasi, aromaterapi, terapi berdo'a, terapi seni, dan hidroterapi.²¹

Complementary and alternative medicine (CAM) merupakan tren perawatan dengan menggabungkan terapi medis dan terapi komplementer pada pasien kanker, bertujuan untuk mengurangi gejala yang timbul dan dirasa mengganggu pasien.²² Terapi musik merupakan salah satu klasifikasi dari CAM yang termasuk dalam kategori *mind-body intervention*.²³

Penelitian tentang terapi musik untuk pasien kanker telah terbukti memberikan dampak positif dalam mengatasi gejala kanker dan depresi, mencegah toksisitas pengobatan, meningkatkan kualitas hidup dan *mood* insomnia, mengurangi kecemasan, gelisah dan nyeri, membuat rileks otot-otot, serta stimulasi fisik dan emosional.²⁴⁻²⁷ Di Indonesia, terapi musik bagi pasien kanker terbukti membuat pasien merasa lebih nyaman, rileks, dan bahagia.²⁸ Terapi musik juga dapat mengatasi CRF dengan memberikan efek positif mengurangi gejala CRF sehingga meningkatkan skor kualitas hidup pasien kanker.^{29,30} Efek positif yang diberikan, yaitu terapi musik dapat menurunkan tingkat stres dan meningkatkan level kesejahteraan penderita kanker sebagai akibat dari faktor risiko terbesar penyebab CRF.^{31,32}

Di Indonesia, terapi musik pada pasien kanker diberikan untuk mengontrol gejala yang muncul pada pasien kanker. Penelitian yang dilakukan oleh Hertanti *et al.*³³ melaporkan bahwa terapi musik dapat menurunkan nyeri pada pasien kanker paliatif. Penelitian lain menyebutkan bahwa terapi musik dapat meminimalkan kecemasan³⁴ dan mengontrol status hemodinamika pasien kanker paliatif.³⁵

Penelitian terkait pengaruh *Self-Selected Individual Music Therapy* dalam mengatasi CRF di RSUP Dr. Sardjito dan RS Margono belum pernah dilakukan. Padahal, kedua RS tersebut memiliki pasien kanker dengan jumlah yang besar. Oleh karena itu, penelitian terkait hal tersebut dirasa penting untuk dilakukan. Penelitian ini bertujuan adalah untuk mengetahui pengaruh *Self-Selected Individual Music Therapy* (SeLIMuT) terhadap *cancer related fatigue* (CRF) pasien kanker dan besar risiko CRF terhadap SeLIMuT.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cohort retrospective*. Penelitian ini merupakan bagian dari penelitian bersama/payung tentang intervensi SeLIMuT untuk meningkatkan *quality of life* pada pasien kanker.

Penelitian ini dilakukan di dua lokasi, yakni Instalasi Rawat Inap (IRNA) I RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dan Instalasi Rawat Inap (IRNA) II RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Pengambilan data di RSUP Dr. Sardjito bertempat di IRNA I ruang Bougenville 1, Bougenville 2, Bougenville 3, Cendana 1, Cendana 2, Dahlia 1 dan Dahlia 2. Sementara pengambilan data di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto bertempat di IRNA II ruang Bougenville dan Teratai. Pengambilan data ini dilakukan pada Oktober 2017, sedangkan pengambilan data SeLIMuT dilakukan mulai tanggal 3 Maret 2017 sampai dengan 6 Mei 2017. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang terdiagnosis segala jenis kanker dan menjalani perawatan di RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta dan RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

Penelitian ini terdiri dari dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi mendapatkan intervensi berupa *Self-Selected Individual Music Therapy* (SeLIMuT). Kelompok kontrol mendapatkan perawatan rutin. Prosedur pemilihan responden menggunakan *simple random sampling*. Responden pada kelompok intervensi mendapatkan terapi SeLIMuT sebanyak 2 kali sehari selama 2 hari setiap pukul 15.00 dan 19.00 WIB, dengan durasi masing-masing 15-20 menit.³⁶ Tahap awal sebelum pemberian musik, yaitu diawali pengukuran skor CRF *pre*-intervensi dilanjutkan dengan berdoa dan teknik napas dalam. Kemudian mendengarkan musik dan di akhir setelah mendengarkan musik, diukur skor CRF *post*-intervensi kemudian diakhiri dengan teknik napas dalam.

Pada kelompok kontrol juga diberikan terapi SeLIMuT setelah pengambilan data terakhir dengan melakukan pengukuran skor CRF sebelum dan sesudah intervensi diberikan. Peneliti melakukan pengambilan data dengan melihat data sekunder pasien. Data sekunder diambil dari data rekam medis pasien, menggunakan lembar *checklist* kuesioner penelitian.

Sampel penelitian berjumlah total 42 orang, masing-masing kelompok berjumlah 21 orang. Sampel dalam penelitian ini diambil menggunakan teknik *purposive sampling*. Kriteria inklusi meliputi: pasien kanker berusia 18 tahun ke atas, tidak mengalami gangguan pendengaran, mengalami kelelahan akibat kanker (CRF) ringan, suka mendengarkan musik tapi tidak melebihi 2 jam per hari, dan menyatakan bersedia terlibat dalam proses penelitian. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini meliputi: pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien tidak kooperatif, dan mengalami kondisi kegawatan.

Kelompok intervensi (SeLIMuT) dan kelompok kontrol dilakukan *matching data*. Proses *matching data* dilakukan pada responden yang sudah masuk dalam kriteria inklusi dan sudah dilakukan pengukuran *pre*-intervensi seperti nyeri, depresi, dan mual muntah. *Matching data* dilakukan untuk meneliti lebih rinci terkait faktor-faktor yang berpengaruh terhadap timbulnya CRF yang tidak bisa dikendalikan oleh peneliti. Peneliti melakukan *matching data* pada pasien yang mengalami CRF dengan nyeri, depresi, dan mual muntah pada masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi berupa *checklist* yang sudah disetujui oleh 2 orang *expert*. Peneliti berkoordinasi dengan petugas di setiap ruangan untuk melakukan proses pengambilan data. Peneliti dibantu oleh petugas ruangan untuk mengetahui informasi seputar pasien kanker dan melakukan pendekatan kepada pasien. Peneliti melakukan *screening* terhadap data primer dan sekunder pasien untuk pemilihan sampel dibantu oleh *clinical instructor* (CI) atau Kepala Ruang atau perawat ruangan yang bertanggung jawab terhadap pasien kanker.

Data karakteristik demografi responden dilakukan analisis secara *univariat*. Pada kategorik, data disajikan dalam bentuk tabel frekuensi (f) dan persentase (%), sedangkan pada data numerik disajikan dalam bentuk *mean* dan standar deviasi (SD). Data karakteristik demografi responden pada kedua kelompok dilakukan uji homogenitas. Uji homogenitas dilakukan

untuk mengetahui persamaan karakteristik responden pada kedua kelompok. Homogenitas data kategorikal seperti jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, jenis kanker, lama sakit, kemoterapi, radioterapi, mual muntah, dan depresi, diuji dengan *Chi-square* atau *Fisher's exact test*, sedangkan homogenitas data numerik seperti data CRF diuji dengan *paired T test* atau *Wilcoxon test*. Data rerata skor CRF *pre* dan *post* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdistribusi normal, sehingga uji perbedaan menggunakan *paired T test*. Uji normalitas selisih antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol mendapatkan hasil bahwa data terdistribusi normal, sehingga uji pengaruh SeLIMuT terhadap CRF menggunakan *independent T test*.

Pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan telah menandatangani *informed consent* penelitian SeLIMuT, kemudian dijadikan sebagai responden. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik berdasarkan surat keputusan layak etik dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran UGM Nomor KE/FK/150/EC/2017.

HASIL

Hasil analisis karakteristik demografi pasien kanker dapat dilihat pada Tabel 1. Sebanyak 42 pasien telah terlibat dalam penelitian ini. Kelompok intervensi sebanyak 21 pasien dan kelompok kontrol 21 pasien.

Mayoritas pasien kanker pada kedua kelompok berjenis kelamin perempuan (81,0%) berusia di atas 45 tahun (71,45%), dengan rata-rata usia 52,27 tahun. Tingkat pendidikan paling banyak pada kedua kelompok adalah sekolah dasar (61,95%). Mayoritas responden pada kelompok intervensi adalah petani, buruh, dan pedagang, sementara pada kelompok kontrol adalah wiraswasta.

Jenis kanker yang paling banyak ditemukan pada penelitian ini adalah kanker payudara (40,5%). Mayoritas pasien telah mengidap kanker lebih dari 6 bulan (90,5%). Terdapat 69,05% pasien kanker yang menjalani pengobatan kemoterapi dan hanya 14,05% pasien kanker yang menjalani pengobatan radioterapi. Hasil uji homogenitas menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan karakteristik jenis kanker pada kedua kelompok ($p > 0,05$). Pada kedua kelompok didapatkan pasien yang mengalami mual, muntah, depresi, dan nyeri. Dari uji beda karakteristik kedua kelompok, yang menunjukkan adanya perbedaan karakteristik hanya tingkat pendidikan ($p < 0,05$).

Tabel 2 menunjukkan *baseline* data CRF pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Didapatkan *mean* \pm *SD* kelompok SeLIMuT $58,09 \pm 17,49$ dan pada kelompok kontrol $57,61 \pm 18,13$. Uji beda pada kedua kelompok menggunakan *paired T test* karena data terdistribusi normal dan didapatkan nilai $p = 0,931$ ($p > 0,05$) yang berarti tidak ada perbedaan signifikan skor CRF awal pada kedua kelompok. Skor rerata selisih *pre* dan *post* CRF pada kelompok kontrol didapatkan *mean* \pm *SD* = $-1,53 \pm 3,11$. Nilai *mean* negatif menunjukkan bahwa terjadi peningkatan CRF pada kelompok kontrol atau pada kelompok yang tidak diberikan SeLIMuT.

Tabel 1. Karakteristik demografi pasien kanker di RSUP Dr. Sardjito dan RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto pada tahun 2017 (n = 42)

Karakteristik	Kelompok Penelitian				p value
	Intervensi (n = 21)		Kontrol (n = 21)		
	f (%)	Mean (SD)	f (%)	Mean (SD)	
Jenis kelamin					1,000
Laki-laki	4 (19,0)		4 (19,0)		
Perempuan	17 (81,0)		17 (81,0)		
Usia		52,57 (9,238)		50,80 (8,829)	0,531
Kategori usia					
< 30 tahun	0 (0,0)		0 (0)		0,495
30-45 tahun	5(28,3)		7 (33,3)		
>45 tahun	16 (76,2)		14 (66,7)		
Pendidikan					0,012*
SD	17 (81,0)		9 (42,9)		
SMP	0 (0,0)		8 (38,1)		
SMA	3 (14,3)		2 (9,5)		
Perguruan Tinggi	1 (4,8)		2 (9,5)		
Pekerjaan					0,140
PNS/TNI/ POLRI	1 (4,8)		0 (0,0)		
Swasta	1 (4,8)		1 (4,8)		
Wiraswasta	2 (9,5)		8 (38,1)		
Tani/buruh/pedagang	11 (52,4)		5 (23,8)		
Ibu RT/tidak Bekerja	6 (28,6)		7 (33,3)		
Jenis Kanker					0,859
<i>Ca mammae</i>	9 (42,9)		8 (38,1)		
<i>Ca colon</i>	3 (14,3)		5 (23,8)		
<i>Ca rectii</i>	2 (9,5)		1 (4,8)		
<i>Ca mandibula</i>	1 (4,8)		2 (9,5)		
<i>Ca cervix</i>	6 (28,6)		5 (23,8)		
Lama Sakit					0,697
≥ 6 bulan	19 (90,5)		19 (90,5)		
< 6 bulan	2 (9,5)		2 (9,5)		
Kemoterapi					0,739
Ya	15 (71,4)		14 (66,7)		
Tidak	6 (28,6)		7 (33,3)		
Radioterapi					0,461
Ya	4 (19,0)		1 (9,1)		
Tidak	17 (81,0)		10 (90,9)		
Mual muntah					0,293
Ya	20 (95,2)		18 (85,7)		
Tidak	1 (4,8)		3 (14,3)		
Depresi					1,000
Ya	22 (95,7)		22 (95,7)		
Tidak	1 (4,3)		1 (4,3)		
Nyeri					0,311
Ya	21 (100,0)		20 (95,2)		
Tidak	0 (0,0)		1 (4,8)		

Keterangan: * Signifikan p < 0,05

Tabel 2. Baseline data CRF (n=42)

Kelompok Penelitian	Mean ± SD	p value
Intervensi (SeLIMuT) (n=21)	58,09 ± 17,49	0,931
Kontrol (n = 21)	57,61 ± 18,13	

Pengaruh SeLIMuT terhadap *cancer related fatigue* (CRF) yang dialami oleh responden dapat diketahui dengan melakukan perbandingan skor rerata dari selisih *pre* dan *post* CRF pada kedua kelompok. Perbedaan skor rerata selisih *pre* dan *post* CRF pada kelompok intervensi dan kontrol ditunjukkan pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil uji beda skor selisih *pre* dan *post cancer related fatigue* (CRF) pada kelompok SeLIMuT dan kelompok kontrol di RSUP Dr. Sardjito dan RSUD Prof. Margono Soekarjo Purwokerto tahun 2017 (n = 42)

Kelompok Penelitian	Mean ± SD	p value
Intervensi (n=21)	8,33 ± 7,08	0,001*
Kontrol (n=21)	-1,53 ± 3,11	

Keterangan: * Signifikan p < 0,05

Skor rerata dari selisih *pre* dan *post* CRF pada kelompok intervensi (SeLIMuT) dan kelompok kontrol secara statistik diuji dengan uji *parametrik independent T test* karena data terdistribusi normal. Berdasarkan Tabel 4, diperoleh nilai p = 0,001 (p < 0,05) pada uji rerata selisih *pre* dan *post* CRF pada kelompok SeLIMuT dan kelompok kontrol. Hal ini berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik pada selisih *pre* dan *post* CRF. Kesimpulannya, terapi SeLIMuT berpengaruh terhadap tingkat *cancer related fatigue* (CRF) pada pasien kanker.

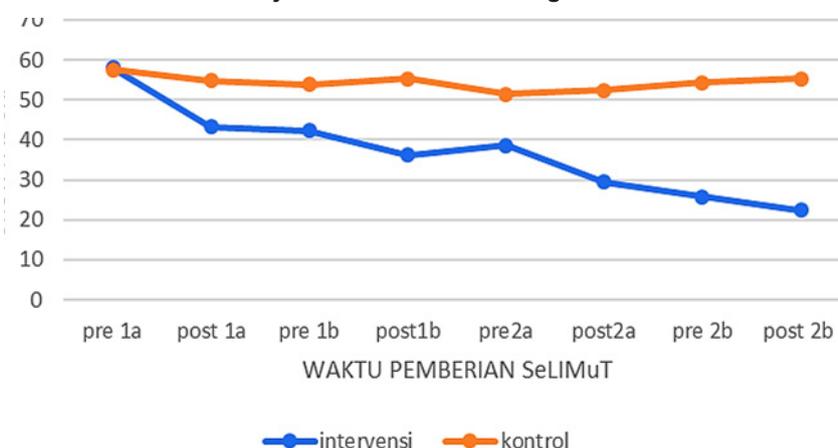
Tabel 4. Hubungan terapi SeLIMuT terhadap CRF

Kelompok	CRF		RR	p value
	Tidak Lelah-Lelah Ringan	Lelah Sedang-Paling Lelah		
	f (%)	f (%)		
Intervensi	15 (71,4%)	6 (28,6%)	5,000	0,001*
Kontrol	3 (14,3%)	18 (85,7%)		

Keterangan: * Signifikan p < 0,05

Penurunan CRF pada kelompok intervensi juga bermakna secara klinis. Cut off point *cancer related fatigue* (CRF) dikatakan mengalami penurunan jika selisih *pre* dan *post* CRF memiliki *mean* 5.³⁷ Selisih *pre* dan *post* CRF pada kelompok SeLIMuT memiliki *mean* = 8,33. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa secara statistik maupun klinis, intervensi SeLIMuT berpengaruh terhadap penurunan CRF pada pasien kanker.

Gambar 1. Grafik rerata *pre* dan *post cancer related fatigue* (CRF) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUP Dr. Sardjito dan RSUD Prof. Margono Purwokerto tahun 2017



Keterangan:

Pre 1a : pengukuran pertama sebelum diberi SeLIMuT pertama hari ke-1.

Post 1a : pengukuran kedua setelah diberi SeLIMuT pertama hari ke-1.

Pre 1b : pengukuran ketiga sebelum diberi SeLIMuT kedua hari ke-1.

Post 1b : pengukuran keempat setelah diberi SeLIMuT kedua hari ke-1.

Pre 2a : pengukuran kelima sebelum diberi SeLIMuT pertama hari ke-2.

Post 2a : pengukuran keenam setelah diberi SeLIMuT pertama hari ke-2.

Pre 2b : pengukuran ketujuh sebelum diberi SeLIMuT kedua hari ke-2.

Post 2b : pengukuran kedelapan setelah diberi SeLIMuT kedua hari ke-2.

Grafik perubahan yang terjadi berdasarkan rerata selisih *pre* dan *post* CRF pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ditampilkan pada Gambar 1. Berdasarkan grafik di atas, terkait rerata *pre* dan *post* CRF antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan hasil bahwa pada kelompok intervensi cenderung terjadi penurunan CRF daripada kelompok kontrol. Pada kelompok kontrol, nilai grafik cenderung negatif berarti $pre > post$ dan cenderung datar. Jika $pre > post$ itu artinya terjadi peningkatan CRF dan datar artinya tidak ada perubahan CRF pada kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi umumnya terjadi penurunan CRF, jadi nilai grafik cenderung positif yang berarti $pre < post$. Ada satu grafik yang bernilai negatif pada kelompok intervensi, yaitu pada pertemuan ke-2 (hari pertama) dan pertemuan ke-3 (hari kedua).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik maupun klinis, terapi SeLIMuT berpengaruh terhadap tingkat CRF pasien kanker. Pengaruh tersebut berupa penurunan CRF setelah diberikan terapi SeLIMuT musik pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol, yakni kelompok yang tidak diberi terapi, justru terjadi peningkatan CRF atau beberapa ada yang tetap stabil.

Penelitian Vickers³⁸ mendapati bahwa pemberian terapi musik pada pasien dengan *malignansi hematologis*, menunjukkan adanya penurunan skor *fatigue* melalui *instrument profile of mood state* (POMS) dari 6,8 menjadi 6,3 pada kelompok intervensi. Sementara pada kelompok kontrol dari 5,9 menjadi 7,2 yang berarti terjadi peningkatan skor *fatigue*. Penelitian tersebut menggunakan metode RCT dan terapi musik diberikan selama 20-30 menit oleh seorang terapis.

Penelitian yang lain mengenai pengaruh *cognitive-behavioral music therapy* terhadap *fatigue* pada pasien kanker *blood and marrow transplant* (BMT) menunjukkan penurunan skor *fatigue* yang diukur menggunakan *Multidimensional Fatigue Inventory* (MFI) dengan metode RCT dan *semi-structured interview* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.³⁹ Penurunan *fatigue* terjadi pada kelompok intervensi yang mendengarkan musik dengan gitar disertai suara penyanyi dan untuk metode *cognitive-behavioral music therapy* dengan cara melakukan *copying* CRF yang dialami pasien oleh terapis.⁴⁰

Terapi musik juga bisa memberikan penurunan CRF pada orang sehat. Hal ini didukung oleh penelitian tentang efek terapi musik sebanyak 4 kali per minggu selama 2 minggu, yang diberikan kepada pengasuh pasien, dapat menurunkan *fatigue* dengan pengukuran *pre* dan

post setiap harinya.³⁹ Hal tersebut ditunjukkan dengan adanya penurunan skor VAS *fatigue* setiap pemberian terapi pada kelompok intervensi. Namun, di kelompok kontrol juga mengalami penurunan skor. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian pengaruh SeLIMuT terhadap CRF pasien kanker. Peningkatan CRF yang dialami kelompok kontrol dapat disebabkan oleh karena kecemasan, nyeri yang dirasakan, dan stres emosional (depresi).

Pada saat penelitian berlangsung, peneliti melakukan wawancara kepada pasien kanker terkait kondisi mereka selama dirawat di rumah sakit. Sebagian besar responden menyatakan bahwa mereka sering mengalami CRF level ringan-sedang. Responden yang mengalami CRF tidak mengonsumsi obat-obatan untuk mengatasi CRF tersebut dan terkadang mereka mengalami kesulitan tidur.

Beberapa responden mengatakan bahwa setelah menerima intervensi SeLIMuT mereka merasa lebih tenang, lebih nyaman, dan membuat responden bernostalgia dengan kenangan masa lalu yang menyenangkan. Saat penelitian berlangsung, ada beberapa responden yang terlihat rileks bahkan sampai tertidur saat mendengarkan musik. Sebelum intervensi SeLIMuT diberikan, peneliti juga melakukan evaluasi perasaan terhadap responden dan didapatkan responden merasa lelah akibat perasaan cemas, stres emosional (depresi), dan nyeri. Hal ini sesuai dengan teori bahwa cemas, stres emosional (depresi) dan nyeri sebagai faktor yang berkontribusi dalam memunculkan dan memperberat timbulnya CRF pasien kanker.^{41,42} Clark⁴³ menyatakan bahwa pemberian terapi musik pada pasien kanker yang sedang menjalani radioterapi justru menunjukkan peningkatan skor *fatigue* pada kelompok intervensi yang diukur menggunakan *brief fatigue scale* dari 20,3 menjadi 22,1 dan pada kelompok kontrol mengalami peningkatan dari 18,8 menjadi 21,48. Pemberian terapi musik ini diberikan selama 5 menit saat pasien menjalani radioterapi dan dikaji ulang 45 menit sampai 1 jam setelah proses radiasi selesai.⁴² Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya perbedaan hasil skor *fatigue* yang diakibatkan oleh kecemasan pada penelitian SeLIMuT ini.

Terapi musik merupakan upaya yang digunakan seorang terapis untuk membantu seseorang yang mengalami masalah fisik dan mental, serta memfasilitasi proses terapi pasien.⁴⁴ *Fatigue* merupakan salah satu dari berbagai permasalahan fisik yang dialami pasien kanker.^{45,46} Penelitian lain pada pasien kanker yang mengalami *fatigue* dan mendapatkan terapi musik mendapati hasil bahwa pasien merasa termotivasi, terstimulasi, dan berenergi, sehingga mengubah kognisi pasien yang pada akhirnya dapat menurunkan CRF. Peningkatan kognisi mengenai motivasi dan efikasi diri telah mengurangi aspek *multidimensional* dari *fatigue* mental seperti kecemasan, resah, dan perasaan relaks. Terapi musik juga menjadikan pasien merasa lebih tenang, senang, optimis dan relaks terhadap penyakitnya. Hasil penelitian tersebut didukung oleh hasil penelitian lain bahwa terapi musik pada pasien kanker berpengaruh terhadap *fatigue*, pasien yang mendapatkan terapi musik merasa lebih berenergi untuk melakukan sesuatu dan mengatasi perasaan putus asa setelah mereka selesai mendengarkan musik.⁴⁷ Hal ini sesuai dengan hasil penelitian SeLIMuT bahwa responden

yang mendengarkan musik SeLIMuT merasa lebih nyaman, tenang, berenergi, dan relaks.

SeLIMuT terbukti efektif dalam menurunkan gejala *fatigue* pada pasien kanker. Hasil penelitian mendapati adanya penurunan skor CRF pada pasien kanker setelah diberikan terapi SeLIMuT. Terapi SeLIMuT yang diberikan pada pasien kanker dapat mengurangi gangguan istirahat, perasaan lemas lesu, perasaan lelah, serta memberikan perasaan tenang dan nyaman.

Berdasarkan pengamatan peneliti SeLIMuT, responden yang awalnya terlihat lesu dan kurang bergairah, ternyata kembali ceria setelah terapi diberikan. Responden mengungkapkan ada semangat baru yang kembali dalam dirinya setelah mendengarkan musik SeLIMuT.

Kelelahan (*fatigue*) merupakan respons subjektif multifungsi yang dirasakan oleh pasien kanker. *Cancer related fatigue* (CRF) dapat disebabkan oleh *disregulasi* dari *neurotransmitter* 5-HT saat pasien kanker beraktivitas. Respons *serotonergis* dapat meningkat pada pasien kanker dengan CRF berat sehingga terjadi respons stimulus berlebih dan atau hipersensitivitas *post sinaps reseptor* 5-HT di hipotalamus.⁴⁸ Hal lain yang menyebabkan CRF adalah peningkatan aktivitas *pro-inflammatory cytokines*, faktor pertumbuhan, modulasi ritme sirkadian, gangguan *hypothalamic-pituitary-adrenal HPA-axis*, aktivasi *afere vagal*, anemia, dan penggunaan berlebih generasi *adenosine triphosphate* (ATP).⁴⁹ Terapi musik yang memberikan efek dapat menghambat respons patofisiologi yang menyebabkan *fatigue*. Perasaan rileks dari mendengarkan musik membuat pasien merasa nyaman, sehingga perasaan lelah dapat berkurang. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan hasil penelitian SeLIMuT, bahwa responden yang mendengarkan musik SeLIMuT merasa lebih rileks sehingga pasien merasa nyaman dan skor kelelahan berkurang.

Mendengarkan musik yang dipilih sendiri selama perawatan atau sesuai anjuran medis juga dapat mengurangi gangguan distress akibat pengobatan kanker, yaitu kecemasan sebelum dan selama terapi radiasi.⁵⁰ Efek musik terhadap penurunan kecemasan didasarkan pada respons fisiologis tubuh akibat mendengarkan musik. Seseorang yang mendengarkan musik dapat terstimulus dengan keberadaan indra auditori.⁴⁴ Stimulasi melalui indra auditori menyebabkan adanya getaran atau vibrasi yang akan disampaikan melalui bulu-bulu getar yang ada di telinga bagian dalam. Stimulasi tersebut akan ditangkap oleh saraf *koklearis* yang akan dilanjutkan pada neuron di otak dan memengaruhi hipofisis di otak untuk melepaskan β -*endorphin* yang merupakan salah satu *neurohormon* yang berefek untuk mereduksi perasaan cemas seseorang.⁵¹ Rangsangan yang diterima seseorang melalui indra auditori secara perlahan akan menstimulasi korteks serebri dan disalurkan melalui sistem sensor atau langsung ke sistem *limbik* sebagai pengatur respons emosional seseorang, kemudian melewati area sistem saraf otonom dan *neuroendokrin*. Sistem saraf otonom yang terdiri dari saraf *simpatis* dan *parasimpatis* dapat menghasilkan respons relaksasi dengan karakteristik penurunan nadi, relaksasi otot, dan respons tidur. Oleh karena itu, mendengarkan musik dapat meningkatkan relaksasi seseorang dan berpengaruh terhadap penurunan *fatigue* sehingga

dapat membuat pasien lebih nyaman dan tertidur.⁵²⁻⁵⁵

Hasil penelitian tersebut sesuai dengan hasil penelitian SeLIMuT bahwa responden yang mendengarkan musik SeLIMuT merasakan nyaman dan bisa tertidur. Penelitian Tursina *et al.*⁵⁶ tentang pengaruh terapi musik SeLIMuT terhadap kecemasan juga menunjukkan penurunan skor kecemasan pada pasien kanker yang menerima terapi musik. Hal ini berarti terapi musik berpengaruh langsung terhadap penurunan kecemasan sehingga pasien merasa rileks dan tertidur.

Menurut Bernatzky *et al.*,⁵⁷ mendengarkan musik akan memberikan dampak pada otak, dengan memberi persepsi pengurangan rasa nyeri. Sebagaimana diketahui bahwa nyeri merupakan salah satu faktor yang memperparah kondisi *fatigue*. Peningkatan upaya untuk mengontrol nyeri dapat diatasi dengan cara distraksi atau menstimulasi relaksasi.⁵⁸⁻⁶⁰

Mekanisme *neurobiologis* yang mendasari efek pengurangan nyeri karena musik, yaitu keterlibatan sistem limbik sebagai perangsang persepsi rasa nyeri, sehingga otak menerima stimulus ini untuk mengurangi rasa nyeri saat mendengarkan musik.⁵⁷ Pada saat yang sama, sistem limbik terutama formasi *hippocampus* terkait erat dengan modulasi HPA-axis (*hypothalamus-pituitary-adrenal*) sebagai sistem yang bertanggung jawab dalam timbulnya stres dengan mensekresikan hormon kortisol.^{61,62} Saat mendengarkan musik, terjadi penurunan regulasi aktivitas HPA-axis yang menyebabkan penurunan kadar kortisol sehingga dapat menurunkan perasaan stres.⁶² Perubahan regulasi HPA-axis ini mengarahkan pada proses distraksi dan relaksasi otak sehingga efeknya dapat menurunkan stres serta rasa nyeri⁵⁷ dan akhirnya tingkat *fatigue* akibat stres serta nyeri pada pasien juga menurun. Hertanti *et al.*³⁵ yang meneliti tentang pengaruh terapi musik SeLIMuT terhadap nyeri, mendapati penurunan skor nyeri pada respondennya. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini, bahwa pemberian intervensi SeLIMuT pada responden yang mengalami *fatigue* dan nyeri, menyebabkan adanya penurunan skor nyeri dan *fatigue*.

Stimulus audio dengan musik juga dapat memberikan efek relaksasi. Efek relaksasi diperoleh dari terapi napas dalam sebelum pemberian terapi SeLIMuT sehingga responden merasa lebih rileks, nyaman, tenang dan stabil. Terapi napas dalam sangat efektif untuk mengurangi perasaan cemas maupun perasaan *fatigue* dalam proses pengobatan, dengan cara mengurangi ketegangan dalam tubuh saat menarik napas dalam.⁶⁴ Pada saat seseorang melakukan napas dalam dengan irama teratur, kapasitas paru-paru akan menjadi lebih optimal dan efektif, serta dapat memengaruhi sistem limbik dalam mengatur pola emosi seseorang untuk kembali normal sehingga pasien akan merasa lebih nyaman dan tenang.⁴⁴ Pernapasan yang dilakukan secara teratur dan perlahan dapat meningkatkan aktivasi saraf *parasimpatis* dan mengakibatkan saluran napas bagian atas dapat terbuka dengan paten.⁶⁵

Terapi musik dapat memberi efek menyenangkan pada pasien kanker sehingga musik dapat mengalihkan pikiran dari pengalaman tidak menyenangkan pada pengalaman yang lebih menyenangkan di masa lalu maupun sekarang.⁴⁷ Penelitian lain menunjukkan bahwa musik

diakui memiliki kapasitas untuk menjangkau alam bawah sadar orang yang mendengarkan. Menurut teori psikoanalisis, musik memiliki kemampuan untuk melemahkan sensor dengan memfasilitasi ekspresi fantasi tidak sadar dan dianggap tidak mengancam, karenanya terapi musik dapat menjadi bagian dari proses terapeutik.^{47,66} Menurut Elwafi *et al.*,⁴⁷ terapi musik memberikan efek nostalgia pengalaman pada orang yang mendengarkan karena dapat mengingatkan kembali pikiran dan perasaan yang pernah dialami oleh seseorang pada masa lalu.^{47,67} Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa beberapa responden mengungkapkan perasaan masa lalu sehingga membuat responden bernostalgia dengan kenangannya.

Musik memang memiliki efek sebagai *distraction*, *relaxation*, *familiarity*, dan *endorphine release*. Efek *distraction* karena pasien dapat mengalihkan perhatian pada hal lain yang lebih menyenangkan sehingga perhatiannya tidak terpusat pada *fatigue* yang dialami. Efek *relaxation* dapat memberikan efek menenangkan. Efek *familiarity* membuat pasien merasa lebih nyaman. Efek *endorphine release* dapat merangsang otak mensekresikan hormon endorfin.^{54,68,69}

KESIMPULAN DAN SARAN

Secara statistik dan klinis, intervensi *Self-Selected Individual Music Therapy* (SeLIMuT) berpengaruh terhadap penurunan CRF yang terjadi pada pasien kanker.

Saran dari peneliti bagi instansi rumah sakit, SeLIMuT dapat diintegrasikan sebagai terapi komplementer yang dapat membantu pasien kanker dalam mengurangi mual dan muntah. Para perawat dapat menerapkan terapi SeLIMuT pada pasien kanker dengan mual muntah saat jam istirahat siang atau sore dan menjelang tidur pada malam hari. Hal ini dilakukan untuk membantu pasien mengalihkan persepsi terhadap mual muntah dan memberikan kenyamanan atau relaksasi pada pasien.

Selain itu, perawat diharapkan melakukan promosi SeLIMuT kepada pasien dan keluarga agar dapat melakukan terapi SeLIMuT secara mandiri di rumah. Pasien kanker dapat menerapkan terapi SeLIMuT secara mandiri selama pasien dirawat di RS atau di rumah karena terapi SeLIMuT mudah untuk diaplikasikan di mana pun. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melanjutkan penelitian SeLIMuT dengan jumlah responden lebih banyak dan variabel yang berbeda.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini didukung oleh program hibah dana masyarakat Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan UGM tahun 2017. Peneliti mendeklarasikan bahwa tidak ada konflik kepentingan dalam proses penelitian ini.

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM, semua pasien kanker yang berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini, perawat IRNA I RSUP Dr. Sardjito, dan perawat IRNA II RSUD Prof. Margono

Soekarjo, serta tim peneliti SeLIMuT yang telah membantu dalam proses pengambilan data sehingga penelitian ini dapat berjalan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. WHO_Cancer [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 5]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en>.
2. Kemenkes. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2016 Kanker [Internet]. 2016. Available from: <http://www.depkes.go.id/article/view/16080300004/rsup-dr-sardjito-resmikan-instalasi-kanker-untuk-penuhi-kebutuhan-pelayanan-kesehatan-masyarakat.html>.
3. Kemenkes. Situasi Penyakit Kanker. 2017; Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-kanker.pdf>.
4. Johnson JY. Handbook for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 2010. 591-594 p.
5. National Cancer Institute. Understanding Cancer Prognosis - National Cancer Institute. 2014.
6. American Cancer Society. Acute Lymphocytic Leukemia (ALL) in Adults [Internet]. 2017 [cited 2017 May 3]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/acute-lymphocytic-leukemia.html>.
7. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-Related *Fatigue*: The Scale of The Problem. *Oncologist*. 2007; 12(1): 4–10.
8. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. *et al*: *Fatigue* in Breast Cancer Survivors: Occurrence, Correlates, and Impact on Quality of Life. *J Clin Oncol*. 2000; 18(4): 743–53.
9. Echteld MA, Passchier J, Teunissen S, Claessen S, de Wit R, van der Rijt CCD. Multidimensional *Fatigue* and Its Correlates in Hospitalised Advanced Cancer Patients. *Eur J Cancer*. 2007; 43(6): 1030–6.
10. NCCN. Cancer-Related *Fatigue*. Clin Pract Guidel Oncol Cancer Related-*Fatigue* [Internet]. 2016; 5. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf.
11. Yeo TP, Cannaday S. Cancer-Related *Fatigue*: Impact on Patient Quality of Life and Management Approaches. *Nursing: Research and Reviews*. 2015. p. 65.
12. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, *et al*. Impact of Cancer-Related *Fatigue* on The Lives of Patients: New Findings from The *Fatigue* Coalition. *Oncologist* [Internet]. 2000; 5(5): 353–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11040270%5Chttp://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/5/353.full.pdf>.
13. Diaz N, Menjon S, Rolfo C, Garcia-Alonso P, Carulla J, Magro A, *et al*. Patients' Perception of Cancer-Related *Fatigue*: Results of A Survey to Assess The Impact on Their Everyday Life. *Clin Transl Oncol*. 2008; 10(11): 753–7.
14. National Cancer Institute. *Fatigue* (PDQ®)—Patient Version - National Cancer Institute [Internet]. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281752/pdf/nihms355468.pdf>.
15. Berndt E, Kallich J, Anne M, Xu X, Lee H, Glaspy J. Reductions in Anaemia and *Fatigue* are Associated with Improvements in Productivity in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. 2005; 23(5): 505–14. Available from: <https://link.springer.com/article/10.2165/00019053-200523050-00009>.
16. American Cancer Society. What Is Cancer-Related *Fatigue* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 24]. Available from: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/fatigue/what-is-cancer-related-fatigue.html>.
17. Munch TN, Strömngren AS, Pedersen L, Petersen MA, Hoermann L, Groenvold M. Multidimensional Measurement of *Fatigue* in Advanced Cancer Patients in Palliative Care: An Application of The Multidimensional *Fatigue* Inventory. *J Pain Symptom Manage*. 2006; 31(6): 533–41.
18. American Cancer Society. Managing Cancer-Related *Fatigue* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 24]. Available from: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/fatigue/managing-cancer-related-fatigue.html>.
19. Carroll JK, Kohli S, Mustian KM, Roscoe JA, Morrow R. Pharmacologic Treatment of Cancer-Related *Fatigue*. 2007;12(suppl 1):43–51. Available from: http://theoncologist.alphamedpress.org/content/12/suppl_1/43.full.pdf+html.
20. Minton O, Richardson A, Sharpe M, Hotopf M, Stone P. Drug Therapy for The Management of Cancer-Related *Fatigue* (Review) Summary of Findings for The Main Comparison. 2010; (7).
21. Marchand L. Integrative and Complementary Therapies for Patients with Advanced Cancer. 2014; 3(3): 160–71.
22. Kaliyaperumal R, Gowri J. Effect of Mfusic Therapy for Patients with Cancer Pain. *Int J Biol Med Res*. 2010; 3(3): 79–81.
23. Hawks J, Moyad M. CAM: Definition and Classification Overview. *Urol Nurs*. 2003; 23(3): 221–3.
24. Clair AA, Memmott J. Therapeutic Uses of Music with Older Adults. Second Edition [Internet]. American Music Therapy Association; 2008. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED504544>.
25. Werner A. Healing Vibrations: The Effects of Music Therapy in Cancer Patients [Internet].
26. Cancer Education Foundation. 2016. Available from: <http://amacf.org/healing-vibrations-the-effects-of-music-therapy-in-cancer-patients>.
27. Stanczyk MM. Music Therapy in Supportive Cancer Care. *Reports Pract Oncol Radiother* [Internet]. 2011;

- 16(5): 170–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpor.2011.04.005>.
28. Cancer Research UK. Music Therapy _ Cancer in General _ Cancer Research UK [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 24]. Available from: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/complementary-alternative-therapies/individual-therapies/music>.
 29. Mucci K, Mucci R. The Healing Sound of Music: Manfaat Musik untuk Kesembuhan, Kesehatanmu, dan Kebahagiaan Anda. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2002.
 30. Yun YH, Lee MK, Park SM, Kim YA, Lee WJ, Lee KS, *et al*. Effect of *Complementary and alternative medicine* on The Survival and Health-Related Quality of Life among Terminally Ill Cancer Patients: A Prospective Cohort Study. 2013; (October 2012): 489–94.
 31. Koonstra RHT, Peters M, Donofrio S, Borne B Van Den, Jong FA De. Management of *Fatigue* in Patients with Cancer – A Practical Overview. *CANCER Treat Rev* [Internet]. 2014;49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctrv.2014.01.004>.
 32. Bower JE, Crosswell AD, Slavich GM. Childhood Adversity and Cumulative Life Stress: Risk Factors for Cancer-Related *Fatigue*. *Clin Psychol Sci* \$b a J Assoc Psychol Sci. 2014; 2(1): 10.1177/2167702613496243.
 33. Lopes-Junior LC, Bomfim EO, Nascimento LC, Nunes MDR, Pereira-da-Silva G, Lima RAG. Non-Pharmacological Interventions to Manage *Fatigue* and Psychological Stress in Children and Adolescents with Cancer: An Integrative Review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016; 25(6): 921–35.
 34. Hertanti N, Setiyarini S, Kristanti MS. Pengaruh *Self-Selected Individual Music Therapy* (SeLIMuT) terhadap Tingkat Nyeri Pasien Kanker Paliatif di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. 2013.
 35. Tursina HM, Setiyarini S, Kristanti MS, Haryani. Pengaruh *Self-Selected Individual Music Therapy* (SeLIMuT) terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Kanker Paliatif di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. 2013.
 36. Kurniawan D, Setiyarini S, Kristanti MS. Pengaruh *Self-Selected Individual Music Therapy* (Selimut) terhadap Perubahan Status Hemodinamik Pasien Kanker Paliatif di Rsup Dr. Sardjito Yogyakarta [Internet]. 2013. Available from: http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&id=62716.
 37. Arnes J, Chalder T, Addington-Hall J, Richardson A, Hotopf M. A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief, behaviorally oriented intervention for cancer-related *fatigue*. *Cancer*. 2007; 110(6): 1385–95.
 38. Vickers AJ, Ph D, Magill LA, Edmundson A, Kelly B, Spencer L. Music Therapy for Mood Disturbance during Hospitalization for Autologous Stem Cell. *Am Cancer Soc*. 2003.
 39. Fredenburg HA, Silverman MJ. Effects of Cognitive-Behavioral Music Therapy on *Fatigue* in Patients in A Blood and Marrow Transplantation Unit: A Mixed-Method Pilot Study. *Arts Psychother* [Internet]. 2014; 41(5): 433–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.09.002>.
 40. Choi YK. The Effect of Music and Progressive Muscle *Relaxation* on Anxiety, *Fatigue*, and Quality of Life in *Family caregivers* of Hospice Patients. *J Music Ther* [Internet]. 2010; 47(1): 53– 69. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1473-3163.2010.00160.x>.
 41. Fossa SD, Dahl AA, Loge JH. *Fatigue*, Anxiety, and Depression in Long-term Survivors of *Testicular Cancer*. *J Clin Oncol*. 2003; 21(7): 1249–54.
 42. Oh HS, Seo WS. Systematic Review and Meta-Analysis of The Correlates of Cancer-Related *Fatigue*. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2011; 8(4): 191–201.
 43. Clark M, Isaacks-Downtown G, Wells N, Sheryl Redlin-Frazier, Eck C, T.Hepworth J, *et al*. Use of *Preferred Music* to Reduce Emotional Distress and Symptom Activity during Radiation Therapy. *J Music Ther* [Internet]. 2006;43(3):247–65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17037953>.
 44. Djohan. *Terapi Musik, Teori, dan Aplikasi*. Yogyakarta: Galangpress; 2006.
 45. Harding R, Selman L, Agupio G, Dinat N, Downing J, Gwyther L, *et al*. The *Prevalence and Burden of Symptoms* amongst Cancer Patients Attending Palliative Care in Two African Countries. *Eur J Cancer* [Internet]. 2011; 47(1): 51–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2010.08.003>.
 46. Effendy C, Vissers K, Osse BHP, Tejawinata S, Vernooij-Dassen M, Engels Y. Comparison of Problems and Unmet Needs of Patients with Advanced Cancer in a European Country and An Asian Country. *Pain Pract* [Internet]. 2015;15(5):433–40. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papr.12196/abstract?sessionid=A71E7171CFCFE7E3B921761BB8A53219.f04t03>
 47. Elwafi PR, Wheeler BL. Listening to Music as Part of Treatment for Breast Cancer: A Qualitative Content Analysis of Patients' Listening Logs. *Arts Psychother* [Internet]. 2016; 48(2016): 38–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2015.12.004>.
 48. Ryan JL, Carroll JK, Ryan EP, Mustian KM, Fiscella K, Morrow GR. Mechanisms of Cancer-Related *Fatigue*. *Oncologist* [Internet]. 2007; 12(suppl_1): 22–34. Available from: <http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/doi/10.1634/theoncologist.12-S1-22>.
 49. Wang XS. NIH Public Access. Pathophysiol Cancer-Related *Fatigue* [Internet]. 2012; 12(Figure 1): 11–20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281752/pdf/nihms355468.pdf>.
 50. Allen J. Adults with cancer. In J. Allen (Ed.), *Guidelines for Music Therapy Practice in Adult Medical Care*. IL: Barcelona: University Park; 2013. 265-294 p.
 51. Wakim JH, Smith S, Guinn C. The Efficacy of Music Therapy. *J Perianesthesia Nurs* [Internet]. 2010; 25(4): 226–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2010.05.009>.
 52. Barrett K, Brooks H, Boitano S, Barman S. Ganong's Review of Medical Physiology. Ganong's Review of

- Medical physiology. 2010. 111-112, 144, 293-294 p.
53. Burns DS. The Effect of The Bonny Method of Guided Imagery and Music on The Mood and Life Quality of Cancer Patients. 2001; (July 1999): 51–65.
 54. Ferrer AJ. The Effect of Live Music on Decreasing Anxiety in Patients Undergoing Chemotherapy Treatment. 2007; (3): 242–55.
 55. Davis WB, Gfeller KE, Thaut M. An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice Second edition. Boston: McGraw-Hill; 1999.
 56. Tursina HM, Setiyarini S, Kristanti MS. Self – Selected Individual Music Therapy. 2012.
 57. Bernatzky G, Strickner S, Presch M, Wendtner F, Kullich W. Music as Non-Pharmacological Pain Management in Clinics. Music Heal Wellbeing. 2012; 257–75.
 58. Mitchell L, MacDonald RR. An Experimental Investigation of The Preferred and Relaxing Music Listening on Pain Perception. J Music Ther. 2006; 43(4): 295–316.
 59. Mitchell LA, MacDonald RAR, Brodie EE. A Comparison of The Effects of Preferred Music, Arithmetic and Humour on Cold Pressor Pain. Eur J Pain. 2006; 10(4): 343–51.
 60. Dillon T, Serpell MG. Empirical Investigation of The Anxiolytic and Pain Reducing Effects of Music. Pdf : 187–203.
 61. Jankord R, Herman JP. Limbic Regulation of Hypothalamo-Pituitary-Adrenocortical Function during Acute and Chronic Stress. Ann N Y Acad Sci. 2008; 1148: 64–73.
 62. Hellhammer DH, Wüst S, Kudielka BM. Salivary Cortisol as A Biomarker in Stress Research. Psychoneuroendocrinology. 2009; 34(2): 163–71.
 63. Chanda ML, Levitin DJ. The Neurochemistry of Music. Trends Cogn Sci [Internet]. 2013; 17(4): 179–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.007>.
 64. Hayama Y, Inoue T. The Effects of Deep Breathing on “Tension-Anxiety” and *Fatigue* in Cancer Patients Undergoing Adjuvant Chemotherapy. Complement Ther Clin Pract [Internet]. 2012; 18(2): 94–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2011.10.001>.
 65. Pryor JA PS. Physiotherapy for Respiratory and Cadiac Problems. 3rd Ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 2002.
 66. Isenberg C. Psychodynamic Approaches. In B. L. Wheeler (Ed.), Music Therapy Handbook. New York: Guilford Press; 2015. 133-147 p.
 67. Hadley S. Psychodynamic Music Therapy: Case studies. Gilsum: NH: Barcelona; 2003.
 68. Green W. Terapi Alternatif. Yogyakarta: Yayasan Surviva Paski; 2004. 33-39 p.
 69. Linnemann A, Kappert MB, Fischer S, Doerr JM, Strahler J, Nater UM. The Effects of Music Listening on Pain and Stress in The Daily Life of Patients with Fibromyalgia Syndrome. Front Hum Neurosci [Internet]. 2015; 9(July) :1–10. Available from: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fnhum.2015.00434/abstract>.

Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Keakuratan Dokumentasi Keperawatan di Instalasi Kesehatan Anak

The Relationship between Nurses' Knowledge and The Accuracy of Nursing Documentation in Pediatric Health Installation

Mia Purnama^{1*}, Itsna Luthfi Kholisa², Lely Lusmilasari²

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Nursing documentation is a written record of nursing process done by nurses to the clients. Documentation made in the form of nursing care consist of assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. Nursing documentation as a tool of communication; supposed to be accurate. Inaccurate documentation led to misinterpretation and endangered patients' safety. The adoption of behavior based on knowledge last longer than the one was not based on knowledge. Nurses' behavior in nursing documentation must be based on body of knowledge to provide healthcare services.

Objective: To identify the correlation between nurses' knowledge and the accuracy of nursing documentation at Pediatric Health Installation, Kartika room, RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta.

Method: The research was conducted in Pediatric Health Installation of Kartika room at RSUP Dr. Sardjito on May to July 2018. It was a descriptive correlational study with cross-sectional design that the subjects are observed once and at a time (point time approach). The samples of the research were 30 nurses with 60 nursing documentation and used non-probability sampling techniques by consecutive sampling. Data collection techniques were using questionnaires and nursing documentation assessment sheets (D-Catch).

Results: More than half of the respondents (53,3%) good knowledge about nursing documentation and there were more than half of the respondents (60%) performed accurate nursing documentation. Statistical analysis a correlation test between knowledge and the accuracy of documentation using the Somers'd obtained a significance value 0,218 ($p > 0,05$).

Conclusion: There is no correlation between knowledge and the accuracy of nursing documentation.

Keywords: accuracy, knowledge, nursing documentation

ABSTRAK

Latar belakang: Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan tertulis mengenai asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi. Dokumentasi keperawatan merupakan bentuk komunikasi yang apabila tidak dituliskan secara akurat dapat menimbulkan kesalahan interpretasi dan dapat membahayakan keselamatan pasien. Pengetahuan terkait dokumentasi asuhan keperawatan bagi perawat adalah hal yang sangat penting karena digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan secara akurat.

Tujuan: Mengetahui bagaimana hubungan pengetahuan perawat dengan keakuratan dokumentasi keperawatan di Ruang Kartika Instalasi Kesehatan Anak RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Metode: Penelitian dilakukan di Ruang Kartika Instalasi Kesehatan Anak RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada bulan Mei sampai Juli 2018. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini sebanyak 30 perawat dengan 60 dokumentasi keperawatan yang ditentukan menggunakan teknik *non-probability sampling* secara *consecutive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner pengetahuan dan lembar penilaian dokumentasi keperawatan (*D-Catch*).

Hasil: Lebih dari setengah responden (53,3%) memiliki pengetahuan yang baik tentang dokumentasi keperawatan dan lebih dari setengah responden (60%) melakukan dokumentasi keperawatan secara

Corresponding Author: **Mia Purnama**

Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: mia.purnama@mail.ugm.ac.id

akurat. Hasil uji korelasi variabel pengetahuan perawat dengan keakuratan dokumentasi menggunakan uji korelasi *Somers'd* didapatkan nilai signifikansi 0,218 ($p > 0,05$).

Kesimpulan: Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan keakuratan dokumentasi keperawatan.

Kata kunci: dokumentasi keperawatan, keakuratan, pengetahuan

PENDAHULUAN

Pendokumentasian merupakan suatu fase penting dalam proses keperawatan karena akan menentukan kualitas perawatan, memiliki tanggung gugat serta pengembangan standar praktik keperawatan. Dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai indikator kualitas perawatan¹ sebagai bukti hukum terhadap proses medis dan perawatan yang dilakukan pada pasien, data untuk penelitian maupun pengembangan pendidikan keperawatan, serta sebagai standar praktik klinis.^{2,3}

Penelitian oleh Tran & Johnson⁴ mengidentifikasi 13% kesalahan manajemen klinis dalam perawatan terkait dengan kesalahan pendokumentasian seperti ketidaklengkapan grafik, ketidaklengkapan data pendokumentasian (pengkajian, pemeriksaan, keputusan klinis, intervensi, maupun perkembangan kondisi), dan kegagalan dalam penyelesaian lembar kerja seperti data masuk, *transfer*, maupun *discharge*. Ketidakakuratan dokumentasi dapat memengaruhi kualitas perawatan sehingga pendokumentasian yang dilakukan perawat harus dilakukan secara akurat.⁵ Pengetahuan perawat merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Pengetahuan terkait dokumentasi asuhan keperawatan bagi seorang perawat merupakan hal yang sangat penting karena digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik dan benar.⁶

Berdasarkan hasil observasi dokumentasi keperawatan yang dilakukan pada 10 rekam medis oleh peneliti pada tanggal 11 dan 18 Agustus 2017 di Instalasi Kesehatan Anak RSUP Dr. Sardjito didapati hasil pendokumentasian yang bervariasi. Terdapat etiologi atau tanda dan gejala yang belum sesuai dengan laporan diagnosis keperawatan, tidak dituliskan waktu pelaksanaan pada catatan evaluasi kemajuan dan hasil, adanya penulisan diagnosis keperawatan yang tidak sesuai dengan standar bahasa keperawatan, serta penggunaan singkatan dan bahasa yang berbeda-beda dalam penulisan dokumentasi keperawatan.

Perilaku perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan harus didasari oleh pengetahuan mengenai pendokumentasian keperawatan agar dapat melakukan pelayanan yang maksimal.⁶ Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di ruang Kartika Instalasi Kesehatan Anak RSUP Dr. Sardjito melalui pengisian kuesioner pengetahuan dokumentasi keperawatan diketahui bahwa 2 dari 6 perawat memiliki pengetahuan yang kurang baik mengenai pendokumentasian keperawatan.

Penelitian mengenai hubungan pengetahuan terhadap keakuratan pendokumentasian keperawatan belum banyak dilakukan di Indonesia padahal dokumentasi yang akurat juga

merupakan salah satu pedoman pendokumentasian. Penelitian yang telah ada terkait hubungan pengetahuan dengan kelengkapan dokumentasi. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana hubungan pengetahuan perawat dengan keakuratan dokumentasi keperawatan di ruang Kartika RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan merupakan jenis penelitian deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di salah satu rumah sakit di Yogyakarta pada Bulan Mei sampai dengan Juli 2018. Populasi penelitian untuk variabel pengetahuan perawat adalah perawat yang bertugas/bekerja di ruang instalasi Kartika di RSUP Dr Sardjito dengan dokumentasi keperawatan sebagai unit analisisnya. Teknik *sampling* yang digunakan adalah teknik *non-probability sampling* secara *consecutive sampling*. Sampel sejumlah 60 dokumentasi keperawatan dari 30 perawat.

Penelitian ini menggunakan lembar format kuesioner dan lembar format penilaian. Lembar format kuesioner terdiri dari kuesioner karakteristik responden dan kuesioner pengetahuan yang dilakukan modifikasi dari Pribadi,⁶ Herdiansyah,⁷ Mastini,⁸ dan Martini.⁹ Kuesioner pengetahuan perawat telah dilakukan uji coba validitas pada 30 responden yang mempunyai karakteristik hampir sama dengan sampel penelitian yaitu perawat yang bekerja di ruang Melati 5, Cempaka Mulya, dan Cendana 4 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito pada tanggal 16 Mei 2018 hingga 18 Mei 2018. Hasil uji validitas kuesioner pengetahuan perawat mengenai dokumentasi keperawatan menunjukkan 16 *item* memiliki nilai $p < 0,05$ sehingga dinyatakan valid, namun untuk 2 *item* tidak valid dan dihilangkan. *Item* yang dihilangkan sudah terwakili oleh *item* lain yang berada pada indikator yang sama. Hasil dari uji reliabilitas pada kuesioner pengetahuan perawat didapatkan nilai *Cronbach's alpha* 0,863. Nilai *Cronbach's alpha* $> 0,6$ sehingga dapat dinyatakan reliabel.

Data keakuratan dokumentasi keperawatan diukur menggunakan instrumen *D-Catch* yang terdiri dari 6 komponen *item* berupa: struktur dokumentasi, data admisi, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, kemajuan dan evaluasi hasil, serta keterbacaan catatan keperawatan. Pengambilan data dilakukan oleh 2 *rater* yang masing-masing menilai dokumentasi secara *independent* dan kemudian dilakukan konsensus untuk menentukan nilai akhir keakuratan. Uji validitas instrumen *D-Catch* dilakukan dengan uji validitas yang melibatkan 6 orang ahli (*expert*). Hasil uji validitas diperoleh nilai skala keseluruhan (S-CVI) dari 6 orang ahli (*expert*) yaitu $0,881 \geq 0,83$, sehingga instrumen *D-Catch* dapat dinyatakan valid. Uji reliabilitas untuk lembar penilaian *D-Catch* dilakukan dengan uji kesepakatan (*Inter-rater reliability*) terhadap dua orang *rater* kemudian dianalisis menggunakan *Cohen's kappa*.¹⁰ Hasil dari uji kesepakatan (*Inter-rater reliability*) 12 dokumentasi keperawatan didapatkan nilai koefisien *Cohen's kappa* sebesar 0,638 sehingga termasuk dalam kategori nilai *kappa* baik.¹¹ Pengolahan data dilakukan dengan bantuan program SPSS menggunakan uji korelasi

Somers'd.¹² Penelitian ini telah mendapatkan *ethical approval* (KE/FK/0468/EC/2018) yang diterbitkan pada 18 Mei 2018 oleh komisi etik FKMK UGM.

HASIL

Jumlah sampel perawat yang diperoleh dari penelitian ini adalah 30 responden. Karakteristik responden dapat dilihat di Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi karakteristik responden di Ruang Kartika INSKA RSUP Dr. Sardjito yang mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Bulan Mei s.d. Juli 2018 (n = 30).

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Umur (tahun)		
<25	1	3,3
26 – 35	21	70,0
36 – 45	5	16,7
>46	3	10,0
Jenis kelamin		
Perempuan	29	96,7
Laki-laki	1	3,3
Pendidikan		
DIII Keperawatan	20	66,7
Ners/ Sarjana Keperawatan	10	33,3
Status perkawinan		
Menikah	23	76,7
Belum Menikah	7	23,3
Masa kerja (tahun)		
<3	2	6,6
3 – 6	11	36,7
6-9	6	20,0
>9	11	36,7

Berdasarkan analisis data yang telah dilakukan diketahui bahwa dari 30 responden sebagian besar berusia 26 – 35 tahun (70%) dengan rata-rata umur $33,33 \pm 7,141$. Mayoritas responden memiliki jenis kelamin perempuan (96,7%). Lebih dari setengah responden memiliki tingkat pendidikan D3 Keperawatan (63,3%) dan sudah menikah (76,7%). Hampir setengah responden memiliki masa kerja 3 – 6 tahun dan lebih dari 9 tahun (36,7%). Terdapat 7 responden yang menuliskan pernah melakukan pelatihan selama 3 tahun terakhir diantaranya pelatihan *workshop* nyeri (3 responden), pendokumentasian keperawatan (2 responden), 5 dasar wajib yaitu *patient safety*, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), bantuan hidup dasar (BHD), pelayanan prima (*ready to serve*) dan penggunaan alat pemadam api ringan (APAR) (2 responden), pelatihan dasar keperawatan anak (1 responden), onkologi anak (1 responden), Pelatihan anestesi (1 responden), dan pelatihan perawat klinis I (PK I) (1 responden).

Hasil analisis data yang telah dilakukan, data pengetahuan terdistribusi normal dengan nilai *mean* dan standar deviasi $45,03 \pm 9,779$, sehingga pengetahuan dalam kategori baik jika $x \geq 45,03$ dan Tidak baik jika $x < 45,03$. Gambaran distribusi pengetahuan perawat di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP Dr. Sardjito disajikan pada Tabel 2. Tabel 2 menunjukkan

bahwa pengetahuan perawat tentang dokumentasi keperawatan yang memiliki kategori baik (53,33%) lebih banyak dibandingkan kategori tidak baik (46,7%).

Tabel 2. Distribusi frekuensi pengetahuan responden pada bulan Mei s.d. Juli 2018 (n = 30)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pengetahuan	Baik	16	53,3
	Tidak Baik	14	46,7

Gambaran skor pengetahuan detail per *item* pertanyaan dari responden ditampilkan di Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi responden berdasarkan rata-rata skor tiap indikator pengetahuan (n = 30)

No	Indikator	Mean ± Std. Deviasi	Jumlah responden diatas <i>mean</i> tiap indikator	Jumlah responden dibawah <i>mean</i> tiap indikator
			f (%)	f (%)
Konsep dokumentasi keperawatan				
1.	Definisi dokumentasi keperawatan	2,93 ± 0,94	22 (73,3)	8 (26,7)
2.	Manfaat dokumentasi keperawatan	2,53 ± 0,90	16 (53,3)	14 (46,7)
3.	Waktu penulisan dokumentasi keperawatan	3,00 ± 0,83	20 (66,7)	10 (33,3)
4.	Syarat penulisan dokumentasi keperawatan	3,20 ± 1,16	19 (63,3)	11 (36,7)
5.	Tujuan dokumentasi keperawatan	2,77 ± 1,17	18 (60)	12 (40)
6.	Pedoman dokumentasi keperawatan	2,93 ± 0,98	17 (56,7)	13 (43,3)
Dokumentasi pengkajian keperawatan				
7.	Sumber data pengkajian keperawatan	2,10 ± 0,85	6 (20)	24 (80)
8.	Identifikasi data pengkajian	2,67 ± 0,61	18 (60)	12 (40)
Dokumentasi diagnosis keperawatan				
9.	Proses diagnosis keperawatan	2,80 ± 1,19	20 (66,7)	33,3)
Dokumentasi perencanaan keperawatan				
10.	Komponen perencanaan keperawatan	3,07 ± 0,91	13 (43,3)	17 (57,7)
11.	Dasar perencanaan keperawatan	3,37 ± 0,81	16 (53,3)	46,7)
Dokumentasi implementasi keperawatan				
12.	Kerjasama dalam tindakan keperawatan	3,27 ± 0,83	15 (50)	15 (50)
13.	Syarat tindakan keperawatan	3,03 ± 0,77	9 (30)	70)
Dokumentasi evaluasi keperawatan				
14.	Syarat evaluasi keperawatan	2,10 ± 1,09	11 (36,7)	19 (63,3)
15.	Dasar evaluasi keperawatan	2,43 ± 0,63	11 (36,7)	19 (63,3)
16.	Tujuan evaluasi keperawatan	2,87 ± 1,20	19 (63,3)	11 (36,7)

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden paling banyak berada diatas *mean* pada indikator konsep dokumentasi keperawatan yaitu definisi dokumentasi keperawatan sebanyak 22 perawat (73,33%), sedangkan jumlah responden paling banyak berada diatas *mean* pada indikator paling rendah yaitu sebanyak 6 perawat pada indikator dokumentasi pengkajian keperawatan mengenai sumber data pengkajian keperawatan (20%).

Distribusi keakuratan untuk masing-masing *item* instrumen *D-catch* dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Distribusi frekuensi keakuratan dokumentasi keperawatan pada bulan Mei s.d. Juli 2018 (n = 70)

Item	Skala	Nilai Keakuratan			
		1	2	3	4
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Struktur dokumentasi keperawatan	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	60 (100,0)
Data admisi (kuantitas)	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	60 (100,0)
Data admisi (Kualitas)	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	60 (100,0)
Diagnosis Keperawatan (Kuantitas)	1 – 4	7 (11,6)	46 (76,7)	7 (11,7)	0 (0,0)
Diagnosis Keperawatan (Kualitas)	1 – 4	0 (0,0)	3 (5,0)	6 (10,0)	51 (85,0)
Intervensi keperawatan (kuantitas)	1 – 4	0 (0,0)	1 (1,7)	20 (77,1)	39 (65,0)
Intervensi keperawatan (kualitas)	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	21 (35,0)	39 (65,0)
Evaluasi perkembangan dan hasil (kuantitas)	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (31,7)	41 (68,3)
Evaluasi perkembangan dan hasil (kualitas)	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (43,3)	34 (56,7)
Keterbacaan dokumentasi keperawatan	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,67)	59 (98,3)

Berdasarkan Tabel 4 dapat diketahui bahwa nilai keakuratan tertinggi dokumentasi keperawatan yaitu pada struktur dokumentasi dan data admisi kriteria kuantitas, sebanyak 100% mendapatkan skor 4 yang berarti seluruhnya terstruktur sesuai proses keperawatan. Nilai keakuratan dokumentasi keperawatan yang terendah yaitu pada diagnosis keperawatan kriteria kuantitas, sebanyak 76,7% mendapatkan skor 2 (tidak lengkap) ditinjau dari adanya masalah dan tanda gejala yang mengacu pada potensi intervensi namun tidak disertai dengan etiologi atau terdapat masalah dan etiologi namun tidak tercatat tanda dan gejala serta tidak mengacu pada intervensi. Hasil analisis distribusi frekuensi keakuratan dokumentasi keperawatan didapatkan nilai *mean* dan standar deviasi $32,32 \pm 1,583$, sehingga dikategorikan sebagai berikut: Akurat: $x \geq 32,32$; Kurang akurat: $x < 32,32$. Distribusi keakuratan dokumentasi keperawatan berdasarkan *mean* dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Distribusi frekuensi keakuratan dokumentasi keperawatan pada bulan Mei s.d. Juni 2018 (n=30)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Keakuratan Dokumentasi Keperawatan	Akurat	18	60
	Kurang Akurat	12	40

Berdasarkan Tabel 5 diketahui bahwa lebih dari setengah responden telah melakukan dokumentasi keperawatan secara akurat yaitu sebanyak 18 (60%) responden. Hasil uji korelasi Somers'd pengetahuan dengan keakuratan dokumentasi keperawatan disajikan pada Tabel 6.

Tabel 6. Hubungan pengetahuan perawat dengan keakuratan dokumentasi keperawatan pada bulan Mei s.d. Juli 2018 (n=30)

Pengetahuan	Tingkat Keakuratan				Total	p value	
	Kurang akurat		Akurat				
	f	%	f	%			
Kurang baik	4	13,3	10	33,3	14	46,7	0,218
Baik	8	26,7	8	26,7	16	53,3	
Total	18	60,0	12	40,0	30	100,0	

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 6 didapatkan 4 orang (13,33%) perawat yang memiliki pengetahuan kurang baik dan dokumentasi keperawatan kurang akurat di RSUP Dr. Sardjito. Berdasarkan hasil analisis juga menunjukkan 10 orang perawat (33,3%) yang melakukan dokumentasi secara akurat namun memiliki tingkat pengetahuan yang kurang baik. Berdasarkan hasil analisis juga didapatkan proporsi yang sama antara perawat yang memiliki pengetahuan baik dan melakukan dokumentasi secara akurat dengan perawat yang memiliki pengetahuan baik namun melakukan dokumentasi secara tidak akurat masing-masing adalah 8 orang perawat (26,7%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji korelasi Somers'd menunjukkan nilai p sebesar 0,218 ($>0,05$).

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini ditemukan bahwa responden memiliki pengetahuan yang baik tentang dokumentasi keperawatan. Berdasarkan analisis pengetahuan dalam penelitian ini, diketahui bahwa jumlah responden paling banyak yang berada di atas *mean* terdapat pada indikator konsep keperawatan mengenai definisi dokumentasi keperawatan. Sementara jumlah responden paling banyak berada di bawah *mean* terdapat pada indikator dokumentasi pengkajian keperawatan mengenai sumber data pengkajian keperawatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Wulandini *et al.*¹³ bahwa hasil penelitiannya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian keperawatan diketahui distribusi pengetahuan mengenai pendokumentasian pengkajian adalah yang paling kurang. Sejalan dengan penelitian Nuryani & Hariyati¹⁴ bahwa pengetahuan perawat di ruang rawat inap Mawar, Melati dan Jantung RS.H kurang baik mengenai dokumentasi asuhan keperawatan di mana perawat kurang mengetahui data yang harus ada dalam dokumentasi keperawatan. Penelitian Mastini⁸ juga menyebutkan bahwa kurang dari setengah responden yang dapat menjawab benar mengenai sumber data dokumentasi keperawatan.

Kurangnya pengetahuan perawat mengenai dokumentasi keperawatan dikatakan Wulandini *et al.*¹³ dapat terjadi karena kurangnya pelatihan mengenai dokumentasi keperawatan atau tidak adanya penyegaran pembinaan mengenai pendokumentasian keperawatan. Berdasarkan data yang diperoleh diketahui bahwa selama tiga tahun terakhir hanya dua responden yang menuliskan pernah melakukan pelatihan atau pembinaan terkait dokumentasi keperawatan. Pelatihan merupakan suatu fungsi manajemen yang perlu dilakukan secara terus-menerus dalam peningkatan dokumentasi keperawatan.¹⁵

Pada penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar responden melakukan dokumentasi keperawatan secara akurat. Hal ini sejalan dengan penelitian Paans *et al.*⁵ yang mana dokumentasi keperawatan harus dilakukan secara akurat karena dapat memengaruhi kualitas perawatan. Persentase tertinggi dalam indikator penilaian keakuratan dokumentasi keperawatan adalah pada struktur dokumentasi keperawatan dan laporan data masuk baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Analisis penelitian menunjukkan bahwa seluruh

dokumentasi keperawatan memiliki skor 4 yang artinya terstruktur sesuai proses keperawatan dengan ditinjau dari identitas pribadi, *form* pengkajian dan data masuk, adanya diagnosis keperawatan, adanya intervensi keperawatan, laporan kemajuan dan evaluasi hasil. Hasil ini sejalan dengan penelitian Tuinman *et al.*¹⁶ menunjukkan bahwa lebih dari setengah dokumentasi terstruktur sesuai dengan proses keperawatan (skor 4). Seluruh dokumentasi laporan data masuk secara kuantitatif memiliki skor 4 dengan ditinjau dari data masuk yang mendeskripsikan identitas pribadi secara detail, terdapat alasan masuk dan kondisi kesehatan. Dokumentasi laporan data masuk yang dinilai secara kualitatif juga ternilai seluruhnya memiliki skor 4 karena catatan dibuat secara jelas, benar secara bahasa, dan terdiri dari informasi yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Tuinman *et al.*¹⁶ di mana hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah laporan data masuk pada dokumentasi keperawatan memiliki skor 4 dan hampir setengah responden lainnya memiliki skor 3, namun tidak sejalan pada laporan data masuk secara kualitatif dimana pada penelitian Tuinman *et al.*¹⁶ menunjukkan hampir setengah laporan data masuk dokumentasi keperawatan memiliki skor 2.

Item penilaian yang paling menunjukkan ketidakakuratan tertinggi pada penelitian ini adalah laporan diagnosis keperawatan secara kuantitatif. Lebih dari setengah dokumentasi keperawatan memiliki skor 2 dinilai dengan kriteria kuantitas di mana diketahui laporan diagnosis keperawatan yang tergambar tidak jelas mengenai etiologi atau tanda dan gejala. Hal ini sejalan dengan penelitian Tuinman *et al.*¹⁶ bahwa studi yang dilakukan menunjukkan kurang akuratnya dokumentasi keperawatan terutama dalam diagnosis keperawatan serta laporan kemajuan dan hasil. Hal ini sejalan dengan penelitian Yanti & Warsito¹⁵ sebesar 89,6% dokumentasi tidak dirumuskan berdasarkan *problem, etiology, dan symptom*. Penelitian Mastini⁸ juga menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian dokumentasi keperawatan yang memiliki persentase terkecil adalah perumusan diagnosis keperawatan.

Berdasarkan standar pelaksanaan dokumentasi terintegrasi RSUP Dr. Sardjito, kolom masalah dalam dokumentasi keperawatan terdiri dari keluhan pasien, gejala, tanda dan risiko yang perlu diatasi yang ditemukan dalam pengkajian awal maupun lanjutan sesuai kondisi pasien. Menurut instrumen A Depkes diketahui bahwa diagnosis keperawatan yang dicatat oleh perawat dikatakan lengkap apabila diagnosis keperawatan berdasarkan masalah yang telah diturunkan, mencerminkan *problem etiology/problem etiology symptom*, dan merumuskan diagnosis keperawatan aktual/potensial.⁶ Berdasarkan Tuinman *et al.*,¹⁶ deskripsi etiologi dan/ atau tanda dan gejala masalah yang sering tidak muncul dapat mengarah pada pemilihan intervensi yang tidak efektif dan tidak tepat yang mana hal ini dapat merugikan pasien.

Kualitas perawatan klien bergantung pada kemampuan pemberi perawatan dalam melakukan komunikasi satu sama lain, salah satu sarana komunikasi yaitu melalui dokumentasi keperawatan yang dilakukan secara benar dan jelas sehingga dapat dipertanggungjawabkan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan serta perbaikan status kesehatan.

Pancaningrum dalam Prakosa *et al.*¹⁷ mengatakan bahwa dokumentasi keperawatan yang kurang akurat sulit untuk membuktikan tindakan yang telah dilakukan perawat telah dilakukan dengan benar.

Hampir setengah responden penelitian masih melakukan dokumentasi secara tidak akurat. Hal ini dapat terjadi karena kurangnya pemahaman perawat mengenai dokumentasi keperawatan di mana perawat lebih memprioritaskan tindakan langsung dan kurangnya tenaga keperawatan serta faktor waktu yang dibutuhkan untuk melakukan dokumentasi keperawatan.¹⁸ Kurangnya kesadaran perawat terhadap standar dokumentasi keperawatan dapat dikarenakan perawat memiliki tanggung jawab di luar ranah keperawatan, sistem pencatatan yang diharuskan dianggap terlalu sulit dan memerlukan banyak waktu dan perawat lebih banyak mengerjakan pekerjaan koordinasi serta limpahan wewenang.¹⁹ Lembar dokumentasi terlalu banyak yang harus diisi untuk mencatat data dan intervensi keperawatan membuat perawat merasa terbebani, tidak adanya sistem *reward and punishment* yang jelas dan kurang tegasnya sikap pimpinan mengenai pelaksanaan pencatatan asuhan keperawatan juga merupakan faktor yang mempengaruhi ketidakakuratan dokumentasi keperawatan.¹⁷ Brian, Gugerty *et al.*, dalam Fatmawati²⁰ menjelaskan bahwa perawat seringkali merasa pendokumentasi keperawatan merupakan suatu rutinitas sehingga menyebabkan kejenuhan.

Pada penelitian ini ditemukan tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan keakuratan dokumentasi keperawatan di Ruang Kartika RSUP Dr. Sardjito. Hal ini sejalan dengan penelitian Herdiansyah⁷ mengenai hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat terhadap kepatuhan dokumentasi asuhan keperawatan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan.

Berdasarkan analisis data dapat menunjukkan bahwa perawat yang memiliki pengetahuan yang baik belum tentu melakukan dokumentasi keperawatan secara akurat, begitu juga sebaliknya perawat yang memiliki pengetahuan kurang baik belum tentu melakukan dokumentasi secara tidak akurat. Pengetahuan yang sama tidak bisa mendorong individu untuk berperilaku sama dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Penyebab dokumentasi asuhan keperawatan kurang baik adalah pemahaman perawat dan prioritas perawat lebih kepada tindakan langsung. Pengaruh yang signifikan juga dijelaskan pada faktor waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pendokumentasian.^{19,21}

Pada penelitian Herdiansyah⁷ dijelaskan bahwa kepatuhan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan bukan hanya dibentuk oleh pengetahuan saja, namun juga dapat dibentuk oleh faktor lain. Menurut teori perilaku yang dikembangkan oleh Lawrence Green disebutkan bahwa perilaku dapat disebabkan oleh faktor perilaku dan *non* perilaku. Faktor perilaku yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor penguat. Faktor predisposisi selain pengetahuan adalah kepercayaan, sikap, keyakinan, maupun nilai.²² Faktor yang dapat berhubungan lainnya terhadap dokumentasi keperawatan adalah motivasi, ketrampilan, dan psikologis perawat di mana hal tersebut tidak diteliti dalam penelitian ini.²³ Perawat dalam

melakukan suatu perilaku dapat dipengaruhi oleh determinan perilaku, di mana selain faktor internal yaitu karakteristik perawat seperti jenis kelamin, usia, pendidikan dan pengetahuan juga dapat dipengaruhi oleh faktor eksternal yaitu lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas dan sarana, budaya, politik, ekonomi atau bahkan sosial. Faktor kepemimpinan di mana adanya kualitas dalam pemberian dorongan, arahan serta dukungan oleh manajer atau ketua juga dapat dikaitkan. Faktor tim juga berperan dalam dukungan yang diberikan sesama rekan tim serta faktor sistem seperti sistem kerja, fasilitas kerja, infrastruktur atau bahkan kultur kinerja organisasi. Faktor lainnya yaitu konstekstual/ situasional di mana adanya tekanan dan perubahan lingkungan baik eksternal maupun internal.²⁰ Kelemahan pada penelitian ini yaitu saat pengisian kuesioner pengetahuan, responden meminta untuk kuesionernya ditinggal karena sedang sangat sibuk dan tidak berkenan untuk ditunggu. Hal ini memungkinkan adanya interaksi antar responden seperti saling bertukar informasi sehingga hal ini dapat memunculkan bias pada hasil penelitian.

KESIMPULAN DAN SARAN

Tidak adanya hubungan antara pengetahuan dengan keakuratan dokumentasi keperawatan di ruang Kartika RSUP Dr. Sardjito. Perawat yang memiliki pengetahuan yang baik belum tentu melakukan dokumentasi keperawatan secara akurat, begitu juga sebaliknya perawat yang memiliki pengetahuan kurang baik belum tentu melakukan dokumentasi secara tidak akurat.

Perlu diadakan pelatihan atau pembinaan secara rutin terkait pendokumentasian keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan khususnya di RSUP Dr. Sardjito. Perawat diharapkan melakukan dokumentasi keperawatan sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan yang ada. Peneliti selanjutnya dapat melakukan identifikasi terhadap faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi keakuratan dokumentasi keperawatan dengan menggunakan sampel yang lebih merata sehingga dapat mewakili seluruh perawat di RSUP Dr. Sardjito.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu selama proses pengambilan data pada penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexities. *Int J Nurs Pract.* 2006;12(6):366–74.
2. Alkouri OA, Alkhatib AJ, Kawafah M. Importance And Implementation Of Nursing Documentation: Review Study. *Eur Sci J [Internet].* 2016;12(3):101–6. Available from: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6955/6671>
3. Asmadi. *Konsep Dasar Keperawatan.* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2008.
4. Tran DT, Johnson M. Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *Int Counc Nurses.* 2010;57:454–62.
5. Paans W, Sermeus W, Nieweg R, Schans C van der. D-Catch instrument: Development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *J Adv Nurs.* 2010;66(6):1388–400.
6. Pribadi A. Analisis Pengaruh Faktor Pengetahuan, Motivasi, dan Persepsi Perawat tentang Supervisi Kepala

- Ruang Terhadap Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Keler Provinsi Jawa Tengah di Jepara. Universitas Diponegoro; 2009.
7. Herdiansyah. Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Kepatuhan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RSUD Muntlan Ruang Rawat Inap Kabupaten Magelang. Universitas Gadjah Mada; 2011.
 8. Mastini IGAAP. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan IRNA di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. Universitas Udayana; 2013.
 9. Martini. Hubungan Karakteristik Perawat, Sikap, beban kerja, Ketersediaan Fasilitas Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rawat Inap BPRSUD Kota Salatiga. Universitas Diponegoro; 2007.
 10. Hallgren KA. Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol* [Internet]. 2012;8(1):23–34. Available from: <http://www.tqmp.org/RegularArticles/vol08-1/p023>
 11. Hallgren, K. A. Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, (2012). 8(1), 23–34. <https://doi.org/10.20982/tqmp.08.1.p023>
 12. Landis J., Koch G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-174.
 13. Dahlan MS. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi Ketu. Salemba Medika;
 14. Wulandini P, Krianto T, Priwahyuni Y. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Jiwa. 2016;12(2):131–42.
 15. Nuryani D, Hariyati TS. Pengetahuan dan Sikap Perawat terhadap Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit H. 2014;
 16. Yanti RI, Warsito BE. Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi, dan Supervisi dengan kualitas Dokumentasi proses asuhan Keperawatan. *J Manaj Keperawatan*. 2013;1(2):107–14.
 17. Tuinman A, Greef MHG De, Krijnen WP, Paans W, Roodbol PF. Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care. *Geriatr Nurs (Minneap)* [Internet]. 2017;1–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.04.007>
 18. Prakosa MM, Nursalam, Asmoro CP. Kualitas Dokumentasi Keperawatan dan Beban Kerja Objektif Perawat Berdasarkan Time and Motion Study (TMS). *J INJEC*. 2016;1(2):173–7.
 19. Cahyani, D. Hubungan Beban Kerja Perawat dan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat. 2008
 20. Mangole JE, Rompas S, Ismanto AY. Hubungan Perilaku Perawat dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Cardiovascular and Brain Center RSUD Dr. R. D. Kandou Manado. *E-Journal Keperawatan (e-Kp)*. 2015;3(2).
 21. Fatmawati E, Noor NB, Maidin MA. Gambaran Faktor Kinerja Perawat dalam Mendokumentasikan Askep di RSUD SYEKH YUSUF GOWA [Internet]. *Jurnal Keperawatan*. Universitas Hasanuddin; 2014. Available from: http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10647/EKA_FATMAWATI_K11110364.pdf?sequence=1
 22. Soeprijadi. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY. 2006.
 23. Ardika RG. Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis Dengan Kelengkapan Pengisian Catatan Keperawatan. Universitas Diponegoro; 2012.

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Kesetaraan Gender Terhadap Efikasi Diri Seksual Remaja Putra Siswa SMP di Kota Yogyakarta

The Influence of Gender Equity Based Reproductive Health Education Toward Male Adolescent's Sexual Self Efficacy of Junior High School Students in Yogyakarta City

Annisa Rachmawati^{1*}, Wenny Artanty Nisman², Ika Parmawati²

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Teenagers experience various changes, both physically and physiologically. Prominent changes result in the attraction of the opposite sex thus begin to feel sexual desire. Society that favored one gender increases the possibility of adolescents to develop risky sexual behavior. Reproductive health education is an intervention that can be done to reduce the sexual risk behavior in adolescents.

Objectives: This study aims to determine the effect of gender equality-based reproductive health education on sexual self-efficacy of male students.

Method: This study was a quasi-experimental study with pretest-posttest with a control group. Samples were taken by consecutive sampling technique. Respondents were 33 male adolescents who were given gender equality-based reproductive health education and 34 male adolescents with usual reproductive health education only that were conducted by the Puskesmas as a control group. Sexual self-efficacy was measured by the adolescent sexual self-efficacy questionnaire developed by researchers ($r > 0,1754$; $p = 0,745$).

Results: Differences in the self-efficacy score on pretest-posttest treatment group were $-3,54 \pm 12,88$ and the control group was $3,09 \pm 13,25$. The treatment group has a value of $p = 0,124$ and the control group $p = 0,183$ so that the two did not experience a significant increase. There was a significant difference between the treatment group and the control group with a value of $p = 0,034$ but there was a decline in self-efficacy in the treatment group. The relationship test results show that the idol correlates with the increase in the male sexual self-efficacy score.

Conclusion: Gender-based reproductive health education has no effect on increasing the male sexual self-efficacy score.

Keywords: adolescent, gender equality, reproductive health education, sexual self-efficacy

ABSTRAK

Latar belakang: Remaja mengalami berbagai perubahan, baik perubahan secara fisik maupun psikologis. Perubahan yang menonjol mengakibatkan munculnya ketertarikan terhadap lawan jenis yang memicu munculnya hasrat seksual. Budaya masyarakat yang mengunggulkan salah satu gender meningkatkan kerentanan remaja untuk melakukan perilaku seksual berisiko. Pendidikan kesehatan reproduksi merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku berisiko seksual pada remaja.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender terhadap efikasi diri seksual remaja putra.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian *quasi experimental with pretest-posttest* dengan kelompok kontrol. Sampel diambil dengan teknik *consecutive sampling*. Responden adalah 33 remaja putra yang diberikan pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender dan 34 remaja putra dengan pendidikan kesehatan reproduksi yang biasa dilakukan Puskesmas sebagai kelompok kontrol. Efikasi diri seksual diukur dengan kuesioner efikasi diri seksual remaja yang dikembangkan oleh peneliti.

Hasil: Beda peningkatan skor efikasi diri pada *pretest-posttest* kelompok perlakuan sebesar $-3,54 \pm 12,88$ ($p = 0,124$) dan kelompok kontrol sebesar $3,09 \pm 13,25$ ($p = 0,183$) sehingga keduanya tidak mengalami

Corresponding Author: **Annisa Rachmawati**

Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: annisarachmaw@gmail.com

peningkatan signifikan. Terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,042$ namun terjadi penurunan rerata pada kelompok perlakuan. Hasil uji hubungan menunjukkan idola berkorelasi dengan peningkatan skor efikasi diri seksual remaja putra.

Kesimpulan: Pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender tidak berpengaruh terhadap peningkatan skor efikasi diri seksual remaja putra.

Kata kunci: efikasi diri seksual, kesetaraan gender, pendidikan kesehatan reproduksi, remaja

PENDAHULUAN

Remaja adalah fase transisi seorang anak menjadi manusia dewasa. Berbagai perubahan terjadi pada remaja yang meliputi: perubahan fisik, *neurodevelopmental*, psikologis dan sosial.¹ Perubahan fisik pada remaja turut memengaruhi seksualitasnya sehingga remaja mulai merasakan gairah seksual dan tertarik pada lawan jenis. Perubahan yang terjadi juga mengubah cara berpikir, pengambilan keputusan, dan tindakan remaja.² Mulai munculnya hasrat seksual dan proses perubahan cara berpikir serta pengambilan keputusan membuat remaja rentan untuk melakukan perilaku yang berisiko terhadap kesehatan reproduksinya.^{3,4,5}

Perilaku seksual berisiko pada remaja misalnya hubungan seksual pranikah di usia sangat muda dan kurangnya penggunaan kondom. Sebanyak 5,26% remaja usia sekolah di Indonesia melaporkan pernah melakukan hubungan seksual dan sebanyak 2,37% diantaranya pertama kali melakukan hubungan seksual di usia <16 tahun. Selain itu, angka penggunaan kondom dan alat pencegah kehamilan lain oleh remaja saat pertama kali dan terakhir kali melakukan hubungan seksual masih di bawah 30%.^{5,6}

Banyak dampak yang ditimbulkan oleh perilaku seksual berisiko, seperti kehamilan, aborsi yang tidak aman, infeksi HIV, dan penyakit menular seksual lainnya.⁷ Meskipun demikian perilaku seksual berisiko oleh remaja tetap banyak dilakukan. Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi kondisi ini, salah satunya adalah jenis kelamin. Remaja putra memiliki peluang 5 kali lebih besar untuk melakukan hubungan seks pranikah dibandingkan remaja putri.⁸ Perilaku seksual berisiko juga lebih banyak dilakukan oleh remaja putra.^{5,7,8} Remaja putra yang pernah melakukan hubungan seks pranikah sebesar 4,5% sedangkan remaja putri hanya 0,7%.⁶ Hal ini karena remaja putra lebih dapat menerima dan menyetujui hubungan seksual pranikah dibandingkan remaja putri.

Mayoritas remaja putra dibesarkan dengan peran gender yang lebih dominan. Perbedaan peran gender yang dibentuk masyarakat memengaruhi norma yang berlaku untuk laki-laki dan perempuan. Laki-laki memiliki norma seksualitas yang lebih longgar dibandingkan dengan perempuan.⁹ Laki-laki juga mendapatkan kekuasaan lebih besar dalam hubungan antar gender.¹⁰

Perbedaan peran gender yang dibentuk masyarakat dapat menimbulkan ketidaksetaraan gender dan ikut memengaruhi perilaku seksual manusia.¹¹ Pemaksaan, kekerasan dan peningkatan risiko infeksi HIV berhubungan dengan ketidaksetaraan gender dalam hubungan antar gender.¹² Hasil survei pada remaja Indonesia menunjukkan bahwa sebanyak 12,6% remaja putri melakukan hubungan seksual pranikah karena dipaksa oleh pasangannya,

sedangkan 57,5% remaja putra mengaku melakukan hubungan seksual karena penasaran.⁶

Perilaku seksual remaja dipengaruhi oleh efikasi diri seksual dan sikap.¹³ Efikasi diri seksual adalah keyakinan seseorang tentang kemampuannya untuk menjaga kesehatan reproduksinya meliputi mengupayakan aktivitas seksual yang sehat dan menjaga konsistensi untuk terus mengupayakan aktivitas seksual yang sehat.^{14,15} Remaja dengan efikasi diri seksual tinggi memiliki kemampuan kontrol diri untuk tidak melakukan perilaku seks pranikah.¹⁶ Efikasi diri seksual dapat ditingkatkan dengan pemberian pendidikan kesehatan reproduksi.¹⁷ Pendidikan seks berbasis kesetaraan gender didesain sesuai dengan pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif (*comprehensive sexual education/ CSE*) sehingga diharapkan mampu meningkatkan efikasi diri, mencegah dan mengurangi kekerasan berbasis gender, meningkatkan norma kesetaraan gender, dan membangun hubungan yang lebih baik.¹⁸

Pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender memberikan pendidikan spesifik sesuai dengan jenis kelamin dan peran gender remaja sehingga remaja tidak hanya mengetahui mengenai perilaku seks berisiko tetapi dapat pula mengembangkan kemampuan remaja untuk mengendalikan hasrat seksual, berkomunikasi dalam hal seksual berisiko dan melakukan perlindungan diri dari perilaku seksual berisiko.¹⁹

Upaya mengurangi perilaku seksual berisiko remaja telah dilakukan pemerintah. Materi pendidikan kesehatan reproduksi telah dimasukkan dalam kurikulum sekolah namun belum memasukkan unsur gender. Program pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja melalui Puskesmas Pelaksana Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKPR) juga masih dirasa kurang karena pada praktiknya Puskesmas belum bisa menjangkau seluruh sekolah binaan secara rutin.

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi terhadap efikasi diri namun terdapat kontradiksi hasil pengaruhnya.^{19,20} Oleh karena itu peneliti melakukan penelitian ini untuk mengetahui perbandingan skor efikasi diri seksual remaja putra pada kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender dibandingkan kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan reproduksi biasa.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian analitik dengan rancangan *quasi experimental with pretest- posttest* dengan kelompok kontrol. Responden penelitian dibagi menjadi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kelompok perlakuan mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender yang diberikan peneliti sedangkan kelompok kontrol mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi biasa yang disampaikan oleh Puskesmas. Pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender terdiri dari diskusi fokus, materi ceramah dan modul kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender. Peneliti melakukan pengambilan data *pretest* sebelum dilakukan pendidikan kesehatan reproduksi. Data *posttest* pada kelompok perlakuan diambil 4 minggu setelah pendidikan kesehatan reproduksi berbasis

kesetaraan gender sedangkan pada kelompok kontrol diambil 3 minggu setelah pendidikan kesehatan reproduksi biasa. Selama jeda waktu menunggu *posttest*, responden kelompok perlakuan diberikan modul pendidikan kesehatan reproduksi sedangkan kelompok kontrol tidak.

Penelitian dilaksanakan di dua SMP Negeri bereputasi di Yogyakarta pada bulan Januari-April 2019. Sampel penelitian diambil dengan metode *consecutive sampling*. Peneliti melakukan studi pendahuluan untuk menentukan wilayah penelitian berdasarkan beberapa kriteria yaitu siswa SMP yang berada di wilayah dengan angka kejadian IMS pada remaja dan angka kehamilan remaja tertinggi, serta direkomendasikan oleh petugas Puskesmas di wilayahnya. Selanjutnya peneliti melakukan penyamaan karakteristik berupa jenis sekolah dan jumlah siswa dalam satu angkatan terhadap beberapa sekolah yang direkomendasikan.

Sampel penelitian merupakan siswa putra kelas VIII dari kedua sekolah. Tidak dilakukan *random*-isasi dalam penentuan sampel penelitian. Penentuan kelompok perlakuan dan kontrol dilakukan dengan undian sederhana. Peneliti merekrut 38 siswa untuk masing-masing kelompok, namun terdapat 5 siswa kelompok perlakuan dan 4 siswa kelompok kontrol yang *drop out* sehingga penelitian ini melibatkan 33 responden kelompok perlakuan dan 34 responden kelompok kontrol. Kelompok perlakuan yaitu siswa dari salah satu SMP (satu dari dua SMP) di Yogyakarta dan kelompok kontrol adalah siswa yang berasal dari SMP lainnya. Adapun kriteria inklusi yang ditetapkan peneliti yaitu siswa putra kelas VII yang aktif di tahun ajaran 2018/2019, bersedia mengikuti penelitian dan mendapatkan izin dari orang tua/wali. Kriteria eksklusi yang ditetapkan yaitu siswa yang tidak hadir saat pengambilan data dan saat pendidikan kesehatan reproduksi diberikan.

Penelitian ini menggunakan kuesioner efikasi diri seksual remaja yang dikembangkan oleh peneliti. Kuesioner efikasi diri seksual remaja terdiri dari 36 *item* pernyataan dengan skala *likert* yang memiliki 4 alternatif jawaban. Telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner dan didapatkan hasil nilai r tabel seluruh *item* $>0,1754$ serta nilai *Cronbach's alpha* $0,754$ (koefisien $>0,60$) sehingga kuesioner dikatakan valid dan reliabel.²¹ Selain kuesioner efikasi diri seksual responden juga diminta mengisi lembar identitas responden.

Peneliti melakukan analisis *univariat* dan *bivariat* pada penelitian ini. Analisis *univariat* dilakukan untuk menjelaskan karakteristik responden. Analisis *bivariat* dilakukan untuk mengetahui homogenitas data, beda peningkatan skor *pretest-posttest*, beda selisih skor efikasi antar kelompok dan hubungan variabel luar dengan selisih skor efikasi diri seksual. Uji homogenitas data numerik dilakukan dengan *unpaired t-test* dan *Mann Whitney* sedangkan data kategorik dianalisis dengan *chi-square* dan *Fisher*. Beda selisih skor *pretest-posttest* efikasi diri seksual dianalisis dengan *paired t-test* sedangkan beda selisih skor antar kelompok dianalisis dengan uji *Mann Whitney*. Korelasi antara variabel luar dengan beda selisih skor efikasi diri seksual remaja dianalisis dengan menggunakan uji *Eta*.

Penelitian ini telah mendapatkan izin dari komite etik Fakultas Kedokteran, Kesehatan

Masyarakat dan Keperawatan UGM dengan nomor surat etik KE/FK/0865/EC/2018. Responden dalam penelitian ini telah diminta kesediaannya untuk menjadi responden penelitian dengan *children's informed assent* dan *informed parental permission* sebelum terlibat dalam penelitian. Peneliti juga menjaga kerahasiaan informasi dan privasi responden.

HASIL

Kedua kelompok responden memiliki karakteristik yang homogen ($p > 0,05$). Responden penelitian ini memiliki usia rata-rata 14,06 tahun pada kelompok perlakuan dan 14,00 tahun pada kelompok kontrol. Sebagian besar responden kelompok perlakuan pernah berpacaran (54,5%) sedangkan sebagian besar kelompok kontrol belum pernah memiliki pengalaman berpacaran (55,9%). Sebagian besar responden di kedua kelompok memilih orangtua sebagai idola yaitu 36,4% responden kelompok perlakuan dan 44,1% responden kelompok kontrol. Sebagian besar responden kelompok perlakuan (75,8%) pernah mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi sebelumnya sedangkan responden di kelompok kontrol hanya separuh (50%) yang pernah mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi sebelumnya, namun tidak terdapat perbedaan yang signifikan dalam hal ini pada responden kedua kelompok (homogen). Adapun data karakteristik responden dapat dilihat di Tabel 1.

Tabel 1. Data karakteristik responden (n = 67)

Karakteristik	Kelompok						p value
	Perlakuan (n = 33)			Kontrol (n = 34)			
	f	%	Mean ± SD	f	%	Mean ± SD	
Usia			14,06 ± 0,556			14,00 ± 0,778	0,716 ^a
Pengalaman pacaran							0,542 ^b
Belum pernah	15	45,5		19	55,9		
Pernah	18	54,5		15	44,1		
Pengalaman menolak ajakan melakukan aktivitas seksual							0,709 ^c
Belum pernah	29	87,9		31	91,2		
Pernah	4	12,1		3	8,8		
Idola/role model							0,847 ^d
Orang tua	12	36,4		15	44,1		
Guru	2	6,1		1	2,9		
Artis	6	18,2		5	14,7		
Teman	2	6,1		0	0,0		
Lainnya	11	33,3		13	13,0		
Pengalaman mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi							0,054 ^b
Belum pernah	8	24,2		17	50,0		
Pernah	25	75,8		17	50,0		

Keterangan: ^a Unpaired t-test; ^b Chi-square; ^c Fisher test; ^d Mann Whitney test

Skor *pretest* efikasi diri seksual kedua kelompok responden tidak terdapat perbedaan ($p > 0,05$). Oleh karena itu bisa disimpulkan skor efikasi diri seksual kedua kelompok sebelum mendapatkan pendidikan kesehatan homogen (Tabel 2). Tabel 2 juga menyajikan perbedaan skor *pretest-posttest* efikasi diri seksual remaja putra pada kedua kelompok. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara skor *pretest* dan *posttest* pada kelompok perlakuan maupun

kelompok kontrol ($p > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa kedua jenis pendidikan kesehatan reproduksi tidak berpengaruh terhadap peningkatan skor efikasi diri seksual remaja putra. Namun terjadi penurunan rerata skor efikasi diri seksual pada kelompok perlakuan dibuktikan dengan nilai $\Delta mean$ kelompok perlakuan yang negatif (Tabel 3).

Tabel 2. Perbandingan skor pretest efikasi diri seksual remaja putra kelompok perlakuan (n = 33) dan kontrol (n = 34)

Kelompok	Mean \pm SD	p value ^a
Perlakuan	110,48 \pm 13,93	0,311
Kontrol	113,44 \pm 9,41	

Keterangan: ^a*independent t test*

Tabel 3. Perbedaan skor pretest-posttest efikasi diri seksual remaja putra kelompok perlakuan (n = 33) dan kelompok kontrol (n = 34)

Kelompok	Mean \pm SD		p value ^a	Δ Mean \pm SD
	Pretest	Posttest		
Perlakuan	110,48 \pm 13,93	106,94 \pm 11,14	0,124	-3,54 \pm 12,88
Kontrol	113,44 \pm 9,41	116,53 \pm 13,51	0,183	3,09 \pm 13,25

Keterangan: ^a*paired t test*

Selisih skor efikasi diri antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol memiliki perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara skor efikasi diri seksual kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Namun, kelompok perlakuan memiliki nilai median, nilai maksimum dan minimum yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol. Perbedaan selisih skor efikasi diri seksual antar kelompok dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Perbedaan selisih skor efikasi diri seksual remaja putra antar kelompok (n = 67)

Kelompok	Δ skor efikasi seksual	p value
Perlakuan	-3,55	0,042^{a*}
Kontrol	3,09	

Keterangan: ^a*unpaired t test*; *signifikan $p < 0,05$

Variabel pengalaman pacaran, pengalaman menolak ajakan melakukan aktivitas seksual dan tidak memiliki korelasi dengan selisih skor efikasi diri seksual remaja putra (F hitung $<$ F tabel). Variabel luar yang berhubungan dengan selisih skor efikasi diri seksual remaja putra yaitu idola dan pengalaman mendapat pendidikan kesehatan reproduksi sebelumnya (F hitung $>$ F tabel).

Tabel 5. Hubungan antara variabel luar dengan selisih skor efikasi diri seksual remaja putra (n=67)

Variabel Luar	F hitung	F tabel	Kesimpulan
Pengalaman pacaran	0,08	3,99	Tidak ada korelasi
Pengalaman menolak ajakan melakukan aktivitas seks	3,90	3,99	Tidak ada korelasi
Idola	15,08	2,36	Ada korelasi
Pengalaman mendapat pendidikan kesehatan reproduksi	5,03	3,99	Ada korelasi

PEMBAHASAN

Karakteristik kedua kelompok responden pada penelitian ini homogen. Kedua kelompok responden memiliki usia yang masuk dalam kategori remaja pertengahan (usia 14-17 tahun)

sesuai dengan target penelitian ini.^{22,23} Responden pada kedua kelompok telah memiliki pengalaman berpacaran seperti dalam penelitian Hidayaningsih³ yang menyatakan bahwa remaja mulai berpacaran ketika berada di jenjang SMP atau SMA. Mayoritas responden belum memiliki pengalaman menolak ajakan melakukan aktivitas seksual. Hal ini dapat disebabkan oleh tidak adanya orang yang mengajak melakukan aktivitas seksual atau karena remaja tidak pernah diajarkan cara untuk menolak jika ada yang mengajaknya melakukan aktivitas seksual.⁵ Mayoritas responden menjadikan orangtua sebagai idola. Hal ini sesuai dengan penelitian dari Rashid *et al.*,²⁴ bahwa orangtua sebagai teladan dan menunjukkan tingkat moralitas anak-anaknya.

Skor *pretest* kedua kelompok tidak menunjukkan perbedaan signifikan sehingga efikasi diri seksual kedua kelompok homogen sebelum diberikan pendidikan kesehatan reproduksi. Hasil analisis data menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan antara skor *pretest* dan *posttest* pada kedua kelompok. Hal ini berarti kedua pendidikan kesehatan reproduksi tidak berpengaruh terhadap peningkatan skor efikasi diri seksual remaja putra. Hasil ini seperti dalam penelitian UNESCO¹⁸ yang menunjukkan tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender terhadap peningkatan skor efikasi diri seksual remaja putri. Namun hasil ini bertolak belakang dengan penelitian lain bahwa pendidikan kesehatan reproduksi berpengaruh terhadap efikasi diri.^{20,25,26}

Tidak adanya pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi terhadap efikasi diri remaja putra mungkin disebabkan karena budaya Jawa masih menganggap membahas seksualitas dengan remaja adalah hal tabu. Hal ini menyebabkan remaja tidak maksimal dalam menjawab kuesioner efikasi diri seksual.^{19,27} Selain itu, pendidikan kesehatan reproduksi yang hanya dilaksanakan dalam satu kali pertemuan belum mampu memengaruhi faktor seksual psikologikal remaja sehingga kemungkinan masih belum mampu untuk meningkatkan efikasi diri.¹⁷ Penelitian lain oleh Prahara²⁸ melakukan pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja dengan beberapa sesi pertemuan, melibatkan orangtua dan memberikan pelatihan keterampilan remaja terbukti mampu meningkatkan efikasi diri remaja.

Beda selisih skor efikasi diri seksual remaja putra pada dua kelompok menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan. Namun, terjadi penurunan rerata selisih skor efikasi diri seksual pada kelompok perlakuan. Perbedaan selisih skor efikasi diri seksual antar kelompok pada penelitian ini tidak disebabkan oleh pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender yang mampu meningkatkan efikasi diri seksual remaja putra, namun justru karena terjadi penurunan rerata skor pada kelompok perlakuan. Hal ini bertentangan dengan penelitian lain bahwa pendidikan dan pelatihan mampu meningkatkan efikasi diri seseorang.^{20,29,30} Hal ini kemungkinan besar disebabkan karena intensitas intervensi yang hanya diberikan satu kali saja, di mana paparan tersebut masih belum mampu untuk memberikan gambaran yang jelas terhadap para siswa tentang pengetahuan seksual psikologikal remaja sehingga tidak berdampak terhadap skor efikasi diri.¹⁷

Pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender dikembangkan sesuai dengan konsep pendidikan seksualitas yang komprehensif yang bertujuan untuk meningkatkan efikasi diri, mencegah dan mengurangi kekerasan berbasis gender, meningkatkan norma kesetaraan gender dan membangun hubungan yang lebih baik.¹⁸ Pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender juga didesain dengan bentuk diskusi kelompok sesuai dengan intervensi yang disarankan untuk meningkatkan efikasi diri remaja.^{20,31}

Perbedaan waktu pemberian pendidikan kesehatan reproduksi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol juga dapat memengaruhi hasil pendidikan kesehatan reproduksi.²⁵ Pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender hanya diberikan dalam waktu 20 menit diskusi kasus untuk membahas 5 skenario dan 20 menit untuk menyampaikan 23 *slide power point*. Pendidikan kesehatan reproduksi biasa disampaikan oleh Puskesmas dalam waktu 90 menit. Waktu yang tersedia untuk pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender sangat kurang sehingga materi belum sepenuhnya tersampaikan. Meskipun demikian, peneliti memberikan modul kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender kepada kelompok perlakuan untuk dibaca selama jeda waktu pengambilan data *posttest*.

Pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender terdiri dari 3 metode yaitu diskusi kasus, ceramah, dan modul kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender sehingga diharapkan dapat saling melengkapi. Modul diharapkan dapat menjadi sarana untuk *recall* materi setelah diskusi kasus dan ceramah. Penelitian Citrawati³² menyebutkan bahwa *recall* materi dengan modul dan kemampuan menyerap pengetahuan juga mampu memengaruhi peningkatan efikasi diri ibu menyusui. Namun penggunaan modul pada responden remaja putra ternyata kurang efektif karena setelah dibagikan terdapat beberapa responden yang meninggalkan modul yang telah diberikan.

Hal lain yang dapat memengaruhi penurunan skor efikasi diri seksual remaja putra adalah kondisi fisik dan psikologis saat dilakukan pengukuran. Teori efikasi diri Bandura menyebutkan bahwa efikasi diri juga dipengaruhi oleh kondisi fisik dan psikologis. Kondisi psikologis yang buruk cenderung membuat efikasi diri seseorang rendah. Penelitian ini tidak mengukur kondisi fisik dan psikologis responden saat pengambilan data karena peneliti kesulitan dalam melakukan pengukuran sehingga peneliti tidak dapat menjelaskan pengaruhnya terhadap hasil penelitian.

Variabel luar yang memiliki korelasi dengan selisih skor efikasi diri seksual adalah idola dan pengalaman mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi sebelumnya sedangkan variabel lain tidak memiliki korelasi. Idola berhubungan dengan selisih skor efikasi diri seksual remaja putra sesuai dengan teori efikasi diri Bandura. Remaja menjadikan idolanya sebagai acuan dalam bertindak dan berperilaku. Selain itu remaja memiliki kecenderungan untuk mengamati dan mencontoh idolanya.³³ Menurut Bandura dalam Alfaiz *et al.*,³⁴ keberhasilan remaja dalam mengamati model (idola) dapat meningkatkan efikasi dirinya. Kegagalan seseorang yang dijadikan model oleh remaja dan memiliki kemampuan yang hampir sama dengan remaja

dapat menurunkan efikasi diri remaja.³⁵ Sebagian besar responden penelitian ini menjadikan orangtua sebagai idolanya sehingga sosok orangtua berpengaruh terhadap efikasi diri seksual remaja putra. Komunikasi orangtua dengan remaja terkait kesehatan reproduksi juga berpengaruh terhadap efikasi diri seksual remaja.²⁷

Pengalaman menolak ajakan melakukan aktivitas seksual tidak berhubungan dengan selisih skor efikasi diri seksual bertentangan dengan teori Bandura³⁵ yang menyatakan bahwa pengalaman melakukan sesuatu dapat meningkatkan efikasi seseorang untuk melakukan hal tersebut. Jika remaja berhasil menolak ajakan melakukan aktivitas seksual, maka efikasi diri untuk menolak ajakan aktivitas seksual dapat meningkat.³⁵ Penelitian ini hanya melihat pengalaman dalam menolak ajakan melakukan aktivitas seksual tanpa mengetahui keberhasilannya sehingga hal ini mungkin menjadi salah satu faktor yang memengaruhi mengapa pengalaman menolak ajakan melakukan aktivitas seksual tidak berhubungan dengan selisih skor efikasi diri seksual remaja putra.

Pengalaman mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi sebelumnya berhubungan dengan selisih skor efikasi diri seksual remaja putra. Pengalaman mendapatkan pendidikan kesehatan sebelumnya dimaksudkan untuk mengetahui persuasi verbal yang diperoleh responden. Menurut Bandura dalam Rustika,³⁶ kepercayaan remaja terhadap pemberi informasi berpengaruh terhadap peningkatan efikasi diri. Sumber informasi kesehatan reproduksi yang diperoleh responden berasal dari sekolah membuat responden percaya terhadap informasi yang diberikan. Remaja putra lebih banyak berdiskusi masalah kesehatan reproduksi dengan teman (33,3%) dan guru (29,6%). Remaja mendapatkan informasi dari sekolah dan lebih banyak berdiskusi serta mendapatkan persuasi dari teman dan guru di sekolah sehingga memiliki pengaruh dengan efikasi diri seksualnya.⁶

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara selisih skor efikasi diri seksual remaja putra pada kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender dan kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan reproduksi biasa. Namun justru terjadi penurunan skor efikasi diri seksual pada kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara skor *pretest-posttest* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Terdapat hubungan signifikan antara idola dan pengalaman mendapat pendidikan kesehatan reproduksi sebelumnya dengan selisih skor efikasi diri seksual remaja putra.

Sebaiknya dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi berbasis kesetaraan gender yang melibatkan orangtua, diberikan dalam beberapa sesi yang memiliki jangka waktu lebih lama dan lebih intensif terhadap efikasi diri seksual remaja putra. Selain itu peneliti selanjutnya perlu memperhatikan waktu dan cara pengambilan

data serta pemilihan responden agar tidak banyak faktor luar yang mempengaruhi penelitian. Pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja putra sebaiknya disampaikan dengan cara dan media yang lebih menarik agar remaja putra dapat lebih tertarik dan antusias dalam menerima materi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM yang telah memberikan dana hibah untuk penelitian ini. Peneliti juga memberikan ucapan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu kelancaran penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Adolescence: a period needing special attention - recognizing-adolescence [Internet]. World Health Organization. 2004 [cited 2018 Feb 14]. Available from: <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>
2. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary [Internet]. World Health Organization. 2004 [cited 2018 Feb 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>
3. Hidayangsih PS. Perilaku Berisiko dan Permasalahan Kesehatan Reproduksi pada Remaja. *J Kesehat Reproduksi* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 15];5(2):89–101. Available from: <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/kespro/article/view/3886>
4. Institute of Medicine (IOM) and National Research Council (NRC) Committee on the Science of Adolescence. The Science of Adolescent Risk-Taking: Workshop Report. *Sci Adolesc Risk-Taking* [Internet]. 2011 Jan 25; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53418/>
5. Kusumawardani N, Rachmalina DS, dr Yuana Wiryanan Ms, Dra Athena Anwar Mk, Kartika Handayani Ms, Rofingatul Mubasyiroh Ms, *et al*. Perilaku Berisiko Kesehatan Pada Pelajar SMP Dan SMA Di Indonesia Disusun oleh [Internet]. Jakarta; 2015 [cited 2018 Feb 18]. Available from: http://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_2015_Indonesia_Report_Bahasa.pdf
6. Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, ICF International. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012 [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 24]. Available from: www.measuredhs.com.
7. Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2018 Feb 20];131 Suppl 1:S40–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26433504/>
8. Lestary H, Sugiharti. Perilaku Berisiko Remaja di Indonesia Menurut Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) Tahun 2007. *J Kesehat Reproduksi* [Internet]. 2011 [cited 2018 Feb 15];1(3):136–44. Available from: <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/download/1389/696>
9. Mahmudah M, Yaunin Y, Lestari Y. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Padang. *J Kesehat Andalas* [Internet]. 2016 Aug 11 [cited 2018 Feb 27];5(2). Available from: <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/538>
10. Lefkowitz ES, Shearer CL, Gillen MM, Espinosa-Hernandez G. How Gendered Attitudes Relate to Women's and Men's Sexual Behaviors and Beliefs. *Sex Cult* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2018 Feb 18];18(4):833. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244004/>
11. Puente D, Zabaleta E, Rodríguez-Blanco T, Cabanas M, Monteagudo M, Pueyo MJ, *et al*. Gender differences in sexual risk behaviour among adolescents in Catalonia, Spain. *Gac Sanit* [Internet]. 2011 Jan [cited 2018 Feb 27];25(1):13–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21315492/>
12. Jewkes R, Morrell R. Gender and sexuality: emerging perspectives from the heterosexual epidemic in South Africa and implications for HIV risk and prevention. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2010 [cited 2018 May 23];13(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20181124/>
13. Seftyandani N. Hubungan Efikasi Diri, Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Sikap Perilaku Seksual Remaja Putri di Wilayah Kerja Puskesmas Dawan II Kabupaten Klungkung [Skripsi] [Internet]. Badung: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana; 2015 [cited 2018 Aug 14]. Available from: <https://sinta.unud.ac.id/uploads/wisuda/1320015033-1-AWAL.pdf>
14. Bandura A. Guide for Construction Self-Efficacy Scale. In: Pajares F, Urdan T, editors. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. Greenwich: Information Age Publishing; 2005. p. 307–37.
15. Redmond M, Lewis R. Are there gender differences in perceived sexual self-efficacy among African-American adolescents? *J Health Dispar Res Pract* [Internet]. 2015 Jan 23 [cited 2018 Sep 24];7(5). Available from:

- <https://digitalscholarship.unlv.edu/jhdrp/vol7/iss5/1>
16. Syamsulhuda B, Musthofa, Puji Winarti. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seks Pranikah Mahasiswa di Pekalongan Tahun 2009-2010. *J Kesehat Reproduksi* [Internet]. 2010 [cited 2022 Mar 11];1(1). Available from: <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/kespro/article/view/1321>
 17. Kirby D, Coyle K, Alton F, Rolleri L, Robin L. *Reducing Adolescent Sexual Risk: A Theoretical Guide for Developing and Adapting Curriculum-Based Programs*. CA: ETR Associates; 2011. 160 p.
 18. Unesco., UN Women., UNICEF., UNFPA., Joint United Nations Programme on HIV/AIDS., WHO. *International technical guidance on sexuality education : an evidence-informed approach*. UNESCO; 2018.
 19. Parmawati I. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Kesetaraan Gender dalam Meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Efikasi Diri Remaja Putri di Wilayah Kerja Puskesmas Temon 1 Kulon Progo Yogyakarta* [Tesis]. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada; 2015.
 20. Alavi-Arjas F, Farnam F, Granmayeh M, Haghani H. The Effect of Sexual and Reproductive Health Education on Knowledge and Self-Efficacy of School Counselors. *J Adolesc Health*. 2018 Nov 1;63(5):615–20.
 21. Budiman, Riyanto. *Kuesioner Pengetahuan dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta: salemba medika; 2013.
 22. World Health Organization. *Participant manual : IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV* [Internet]. World Health Organization. 2010 [cited 2018 Mar 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44258>
 23. Hall C, Burstein G. *Adolescent Development*. In: Kliegman R, Stanton B, Geme J, Schor N, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
 24. Rashid AA, Mamat A. Barriers to Moral Development of Adolescents and Parental Responsibility: The Case of Malay Working Parents [Internet]. Vol. 1, *International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)*. 2014 [cited 2018 May 16]. Available from: www.arcjournals.org
 25. Rohrbach LA, Berglas NF, Jerman P, Angulo-Olaiz F, Chou CP, Constantine NA. A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes From a Cluster-Randomized Trial. *J Adolesc Health* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2018 May 17];57(4):399–406. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26403840/>
 26. Kinsler J, Sneed CD, Morisky DE, Ang A. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Educ Res*. 2004 Dec;19(6):730–8.
 27. Kogan SM, Yu T, Brody GH, Chen YF, Diclemente RJ, Wingood GM, et al. Integrating condom skills into family-centered prevention: efficacy of the Strong African American Families-Teen program. *J Adolesc Health*. 2012 Aug;51(2):164–70.
 28. Prahara SA, Budiyan K. Pelatihan Efikasi Diri untuk Meningkatkan Efikasi Diri Terhadap Kemampuan Berwirausaha Anak Down Syndrome pada Orangtua. *Insight J Ilm Psikol* [Internet]. 2018 Feb 26 [cited 2018 May 16];20(1):1–14. Available from: <http://ejournal.mercubuana-yogya.ac.id/index.php/psikologi/article/view/629>
 29. Witami NM, Rustika IM. Perbedaan Taraf Efikasi Diri Ditinjau dari Keikutsertaan dalam Latihan Yoga pada Remaja Akhir Mahasiswa Institut Hindhu Dharma Negeri Denpasar. *J Psikol Udayana* [Internet]. 2018 [cited 2018 May 16];Edisi Khusus. Available from: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/psikologi/article/view/40397>
 30. Wilandika A. Kajian Intervensi Pencegahan Perilaku Seksual Berisiko HIV dalam Peningkatan Self- Efficacy Pada Remaja. *J Sk Keperawatan* [Internet]. 2017 Jun 13 [cited 2018 May 23];3(1):1. Available from: <https://jurnal.unai.edu/index.php/jsk/article/view/574>
 31. Sutrisno VLP, Siswanto BT. Faktor-faktor yang mempengaruhi hasil belajar siswa pada pembelajaran praktik kelistrikan otomotif SMK di Kota Yogyakarta. *J Pendidik Vokasi*. 2016 Mar 16;6(1):111–20.
 32. Citrawati NK, Widyandana, D.Hapsari E. Pengaruh pendidikan kesehatan dengan media audiovisual manajemen laktasi terhadap tingkat pengetahuan dan self efficacy ibu menyusui. 2015;
 33. Sella YP. Analisa Perilaku Imitasi Dikalangan Remaja Setelah Menonton Tayangan Drama Seri Korea di Indosiar (Studi Kasus Perumahan Pondok Karya Lestari Sei Kapih Samarinda). *eJournal Ilmu Komun* [Internet]. 2013 [cited 2018 May 22];1(3):66–80. Available from: <https://www.dropbox.com/s/46qo590la7zv4ls/jpkomunikasidd130205.pdf?dl=0>
 34. Alfaiz A, Zulfikar Z, Yulia D. Efikasi Diri sebagai Faktor Prediksi Kesiapan Mahasiswa dalam Mengerjakan Tugas Kuliah. *Ilmu Pendidik J Kaji Teor dan Prakt Kependidikan* [Internet]. 2017 Dec 29 [cited 2018 May 19];2(2):119–24. Available from: <http://journal2.um.ac.id/index.php/jktpk/article/view/2546>
 35. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977 Mar;84(2):191–215.
 36. Rustika IM. Efikasi Diri: Tinjauan Teori Albert Bandura. *Bul Psikol*. 2012;20(1–2):18–25.

Gambaran Pengetahuan *Family caregiver* dalam Merawat Pasien Demensia

The Description of Family caregiver Knowledge in Care of Demensia Patients

Merry Olivia^{1*}, Heny Suseani Pangastuti², Christantie Effendy²

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Department Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Dementia is a chronic disease that will affect the function and the dependency of patient, thus requiring assistance from the *caregiver* to fulfill their daily needs. *Family caregivers* providing care to dementia patients are influenced by knowledge. Knowledge is one of the abilities needed in caring for dementia patients.

Objective: The aim of this study is to give the description about *caregiver's* knowledge that treating patients with dementia.

Method: This study is a descriptive quantitative study using cross sectional design. Selection of sample was done by using non probability purposive sampling technique. The sample consisted of 53 family caregivers that have been recorded in medical record of Dr. Sardjito Hospital Yogyakarta on May 2018 by using inclusion criteria i.e. 1) took care a patient with dementia, 2) aged more than 18 years old, and 3) willing to become the respondents of this study. Data were obtained by using dementia knowledge assessment scale (DKAS) questionnaire which has been translated to Indonesian language. Data were analyzed using univariate analysis.

Results: Majority respondents were women and aged more than 65 years old and has been taking care the patient more than 6 months. The majority type of dementia of the patients was vascular. Their average knowledge score were 23,25 from the maximum 50 total score. The highest average score was in domain 3, i.e. care consideration (8,17 ± 2,64), and the lowest one is in domain 2, i.e. communication and behavior (4,19 ± 1,82).

Conclusion: Family caregivers' knowledge about dementia that consist of several domain were still categorized as low.

Keywords: dementia; family caregiver; knowledge

ABSTRAK

Latar belakang: Demensia merupakan penyakit kronis yang memengaruhi fungsi kerja dan kemandirian dari pasien, sehingga dibutuhkan peran *caregiver* dalam perawatan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari. *Family caregiver* memberikan perawatan kepada pasien demensia dipengaruhi oleh pengetahuan. Pengetahuan merupakan salah satu kemampuan yang diperlukan dalam merawat pasien demensia.

Tujuan: Mengetahui gambaran pengetahuan *family caregiver* dalam merawat pasien demensia.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Pemilihan sampel dilakukan dengan teknik *sampling nonprobability purposive sampling*. Sampel terdiri dari 53 *family caregiver* pasien demensia yang tercatat klinik memori RSUP Dr. Sardjito pada bulan Mei 2018 dengan kriteria inklusi, yaitu 1) *family caregiver* pasien demensia, 2) usia lebih dari 18 tahun, dan 3) bersedia menjadi responden penelitian. Data diperoleh dengan menggunakan kuesioner data demografi dan *Dementia Knowledge Assesment Scale* (DKAS) yang telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. Analisis data menggunakan analisis *univariat*.

Hasil: Mayoritas *family caregiver* rata-rata berusia lebih dari 65 tahun, perempuan, dan telah merawat pasien lebih dari 6 bulan. Jenis demensia yang paling banyak diderita pasien adalah demensia vaskular. Pengetahuan *family caregiver* pasien demensia rata-rata adalah 23,25 dari skor total maksimal 50. Rata-rata skor pengetahuan *family caregiver* tentang demensia tertinggi adalah pada domain 3 *care consideration* (rata-rata 8,17 ± 2,64) dan terendah pada domain 2 *communication and behaviour* (rata-rata 4,19 ± 1,82).

Corresponding Author: **Merry Olivia**

Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: merryolvia@gmail.com

Kesimpulan: Pengetahuan *family caregiver* tentang demensia masih dalam kategori kurang.

Kata kunci: demensia, *family caregiver*, pengetahuan

PENDAHULUAN

Populasi orang dengan demensia di seluruh dunia diperkirakan terus meningkat dengan peningkatan paling banyak terjadi di negara dengan pendapatan rendah dan menengah.^{1,2} Pada tahun 2015 diperkirakan sebanyak 1,2 juta orang hidup dengan demensia di Indonesia dan di DIY angka prevalensi usia 60 tahun atau lebih dengan demensia mencapai 20,1% pada tahun 2016.^{2,3}

Lanjut usia rentan terhadap penyakit demensia karena adanya penurunan fungsi fisiologis sebagai dampak degeneratif.⁴ Akan tetapi, demensia tidak hanya dapat terjadi pada lansia, tetapi juga pada orang di bawah usia 65 tahun.⁵ Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Khoiriyah⁶ di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta menyatakan bahwa 54,72% dari 53 pasien demensia di klinik memori RSUP Dr. Sardjito memiliki rentang usia 40-45 tahun.

Demensia merupakan penyakit kronis yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri dan memengaruhi kemampuan dalam mengambil keputusan dan pertimbangan moral.^{7,8} Demensia tidak hanya berdampak pada penderitanya, tetapi juga pada keluarga, tetangga, dan terutama pada orang yang memegang peranan sebagai *caregiver* primer.⁹ Peranan sebagai *caregiver* primer di Indonesia seringkali dipegang oleh keluarga karena masyarakat di Indonesia memiliki nilai kekeluargaan yang cukup kuat.¹⁰

Anggota keluarga memegang peranan sebagai *caregiver* informal yang memberikan perawatan kepada pasien terutama apabila pasien tidak lagi mampu melakukan aktivitasnya.¹¹ *Caregiver* informal bekerja tanpa dibayar, menghabiskan waktu, menimbulkan stres mental, kelelahan fisik serta dapat berdampak pada pekerjaan dan kesehatannya.¹²

Salah satu faktor yang dapat berkontribusi pada tingkat distres yang dialami *caregiver* adalah kurangnya pengetahuan.¹³ Pengetahuan adalah salah satu hal yang dapat berkontribusi pada kemampuan *caregiver* dalam merawat pasien.¹⁴

Satu dari tujuh langkah aksi menanggulangi penyakit Alzheimer dan demensia lainnya di Indonesia adalah dengan penguatan keterampilan dan pengetahuan pada tenaga kesehatan dan non kesehatan.¹⁵ Sebelum melakukan intervensi dalam hal penguatan pengetahuan demensia, pengukuran pengetahuan dapat dijadikan sebagai dasar untuk melakukan evaluasi pemahaman.¹⁶ Selain itu, keberhasilan dalam menurunkan faktor risiko demensia salah satunya adalah dengan meningkatkan pengetahuan, yang dapat dievaluasi melalui penelitian berbasis populasi.¹

Keterlibatan *caregiver* dalam memberikan perawatan pada pasien dipengaruhi beberapa faktor, salah satunya adalah pengetahuan dalam merawat pasien. Pengetahuan *caregiver* dalam merawat pasien sangat penting sebab kelelahan hingga stres pada *caregiver* terjadi salah satunya diakibatkan oleh tingkat pengetahuan tentang demensia yang masih rendah.¹³

Penelitian terkait gambaran pengetahuan *family caregiver* di RSUP Dr Sardjito belum pernah dilakukan sebelumnya. Oleh karena itu penelitian ini penting untuk dilakukan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pengetahuan *family caregiver* dalam merawat pasien demensia.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental menggunakan rancangan *cross sectional* dengan jenis penelitian deskriptif dan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini dilaksanakan di Klinik Memori Poli Saraf (rawat jalan saraf) RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Waktu pengambilan data penelitian ini yaitu di bulan Mei 2018. Sampel pada penelitian ini sebanyak 53 orang *family caregiver* pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Family caregiver* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah individu yang masih memiliki hubungan kekeluargaan dengan pasien (pasangan/ anak/ saudara/ kerabat) yang terlibat langsung dalam membantu pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari tanpa dibayar dan telah merawat pasien minimal selama satu minggu. Sampel penelitian ini adalah keluarga dengan pasien demensia yang tercatat sebagai pasien di rawat jalan saraf RSUP Dr. Sardjito pada Mei 2018. Pemilihan sampel penelitian dilakukan dengan teknik *nonprobability purposive sampling*. Kriteria inklusi pada penelitian ini, yaitu: 1) *family caregiver* pasien demensia, 2) usia lebih dari 18 tahun, 3) bersedia menjadi responden penelitian.

Penelitian ini menggunakan dua instrumen yaitu instrumen data demografi dan instrumen *Dementia Knowledge Assesment Scale* (DKAS). Instrumen data demografi digunakan untuk mengetahui karakteristik responden penelitian, yaitu *family caregiver* dan pasien demensia. Instrumen *Dementia Knowledge Assesment Scale* (DKAS) adalah kuesioner yang dikembangkan oleh Annear *et al.*,¹⁶ berisi dari 25 *item* pertanyaan yang meliputi empat domain.

DKAS memiliki maksimal total skor 50 dan semakin tinggi skor mengindikasikan semakin baik pengetahuan tentang demensia. DKAS merupakan kuesioner yang dikembangkan di Australia dengan versi asli menggunakan Bahasa Inggris, sehingga dilakukan proses translasi kuesioner. Setelah dilakukan proses translasi kuesioner, dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada 30 orang *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Turi.

Berdasarkan hasil uji validitas, didapatkan bahwa 12 *item* dinyatakan tidak valid karena r hitung < r tabel. r tabel pada penelitian ini adalah 0,361. *Item* yang dinyatakan tidak valid tersebut adalah *item* pada domain 1 nomor 1, 2, 7, domain 4 pada nomor 10, 11, 12, 13, domain 2 nomor 16, 17, serta domain 3 pada *item* nomor 19, 20, 23. *Item* yang dinyatakan tidak valid berdasarkan hasil uji validitas tetap dimasukkan ke dalam kuesioner karena beberapa pertimbangan yaitu untuk mengetahui seberapa jauh tingkat pemahaman *family caregiver* terkait demensia karena *item-item* pertanyaan penting sebagai monitoring pengetahuan terkait demensia. Untuk mendapatkan gambaran yang lebih luas terkait gambaran pengetahuan *family caregiver* pasien demensia, maka semua *item* DKAS yang berjumlah 25 tetap dimasukkan ke

dalam kuesioner penelitian.

Berdasarkan uji reliabilitas yang dilakukan pada 30 orang responden di wilayah kerja puskesmas Turi menunjukkan bahwa nilai reliabilitas *Cronbach's alpha* adalah 0,614 yang berarti kuesioner ini reliabel karena nilai *Cronbach's alpha* > 0,6. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan variabel tunggal, sehingga analisis data yang dilakukan berupa analisis data *univariat*. Analisis data yang dilakukan menggunakan *mean*, standar deviasi dan persentase.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari komisi etik FK UGM dengan nomor KE/FK/0313/EC/2018. Sebelum subjek penelitian diberi kuesioner data demografi serta kuesioner *Dementia Knowledge Assesment Scale* (DKAS), responden diminta untuk membaca serta menandatangani *informed consent*.

HASIL

Gambaran karakteristik responden penelitian ditampilkan pada Tabel 1. Sementara gambaran skor pengetahuan *family caregiver* terkait demensia ditampilkan pada Tabel 2.

Tabel 1. Gambaran karakteristik pasien dan *family caregiver* pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito pada Mei 2018 (n = 53)

Karakteristik	Pasien				Family caregiver			
	f	%	Mean ± SD	Min - Maks	f	%	Mean ± SD	Min - Maks
Usia (tahun)								
18-25	1	1,9	64,29± 14,67	21-85	2	3,8	57,23± 15,37	24-82
26-35	0	0,0			3	5,7		
36-45	2	3,8			5	9,4		
46-55	6	11,3			13	24,5		
56-65	9	17,0			11	20,7		
>65	35	66,0			19	35,9		
Jenis kelamin								
Laki-laki	34	64,2			13	24,5		
Perempuan	19	35,8			40	75,5		
Pendidikan								
Tidak sekolah	1	1,9			0	0,0		
SD	5	9,4			0	0,0		
SMP	2	3,8			1	1,9		
SMA	12	22,6			17	32,1		
Perguruan tinggi	33	62,3			35	66,0		
Pekerjaan								
Tidak bekerja	15	28,3			11	20,8		
Pensiunan	28	52,8			18	34,0		
PNS	1	1,9			4	7,5		
Swasta	1	1,9			6	11,3		
Wiraswasta	5	9,4			7	13,2		
Petani	1	1,9			0	0,0		
Lain-lain	2	3,8			7	13,2		
Lama sakit*/ lama merawat pasien**			89,86± 42,29	0,25-240			87,68 ± 50,73	0,25-240
< 6 bulan	9	17,0			9	17,0		
≥ 6 bulan	44	83,0			44	83,0		

Tabel 1. Gambaran karakteristik pasien dan family caregiver pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito pada Mei 2018 (n = 53) (lanjutan)

Karakteristik	Pasien				Family caregiver			
	f	%	Mean ± SD	Min - Maks	f	%	Mean ± SD	Min - Maks
Diagnosa Demensia								
Alzheimer (AD)	6	11,3						
VaD	40	75,5						
Parkinson	2	3,8						
Frontotempora	1	1,9						
Lain-lain	4	7,5						
Pendapatan*								
< Rp 1.338.000,00					20	37,7		
≥ Rp 1.338.000,00					33	62,3		
Lama waktu merawat per hari (jam)								
0-6 jam					19	35,8	15,06± 9,71	
7-12 jam					3	5,7		
13-18 jam					5	9,4		
19-24 jam					26	49,1		

Keterangan: * Pendapatan berdasarkan UMP DIY tahun 2017

Tabel 2. Gambaran distribusi skor DKAS family caregiver pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito pada Mei 2018 (n=53)

Domain	Mean ± SD	Nilai (Min - Maks)
Domain 1: <i>Causes and characteristics</i>	4,53 ± 2,55	0-14
Domain 2: <i>Communication and behavior</i>	4,19 ± 1,82	0-12
Domain 3: <i>Care consideration</i>	8,17 ± 2,64	0-12
Domain 4: <i>Risks and health promotion</i>	6,36 ± 2,25	0-12
Total DKAS	23,25 ± 6,24	8-32

Berdasarkan hasil penelitian, rata-rata skor total responden adalah 23,25±6,24 (tabel 2). Rata-rata skor nilai tersebut menunjukkan bahwa responden mampu menjawab benar pernyataan pada DKAS sebanyak 12 pernyataan dari total *item* 25 pernyataan.

Dalam setiap domain DKAS terdapat 6-7 *item* pertanyaan. *Item-item* pertanyaan tersebut dijumlahkan nilainya dengan nilai tiap *item* minimal 0 dan skor maksimal 2. Semakin tinggi rata-rata skor yang diperoleh mengindikasikan semakin baik pemahaman *family caregiver* untuk *item* tersebut. Pada domain 1, *item* pertanyaan dengan skor rata-rata terendah adalah *item* pada pertanyaan nomor 6. *Item* nomor 6 berisi pertanyaan tentang demensia pembuluh darah adalah bentuk demensia yang paling umum. Pada domain 2, *item* pada nomor 16 adalah *item* dengan skor rata-rata terendah. *Item* nomor 16 berisi pernyataan menyatakan bahwa penderita demensia penting untuk dikoreksi saat dia bingung. Sementara pada domain 3, rata-rata setiap *item* memiliki nilai yang tinggi. *Item* pada nomor 13 merupakan *item* dengan skor rata-rata terendah untuk domain 4.

PEMBAHASAN

Faktor risiko terjadinya demensia adalah usia.¹⁷ Berdasarkan data demografi pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito, jumlah pasien meningkat seiring peningkatan usia dengan jumlah pasien terbanyak >65 tahun. Tingkat pendidikan pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito sebagian besar pernah menempuh pendidikan di perguruan tinggi. Hal ini berbeda dari penelitian yang terdahulu yang menyatakan bahwa rendahnya level pendidikan berhubungan dengan peningkatan kejadian demensia.¹⁸ Tingkat pengetahuan tentang adanya penanganan untuk beberapa gejala demensia dan anggapan bahwa demensia adalah hal yang normal dalam penuaan menghambat diagnosa dan perawatan demensia.¹⁰

Pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito sebagian besar tercatat sebagai pasien dengan diagnosa medis demensia vaskular (VaD). Demensia alzheimer di komunitas adalah bentuk demensia yang paling umum diikuti oleh demensia vaskular, tetapi di rumah sakit dapat sebaliknya.¹⁹

Terdapat beberapa alasan seseorang menjadi *family caregiver*, yaitu perasaan cinta atau timbal balik, pemenuhan spiritual, rasa tanggungjawab, rasa bersalah, tekanan sosial, atau dalam kasus langka keserakahan.²⁰ Selain itu, *family caregiver* biasanya dipilih berdasarkan hubungan dengan pasien dan keluarga, karakter, masalah keluarga, dan aspek sosiokultural.²¹ Hubungan pasien dan *family caregiver* paling banyak adalah pasangan (suami/istri) pasien. Indonesia juga memiliki tradisi nilai kekeluargaan yang kuat dan keluarga dari pasien demensia merupakan pemberi perawatan utama pada pasien.¹⁰ *Family caregiver* di Indonesia seringkali menghubungkan memberi perawatan dengan nilai spiritual. Sebagian besar *family caregiver* yang merupakan pasangan pasien percaya bahwa pasien adalah belahan jiwanya, sedangkan *family caregiver* yang merupakan anak dari pasien percaya bahwa memberikan perawatan yang baik kepada orangtua akan membuat mereka masuk ke dalam surga.²²

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa rata-rata responden memiliki skor di bawah setengah dari skor total maksimal. Hal ini mengindikasikan pengetahuan *family caregiver*. Rata-rata skor tertinggi responden pada penelitian ini adalah pada domain ke-4 *risks and health promotion* (risiko dan promosi kesehatan), sedangkan rata-rata terendah pada penelitian ini pada domain ke-2, yaitu *communication and behavior* (komunikasi dan perilaku). Untuk lebih detailnya dilihat pada uraian berikut.

Domain *causes and characteristics* (penyebab dan karakteristik) DKAS merupakan domain untuk mengukur pengetahuan demensia tentang aspek biologis dan patologis.²³ Berdasarkan Alzheimer's Research UK⁵ masyarakat memiliki pengetahuan yang terbatas tentang patologi yang menyebabkan pemburukan kondisi demensia dan bagaimana hal itu terjadi. Pada domain 1, sebagian besar *family caregiver* menjawab salah pada *item* nomor 1,3,6,7.

Demensia biasanya dideskripsikan dengan gejalanya, seperti kehilangan memori dan di masyarakat kehilangan memori dianggap sebagai proses normal dari penuaan.²⁴ Pandangan

bahwa demensia adalah normal sebagai bagian dari proses penuaan juga merupakan anggapan yang ada di Indonesia.¹⁰ Sebagian besar *family caregiver* menganggap bahwa orang dapat pulih dari bentuk demensia yang paling umum. Demensia terdiri dari beberapa jenis, dan alzheimer adalah yang paling umum serta demensia jarang sekali dapat kembali normal.²⁵ Meskipun, medikasi dan beberapa terapi non-medis dapat membantu mengurangi beberapa gejala, saat ini demensia masih belum dapat disembuhkan.²⁶ Masyarakat mengharapkan adanya stabilisasi dan peningkatan, serta untuk orang dengan *mild* demensia, ekspektasi umum masyarakat adalah untuk sembuh.²⁷

Responden pada penelitian ini juga memiliki rata-rata skor yang rendah pada *item* nomor 6 tentang demensia pembuluh darah adalah bentuk demensia yang paling umum. Hal ini dapat disebabkan karena sebagian besar pasien demensia pada penelitian ini merupakan pasien yang terdiagnosa menderita Demensia Vaskular (VaD). Masyarakat memiliki anggapan terkait demensia berdasarkan pemahaman yang mereka berikan berdasarkan observasi personal, pengetahuan, kepercayaan, ekspektasi, pengalaman, dan interaksi dengan orang lain.²⁸

Sebagian besar *family caregiver* pasien demensia juga memiliki anggapan bahwa sebagian besar bentuk demensia tidak memperpendek usia seseorang. Demensia merupakan kondisi yang berdampak pada kehidupan seseorang dan penyebab kematian utama pada perempuan, serta penyebab kematian ketiga pada laki-laki.⁵ Rendahnya pemahaman penyakit tentang demensia salah satunya terkait perjalanan penyakitnya menyebabkan timbulnya asumsi yang salah terkait demensia.²⁹ Selain itu, keinginan untuk memahami tentang bagaimana penyakit demensia akan berdampak pada pasien di masa yang akan datang juga rendah, karena *caregiver* khawatir akan mengetahui hal yang buruk di masa yang akan datang terkait penyakit pasien.⁵

Rata-rata skor terendah yang didapat oleh *family caregiver* adalah pada domain 2. Domain ini meliputi informasi bagaimana orang dengan demensia berhubungan dengan orang lain atau dunia luar.²³ Pada orang dengan demensia kemampuan seseorang untuk berkomunikasi terkait kebutuhan dan keinginannya terganggu.³⁰ Kesulitan berkomunikasi pasien demensia dapat menyebabkan keluarga, teman, dan pemberi perawatan merasa frustrasi dan stres.³¹ Selain itu, kesulitan dalam mengekspresikan diri dapat menimbulkan frustrasi dan perilaku yang menantang.³² Seseorang dengan demensia seringkali berperilaku seiring perkembangan penyakitnya dan perilaku orang dengan demensia merupakan bentuk komunikasi.^{31,33} Perubahan perilaku dan kepribadian dapat menyebabkan frustrasi dan stres pada *caregiver*.⁵ Seringkali perilaku orang dengan demensia menjadi agresif karena mereka tidak menyukai bagaimana mereka diperlakukan atau tidak menyukai pemberi perawatannya.³²

Item dengan skor terendah pada domain 2 adalah *item* yang menyatakan bahwa penderita demensia penting untuk dikoreksi saat dia bingung. Seseorang yang menderita alzheimer dapat tidak mengenali orang yang familier, tempat atau barang, sehingga hal ini dapat menjadi situasi yang sulit bagi *caregiver*.³⁴ Banyaknya *family caregiver* yang menjawab

dengan jawaban yang tidak tepat dapat dikarenakan mereka tidak mengetahui hal yang harus dilakukan terhadap penderita demensia.²⁴

Sebagian besar responden juga memiliki anggapan bahwa orang yang menderita demensia parah tidak akan menanggapi perubahan lingkungan fisik mereka. Padahal seseorang dengan demensia parah pun tetap memiliki kesadaran tentang dirinya.³² Seseorang dengan demensia sangat sensitif terhadap perubahan, mereka mengalami kesulitan menyesuaikan diri dengan lingkungan baru karena sulit mempelajari hal baru.³² Rendahnya pemahaman masyarakat tentang penyebab, perjalanan penyakit dan implikasi menyebabkan adanya asumsi yang tidak akurat terkait hidup dan hal yang dialami oleh orang dengan demensia, sehingga menyebabkan dukungan yang diberikan tidak sesuai.²⁹

Item lainnya yang juga banyak dijawab salah oleh *family caregiver* adalah obat merupakan cara yang paling efektif untuk mengobati gejala perilaku demensia. Tidak ada obat yang dapat menyembuhkan demensia saat ini, penanganan meliputi farmakologis dan *non*-farmakologis sesuai kondisi pasien, serta perubahan gaya hidup, sehingga dapat hidup sehat dengan demensia.³⁵ Kurangnya pengetahuan terkait penanganan terutama pengobatan terkini dan persepsi obat dapat memperlambat perkembangan demensia, padahal obat hanya memiliki efek terbatas pada gejala.⁵

Domain care consideration (pertimbangan perawatan) merupakan domain dengan skor rata-rata tertinggi yang diperoleh oleh *family caregiver*. Sebagian besar *family caregiver* menyatakan gangguan kognitif yang tiba-tiba merupakan ciri-ciri demensia. Demensia merupakan penyakit kronis dengan salah satu gejala umumnya adalah kehilangan memori secara bertahap.³⁵ Banyaknya *family caregiver* yang menjawab dengan jawaban yang tidak tepat dikarenakan masyarakat memiliki pengetahuan yang sedikit tentang demensia dan gejalanya.²⁴ Suriatini *et al.*,³ menyatakan bahwa pengetahuan tentang gejala alzheimer di Yogyakarta masih rendah.

Berdasarkan penelitian, diketahui bahwa rata-rata responden memiliki skor di bawah setengah dari skor total maksimal. Hal ini mengindikasikan pengetahuan *family caregiver*. Prince *et al.*¹⁰ menyatakan bahwa masyarakat Indonesia memiliki pengetahuan yang kurang tentang penanganan beberapa gejala demensia. Penelitian yang dilakukan Suriastini *et al.*,³ terkait gejala alzheimer menunjukkan bahwa pengetahuan tentang alzheimer sangat rendah. Selain itu, hal ini juga dipengaruhi karena sebagian besar responden merupakan responden di atas usia 65 tahun yang termasuk dalam kategori manula.⁴ Menurut Prince *et al.*,¹⁰ orang yang lebih tua memiliki rata-rata literasi yang lebih rendah dibanding generasi muda.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, yaitu kuesioner yang digunakan terdapat beberapa *item* yang tidak valid berdasarkan nilai *r* tabel yang tetap dimasukkan ke dalam kuesioner penelitian dengan beberapa pertimbangan, sehingga dikhawatirkan akan memengaruhi hasil.

KESIMPULAN

Pengetahuan *family caregiver* pasien demensia di RSUP Dr Sardjito tentang demensia yang meliputi karakteristik dan penyebab, komunikasi dan perilaku, pertimbangan perawatan, serta risiko dan promosi masuk dalam kategori kurang. Rata-rata skor terendah *family caregiver* adalah pada domain komunikasi dan perilaku.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini dapat disusun atas bantuan dari berbagai pihak, dr. Astuti selaku penanggungjawab klinik memori RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, dr. Emi Tamaroh dan dr. Unun Eka selaku residen di klinik memori RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta.

DAFTAR PUSTAKA

1. Prince M, Guerchet M, Prina M. Policy brief for heads of government: The global impact of dementia 2013-2050. London: Alzheimer's Disease International; 2013.
2. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y, Prina M. World alzheimer report 2015: The global impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost, and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
3. Suriastini NW, Turana Y, Witoelar F, Supraptillah B., Wicaksono TY, Dwi E. Angka prevalensi demensia: perlu perhatian kita semua'. SurveyMETER. 2016; 1-4.
4. Kementerian kesehatan RI. Gambaran kesehatan lanjut usia di Indonesia. Buletin jendela data dan informasi kesehatan, 1. 2016; 1-18.
5. Alzheimer's Research UK. Dementia in the family: the impact on carers. Cambridge: Alzheimer's Research UK; 2015 Available from: www.alzheimersresearchuk.org.
6. Khoiriyah S. Masalah dan kebutuhan pada pasien demensia di klinik memori RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2017.
7. Rae-Grant A. Weiner and Levitt's neurology (8th ed.). Philadelphia: Lippincot williams & wilkins; 2008.
8. Savva GM, Brayne C. Epidemiology and impact of dementia. Textbook of alzheimer disease and other dementias. USA: American Psychiatric Publishing; 2009.
9. Alzheimer's Disease International & World Health Organisation. Dementia a public health priority. Geneva: World Health Organization; 2012.
10. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M., Karagiannidou M. World alzheimer report 2016: Improving heathcare for people living with dementia coverage, quality, and costs now and in the future. London: Alzheimer's Disease International; 2016.
11. World Health Organization. Neurological disorders public health challenges. Geneva: WHO; 2006
12. Bauer JM, Sousa-Poza A. Impact of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. Population Ageing. 2015; 8: 113–145.
13. Wang J, Xiao DL, Li X, Bellis AD, Ullah S. Caregiver distress and associated factors in dementia care in the community setting in China. Geriatric Nursing. 2015; 36(): 348-354. doi: 10.1016/j.archger.2016.04.013.
14. Grant JA. Increasing Caregivers' Knowledge to Meet the Needs of Individuals with Dementia [Tesis]. 2014.
15. Kementerian Kesehatan RI. Strategi nasional penanggulangan alzheimer dan demensia lainnya: menuju lanjut usia sehat dan produktif. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
16. Annear MJ, Toye C, Eccleston CE, McInerney FJ, Elliot KEJ, Tranter BK, Hartley T, Robinson AL. Dementia Knowledge Assessment Scale: Development and Preliminary Psychometric Properties. Journal of the American Geriatrics Society. 2015; 63(11): 2375-81. doi: 10.1111/jgs.13707.
17. Holmes C, Amin J. Dementia. Medicine. 2016; 48(11). doi: [10.1016/j.mpmed.2016.08.006](https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.08.006)
18. Prince M, Albenese E, Guerchet M, Prina M. World alzheimer report 2014: Dementia and risk reduction an: Analysis of protective and modifiable factors. London: Alzheimer's Disease International; 2014.
19. Harwood RH. Feeding decicions in advanced dementia. J R Call Physicians Edinburg. 2014; 44: 232-7. doi: 4997/JRCPE2014.310.
20. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. Dialogues clin neurosci. 2009; 11(2): 217–228. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181916/
21. Santos RL, de Sousa, MFB, Ganem AC, Silva TV, Dourado MCN. Cultural aspects in dementia: differences in the awareness of Brazilian caregivers. Trends Psychiatry Psychother 2013; 35(3): 191-7.
22. Kristanti MS, Engels Y, Effendy C, Astuti, Utarini A, Vernooij-Dassen M. Comparison of the lived experiences of family caregivers of patients with dementia and of patients with cancer in Indonesia. International Psychogeriatrics. 2017; 30(6): 903-914.
23. Annear MJ, Toye C, Elliot KEJ, McInerney F, Eccleston C, Robinson A. Dementia knowledge assessment

- scale (DKAS): confirmatory factor analysis and comparative subscale scores among an international cohort. *BMC Geriatrics*. 2017; 17(168). doi: 10.1186/s12877-017-0552-y.
24. Alzheimer's Australia Vic. Perceptions of dementia in ethnic communities. Australia: Alzheimer's Australia Vic; 2008.
 25. Hofer DR. A caregiver's guide to advanced dementia: Compassionate Evidenced-based Care for the End-stage Demented Patient. Sharp Hospice Care; 2009. Available from: <http://avoidablecare.org>
 26. Age UK. Caring for someone with dementia: a practical guide to help you. UK: Age UK; 2016. Available from: www.ageuk.org.uk
 27. Rockwood K. Treatment expectations in alzheimer's disease. *The alzheimer review of alzheimer's disease and other dementias*. 2007; 4-8.
 28. Gerritsen DL, Oyebode J, Dove G. Ethical implications of the perception and portrayal of dementia. *Dementia (London)*. 2016; 17(5): 596-608. doi: 10.1177/1471301216654036.
 29. Nuffield council on bioethics. *Dementia: ethical issues*. London: Nuffield council on bioethics; 2009. Available from: <http://nuffieldbioethics.org>
 30. The British Psychological Society. *Psychological dimensions of dementia: Putting the person at the centre of care*. UK: The British Psychological Society; 2016. Available from: <https://www.bps.org.uk>
 31. Alzheimer's Society. *The dementia guide: Living well after diagnosis*. London: Alzheimer's Society; 2017. Available from: www.alzheimers.org.uk
 32. Krishnamoorthy A, Anderson D. Managing challenging behaviour in older adults with dementia. *Progress in Neurology and Psychiatry*. 2011: 20-27.
 33. Zembrzuski C. *Communication Difficulties: Assessment and Interventions in Hospitalized Older Adults with Dementia*. Alzheimer' Association Issue Number D7; 2013.. consultgeri.org.
 34. Alzheimer's Association. *Behaviors: how to respond when dementia causes unpredictable behaviors*. *Alzheimer's & Dementia* 11(3); 2017.
 35. Alzheimer's Society. *The dementia guide: Living well after diagnosis*. London: Alzheimer's Society; 2017. Available from: www.alzheimers.org.uk.

Hubungan Skor Depresi dengan Kualitas Hidup Pada Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisis

The Correlation between Depression Score with Quality of Life among Chronic Kidney Disease Patient Undergoing Hemodialysis

Kintan Ayu Kartika Putri^{1*}, Melyza Perdana², Sri Warsini³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

³Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Repeated hemodialysis therapy in end-stage chronic kidney disease often leads to various physical and also psychological challenges. The significant mental challenges affecting the quality of life among patients with chronic kidney disorder is depression.

Objective: Determine the relationship between the level of depression and the quality of life among patients with chronic kidney disorder undergoing hemodialysis at PKU Muhammadiyah Hospital, Yogyakarta.

Method: This study was a correlational analytical research using cross-sectional approach that conducted at PKU Muhammadiyah Hospital of Yogyakarta from March to May, 2018. As many as 114 respondents were recruited using consecutive sampling technique. The instruments were the Beck Depression Inventory II (BDI II) questionnaire to measure depression scores and the Kidney Disease Quality of Life 36 (KDQOL 36) questionnaire to assess patient's quality of life. Further data analysis was conducted using Spearman.

Result: 28,94% of the respondents were diagnosed with depression with an average score of 12,06. The highest to lowest scores of quality of life were obtained in the symptom and problem domain, disease burden domain, followed by the physical quality of life domain in order. The significance of the Spearman analysis for the overall quality of life domains was $p=0,000$, detailed for physical domain ($r = -0,441$), mental domain ($r = -0,380$), disease burden domain ($r = -0,457$), symptom and problem domain ($r = -0,477$), and disease effect domain ($r = -0,449$).

Conclusion: Depression scores have a meaningful correlation with the overall quality of life domains of patients with chronic kidney failure that experiencing hemodialysis at PKU Muhammadiyah Hospital of Yogyakarta.

Keywords: chronic kidney disease, depression score hemodialysis, quality of life.

ABSTRAK

Latar belakang: Terapi hemodialisis yang berulang pada penyakit ginjal kronis stadium akhir kerap kali menyebabkan berbagai permasalahan fisik maupun mental. Salah satu permasalahan mental yang sangat berdampak pada kualitas hidup pasien yang mengalami penyakit ginjal kronis adalah depresi.

Tujuan: mengetahui hubungan antara tingkat depresi dan kualitas hidup pasien yang mengalami penyakit ginjal kronis dan sedang menjalani hemodialisis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Yang telah dilaksanakan di RS PKU Muhammadiyah, Yogyakarta mulai Maret hingga Mei, 2018. Sebanyak 114 orang pasien dilibatkan dalam penelitian berdasarkan teknik *consecutive sampling*. Instrumen yang dipakai berupa *Beck Depression Inventory II (BDI II) questioner* untuk mengukur depresi, dan kuesioner *Kidney Disease Quality of Life 36 (KDQOL 36)* untuk menilai kualitas hidup pasien. Analisis data selanjutnya dilakukan dengan menggunakan *Spearman Rank*.

Corresponding Author: **Kintan Ayu Kartika Putri**

Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: kintan.ayu.kp@mail.ugm.ac.id

Hasil: 28,94% responden terdiagnosis mengalami depresi dengan skor rata-rata sebesar 12,06. Dari kelima domain kualitas hidup, perolehan nilai dari domain tertinggi ke domain terendah adalah domain gejala dan masalah, domain beban penyakit, disusul dengan domain fisik kualitas hidup secara berurutan. Signifikansi analisis *Spearman* terhadap keseluruhan domain kualitas hidup adalah sebesar $p=0,000$, terperinci untuk domain kualitas hidup fisik ($r = -0,441$), domain psikologis ($r = -0,380$), domain beban dari penyakit ($r = -0,457$), domain masalah dan gejala ($r = -0,477$), serta domain dampak penyakit ($r = -0,449$).

Kesimpulan: Derajat depresi memiliki korelasi yang bermakna dengan keseluruhan domain kualitas kehidupan pasien dengan penyakit gagal ginjal kronis yang sedang melakukan hemodialisis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta.

Kata kunci: hemodialisis, kualitas hidup, penyakit ginjal kronis, skor depresi

PENDAHULUAN

Satu dari sepuluh orang di dunia, memiliki penyakit ginjal kronis.¹ Pada tahun 2010 kejadian penyakit ginjal kronis mengalami peningkatan dari posisi 27 menjadi posisi 10.² Prevalensi penyakit ginjal kronis di Indonesia sebesar 0,2% dan 11.689 diantaranya merupakan pasien aktif.^{3,4} Daerah Istimewa Yogyakarta menduduki peringkat ketiga di Indonesia untuk prevalensi penyakit ginjal kronis.³

Terapi penggantian ginjal merupakan cara yang dapat dilakukan untuk menggantikan fungsi ginjal pasien yang mengalami kerusakan kronis. Perhimpunan Nefrologi Indonesia⁴ merekomendasikan 3 terapi penggantian ginjal, yaitu hemodialisis, *continuous ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD), serta transplantasi ginjal. Delapan puluh dua persen pasien ginjal kronis memilih melakukan hemodialisis sebagai terapi pengganti ginjal. Durasi hemodialisis yang lama, yaitu dilaksanakan rutin 3 kali seminggu, tiap kali berlangsung selama 3 sampai 5 jam, dapat menimbulkan dampak fisik dan psikologis bagi pasien.^{5,6}

Masalah psikologis pada pasien yang menjalani hemodialisis yang paling sering *ditemui* adalah depresi.⁷ Depresi pada pasien hemodialisis 2 hingga 3 kali lebih berpeluang tinggi jika dibandingkan dengan penyakit kronis yang lainnya.⁸ Depresi muncul sebagai reaksi terhadap diagnosis dan terapi yang dilakukan seumur hidup dan tidak dapat disembuhkan.

Penilaian kualitas hidup dibutuhkan secara rutin untuk memeriksa apakah penerapan pengobatan menunjukkan perbaikan pada kualitas hidup. Penilaian kualitas hidup pada pasien ginjal kronis yang menjalani hemodialisis dapat diketahui dari komponen fisik, mental, beban yang diakibatkan penyakit ginjal kronis, gejala, dan masalah yang dialami pasien, serta efek penyakit ginjal pada kehidupan sehari-hari.⁹

Depresi memiliki dampak negatif pada kualitas hidup pada pasien hemodialisis.¹⁰ Penelitian yang dilakukan oleh Heidari¹¹ menyebutkan bahwa pasien yang sedang menjalani hemodialisis memiliki kualitas hidup yang buruk. Pasien hemodialisis mengalami peningkatan ketergantungan dengan keluarga, berkurangnya kebebasan, serta terjadinya gangguan kehidupan pada pernikahan, keluarga, dan berkurangnya kemampuan menikmati hidup, akibat terapi yang mampu mengakibatkan penurunan kualitas hidup.¹² Menurut Beck¹³ dan Ozabac¹⁴ skor depresi yang meningkat menunjukkan gejala depresi yang lebih tinggi, kemudian skor

depresi seseorang secara signifikan dapat memprediksi skor kualitas hidup.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta merupakan rumah sakit yang melayani tindakan hemodialisis. Penelitian mengenai hubungan skor depresi dengan kualitas hidup seorang pasien yang menjalani hemodialisis diperlukan untuk dilakukan di pada rumah sakit ini karena penilaian terkait depresi di unit hemodialisis tidak pernah dilakukan oleh tenaga kesehatan dan masalah psikologis terutama depresi, belum menjadi fokus utama dibandingkan dengan masalah fisik. Penilaian kualitas hidup juga jarang dilakukan rumah sakit, sehingga penilaian skor depresi dan kualitas hidup perlu dilakukan di ruang hemodialisis Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara derajat depresi dengan kualitas hidup pada pasien penyakit gagal ginjal kronis yang sedang menjalani hemodialisis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah studi non-eksperimen berjenis analitik korelasional. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross-sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian melibatkan 114 responden dan telah dilaksanakan di bulan Maret-Mei 2018, di unit atau ruang hemodialisis Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Daerah Istimewa Yogyakarta. Responden yang dipilih memiliki kriteria berusia di atas 18 tahun, dapat membaca, menulis, serta mampu berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia dengan baik.

Peneliti menggunakan 2 instrumen penelitian. Instrumen pertama adalah *Beck Depression Inventory II* (BDI II) untuk mengukur skor depresi. Instrumen tersebut terdiri dari 21 pertanyaan yang digunakan dalam mengevaluasi gejala dari depresi yang mencakup emosi, perubahan perilaku, dan gejala somatis. Penentuan skor BDI II menggunakan kisaran 0-3 dengan total skor 0-63. Semakin tinggi skor pada seseorang, menunjukkan semakin berat depresi yang dialami. Beck¹³ membagi 6 tingkat depresi berdasarkan rentang skor yang diperoleh, yaitu normal, perubahan *mood* ringan, depresi *borderline* secara klinis, depresi tingkat sedang, berat, dan ekstrem.

Instrumen penelitian kedua berupa kuesioner *Kidney Disease Quality of Life 36* atau yang lebih umum dikenal sebagai KDQOL 36 untuk menilai skor kualitas hidup spesifik pada pasien yang mengalami penyakit ginjal kronis. KDQOL 36 terdiri dari 36 pertanyaan yang terdiri dari 5 domain, yaitu komponen fisik, komponen mental, beban penyakit ginjal, gejala dan masalah, serta efek penyakit ginjal pada kehidupan sehari-hari.⁹ Interpretasi KDQOL 36 menggunakan skor 0-100, yang menunjukkan semakin tinggi skor kualitas hidup masing-masing domain, maka semakin baik kualitas hidup seseorang. Selain kedua instrumen tersebut, peneliti juga mengumpulkan data karakteristik dari responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pekerjaan, alamat tempat tinggal, status perkawinan, pendidikan, penghasilan, riwayat penyakit/ penyakit penyerta, dan asuransi kesehatan.

Instrumen BDI II sudah dilakukan uji tes validitas serta reliabilitas oleh Ginting¹⁵ tahun 2013 serta KDQOL 36 telah dilakukan uji tes validitas dan reliabilitas oleh Hudoyo¹⁶ tahun 2018. Kedua instrumen tersebut telah valid dan reliabel untuk menilai skor depresi dan kualitas hidup pada pasien dengan penyakit ginjal kronis yang sedang menjalani terapi hemodialisis.

Analisis data menggunakan uji *bivariat* untuk mengetahui apakah ada hubungan antara derajat depresi dan kualitas hidup pada pasien dengan penyakit gagal ginjal yang sedang menjalani hemodialisis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta. Selanjutnya, uji *Spearman Rank* dipilih karena data skor depresi dan kualitas hidup tidak terdistribusi normal. Skor depresi dihubungkan dengan masing-masing domain kualitas hidup, yaitu: fisik, mental, beban penyakit ginjal, gejala dan masalah, serta efek penyakit ginjal pada kehidupan sehari-hari.

Ethical clearance telah didapatkan dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada tanggal 20 Oktober 2017 dengan nomor KE/FK/1126/EC/2017. Responden yang terlibat pada penelitian ini telah memberikan tanda tangan pada *informed consent* sebagai tanda keikutsertaan dalam penelitian tanpa paksaan dari peneliti.

HASIL

Data karakteristik responden dengan penyakit ginjal kronis yang sedang menjalani hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah, Yogyakarta ditampilkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Data karakteristik responden dengan penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis (n = 114)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean ± SD
Usia (tahun)			52,46 ± 11,03
26-35	9	8,0	
36-45	23	20,0	
46-55	34	30,0	
56-65	35	31,0	
>65	13	11,0	
Jenis Kelamin			
Laki-laki	66	57,9	
Perempuan	48	42,	
Status Perkawinan			
Belum menikah	13	11,4	
Menikah	90	78,9	
Janda/ Duda	11	9,7	
Pekerjaan			
Tidak bekerja	28	24,6	
Pensiunan	12	10,5	
Pegawai Swasta	6	5,3	
Wiraswasta	15	13,2	
Pegawai Negeri Sipil	10	8,7	
Ibu Rumah Tangga	38	33,3	
Buruh	5	4,4	

Tabel 1. Data karakteristik responden dengan penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis (n = 114) (lanjutan)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean ± SD
Pendidikan			
Tidak sekolah	3	2,6	
SD	22	19,3	
SMP	19	16,7	
SMA	34	29,8	
Pendidikan tinggi	36	31,6	
Penghasilan			
<1.000.000	70	61,4	
1.000.000 – 2.500.000	17	14,9	
2.500.000 – 4.000.000	18	15,8	
>5.000.000	9	7,9	
Asuransi kesehatan			
Ya	114	100	
Tidak	0	0	
Jarak rumah menuju RS			
<50 km	112	98,2	
>50 km	2	1,8	
Lama menjalani hemodialisis			4,34
<5 tahun	73	64,0	
>5 tahun	41	36,0	
Frekuensi hemodialisis			
1 kali/ Minggu	7	6,1	
2 kali/ Minggu	107	93,9	
Komorbidity			
Belum diketahui	32	28,07	
Hipertensi (HT)			
Ya	68	59,6	
Tidak	46	40,4	
Diabetes melitus (DM)			
Ya	32	28,1	
Tidak	82	71,9	
Penyakit Jantung			
Ya	6	5,3	
Tidak	108	94,7	

Berdasarkan data pada Tabel 1 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden pada penelitian ini berada pada rentang usia antara 56-65 tahun, berjenis kelamin laki-laki, sudah menikah, dan bekerja. Pekerjaan paling banyak dari keseluruhan responden adalah sebagai ibu rumah tangga. Latar belakang pendidikan responden paling banyak adalah SMA dan diploma/sarjana. Penghasilan sebagian besar responden di bawah Rp1.000.000, serta semua pasien menggunakan asuransi kesehatan. Jarak dari rumah menuju rumah sakit responden sebagian besar adalah kurang dari 50 kilometer.

Rata-rata responden telah menjalani terapi hemodialisis kurang dari 5 tahun dengan durasi rata-rata 4,34 tahun. Komorbidity terbanyak adalah penyakit hipertensi. Frekuensi

hemodialisis responden di RS PKU Muhammadiyah, Yogyakarta selama 2 kali dalam seminggu.

Gambaran skor dan tingkat depresi pada pasien dengan penyakit ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis ditampilkan pada Tabel 2. Hasil menunjukkan bahwa 60% responden dalam penelitian ini tidak mengalami gangguan depresi. Begitu pun dari nilai median menunjukkan responden berada pada kategori normal.

Tabel 2. Gambaran skor dan tingkat depresi yang dimiliki responden n dengan penyakit ginjal kronis yang sedang menjalani terapi hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah, Yogyakarta (n = 114)

Kategori Depresi	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Skor BDI	
			Median	Min-Maks
Normal (1-10)	60	52,6	10	0-44
Gangguan <i>mood</i> tingkat ringan (11 - 16)	21	18,4		
Depresi <i>borderline</i> klinis (17 - 20)	15	13,2		
Depresi tingkat sedang (21 - 30)	13	11,4		
Depresi tingkat berat (31 - 40)	3	2,6		
Depresi tingkat ekstrem (> 40)	2	1,8		

Gambaran skor pada domain kualitas hidup pada pasien dengan penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis ditampilkan pada Tabel 3. Didapatkan hasil bahwa domain fisik memiliki skor paling buruk. Sementara itu, domain gejala dan masalah menunjukkan nilai paling baik dibandingkan dengan domain lain.

Tabel 3. Gambaran skor domain kualitas hidup pasien dengan penyakit ginjal kronis yang sedang menjalani terapi hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Domain	Median	Min	Max
Fisik	42,6	17,6	56,6
Mental	55,2	12,2	65,9
Beban penyakit	56,3	0,0	100,0
Gejala dan masalah	87,5	15,6	100,0
Efek Penyakit	87,5	15,6	100,0

Hasil analisis hubungan derajat depresi dengan masing-masing domain kualitas hidup pada pasien yang mengalami penyakit ginjal kronis yang sedang menjalani hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah, Yogyakarta ditampilkan pada Tabel 4. Hasil korelasi menunjukkan bahwa ada hubungan antara skor depresi dengan seluruh domain pada kualitas hidup ($p < 0,05$).

Tabel 4. Hubungan skor depresi dengan 5 domain kualitas hidup pada pasien yang mengalami penyakit ginjal kronis yang sedang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta

Variabel	Skor Depresi	
	Koefisien Korelasi <i>Spearman Rank</i>	<i>p value</i>
Domain fisik	-0,441	0,000*
Domain mental	-0,380	0,000*
Domain beban penyakit	-0,457	0,000*
Domain gejala dan masalah	-0,477	0,000*
Domain efek penyakit	-0,449	0,000*

PEMBAHASAN

Responden mayoritas berada pada g usia pra lansia dan lansia. Sejalan dengan data dari PERNEFRI,¹⁷ bahwa pasien yang menjalani terapi hemodialisis terbanyak pada kategori usia

45 hingga 64 tahun.

Sebagian besar pasien memiliki pendapatan rendah, yaitu di bawah Rp1.000.000. Hal ini diakibatkan karena kemampuan untuk bekerja tidak sama dengan saat sebelum menjalani hemodialisis. Dengan biaya hemodialisis yang tidak sedikit, seluruh pasien menggunakan asuransi BPJS Kesehatan untuk membantu pembiayaan dan memenuhi kebutuhan kesehatan pasien.

Rata-rata lama hemodialisis yang dilakukan responden selama 4,34 tahun dengan frekuensi hemodialisis terbanyak 2 kali per minggu dan durasi minimal 5 jam setiap kali terapi. Hipertensi menjadi penyakit penyerta terbanyak pada pasien yang menjalani hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah, Yogyakarta, diikuti dengan diabetes melitus dan penyakit jantung.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari 60% pasien hemodialisis tidak memiliki gangguan depresi. Penelitian serupa dilakukan oleh Rustina *et al.*,¹⁸ yang menunjukkan 64,18% pasien hemodialisis tidak memiliki depresi dan sisanya memiliki depresi. Namun, sekitar 28,94% responden penelitian mengalami depresi dengan tingkatan yang berbeda (*borderline* klinis, sedang, berat, ekstrem). Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Avaramovic & Stefanovi¹⁹ yang menjelaskan bahwa 20-30% pasien yang menjalani hemodialisis mengalami depresi.

Terapi hemodialisis yang dilakukan seumur hidup dan rutin, dapat memberi dampak perubahan status kesehatan bagi pasien, yang akan berpengaruh terhadap rasa putus asa dan episode depresi pasien.¹⁸ Pasien yang terdiagnosis penyakit ginjal kronis dan menjalani hemodialisis, memerlukan adaptasi besar akibat perubahan yang dialami. Jika pasien tidak mampu melakukan adaptasi, hal ini dapat memunculkan reaksi emosi yang memicu terjadinya depresi.²⁰ Banyaknya pasien yang tidak mengalami depresi, dapat disebabkan karena proses adaptasi yang telah dialami. Beberapa pasien menyatakan perasaan yang mengarah pada gejala depresi yang dirasakan saat pengumpulan data, tidak sama dengan yang dirasakan saat pertama kali pasien terdiagnosis penyakit ginjal kronis dan harus menjalani terapi hemodialisis.

Kelima domain kualitas hidup pada pasien yang menjalani hemodialisis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta menunjukkan skor median di atas 50, yang artinya secara umum dan keseluruhan disebutkan bahwa kualitas kehidupan pasien yang sedang menjalani terapi hemodialisis cukup baik. Pada penelitian ini ditemukan bahwa nilai domain fisik memiliki nilai terburuk, sedangkan pada domain beban penyakit memiliki skor sedang. Sementara itu, pada domain gejala dan masalah, serta efek penyakit memiliki nilai terbaik. Penelitian sebelumnya oleh Zimbudi *et al.*,²¹ dan Kim *et al.*,²² juga menunjukkan hasil bahwa domain fisik pada pasien hemodialisis memiliki nilai paling buruk dibandingkan dengan domain lain. Domain fisik menggambarkan kesehatan secara umum dan kemampuan pasien dalam melakukan pekerjaan sehari-hari. Sebagian besar pasien hemodialisis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta menjelaskan bahwa terapi hemodialisis telah menurunkan

kemampuan dalam melakukan pekerjaan dan kegiatan sehari-hari, dibandingkan sebelum menjalani hemodialisis. Jika dibandingkan dengan pasien ginjal kronis yang tidak menjalani terapi dialisis, pasien hemodialisis memiliki kualitas kehidupan yang lebih rendah pada keseluruhan domain kualitas hidup.²³ Penelitian ini menunjukkan perbedaan yang signifikan antara domain fisik dengan domain gejala dan masalah, serta efek penyakit. Hal ini dapat diakibatkan karena terapi hemodialisis memberikan dampak aktivitas fisik dan kondisi secara umum, akan tetapi tidak memengaruhi gejala dan masalah, serta efek penyakit. Selain itu, data kualitas hidup yang diambil pada penelitian ini hanya menggambarkan kondisi dalam 1 bulan terakhir, sehingga dapat dimungkinkan saat pengambilan data pasien tidak merasakan gejala dan masalah yang diakibatkan karena efek terapi, serta pasien sudah mampu beradaptasi dengan kondisi dan aturan yang harus dipatuhi.²⁴

Hasil penelitian menunjukkan bahwa skor depresi dan seluruh domain kualitas hidup berhubungan dengan arah korelasi negatif (-) yang artinya berbanding terbalik, apabila variabel skor depresi mengalami kenaikan, maka nilai kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis pada semua domain akan mengalami penurunan. Penelitian ini sejalan dengan Chao *et al.*,²³ bahwa skor depresi menunjukkan arah korelasi negatif pada semua domain kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis. Seluruh uji korelasi menunjukkan hubungan yang kuat antara depresi dengan seluruh domain kualitas hidup, kecuali domain mental yang memiliki tingkat korelasi lemah. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Garcia-Ilana²⁵ yang menunjukkan korelasi kuat antara skor depresi dengan domain mental.

Hubungan skor depresi dengan kualitas hidup pasien hemodialisis terjadi karena adanya gangguan fisik yang menyebabkan keterbatasan pasien dalam melakukan berbagai aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada hemodialisis seumur hidup, serta masalah finansial yang menyebabkan penurunan kualitas hidup. Menurut Bujang,²⁶ gejala psikologis depresi memengaruhi penurunan kualitas hidup pada domain kesehatan fisik, kesehatan mental, dampak sosial, dan keseluruhan kualitas hidup. Pasien hemodialisis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta yang mengalami depresi memiliki kualitas hidup lebih buruk dibandingkan dengan yang tidak mengalami depresi. Depresi memiliki korelasi yang kuat dengan domain kesehatan fisik. Rendahnya domain kesehatan fisik dan mental mengindikasikan memburuknya kualitas hidup pasien hemodialisis. Selain kesehatan fisik dan mental domain gejala dan masalah, beban penyakit dan efek penyakit juga memengaruhi depresi pada pasien hemodialisis yang mampu membuat kualitas hidup pasien menjadi lebih buruk.⁵

KESIMPULAN DAN SARAN

Terdapat hubungan yang berkorelasi negatif antara skor depresi dengan masing-masing domain kualitas hidup pada pasien yang mengalami penyakit ginjal kronis yang sedang

menjalani hemodialisis. Saran bagi unit hemodialisis, agar dapat memberikan intervensi kesehatan terkait risiko depresi pada pasien untuk meningkatkan kualitas hidup pasien terapi hemodialisis secara *bio-psiko-sosio-spiritual*.

Bagi peneliti selanjutnya, agar dapat membandingkan faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien yang menjalani terapi hemodialisis, serta dapat menggunakan metode penelitian lain guna mendapatkan data yang lebih lengkap serta mendalam dalam penilaian depresi dan kualitas hidup.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh responden dan petugas kesehatan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit PKU Muhammadiyah, Yogyakarta yang telah membantu hingga proses penelitian berjalan sukses dan lancar. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada asisten penelitian yang telah membantu kelancaran pengambilan data pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Kidney Day. Chronic Kidney Disease - World Kidney Day [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 24]. Available from: <http://www.worldkidneyday.org/faqs/chronic-kidney-disease/>
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, *et al*. Global and Regional Mortality from 235 Causes of Death for 20 Age Groups in 1990 and 2010: A Systematic Analysis for The Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380 (9859): 2095–128.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. *Lap Nas* 2013. 2013; 1–384.
4. PERNEFRI. 7th Report of Indonesian Renal Registry 2014. PERNEFRI. 2014;
5. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA, *et al*. Prevalence, Severity, and Importance of Physical and Emotional Symptoms in Chronic Hemodialysis Patients. *J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2005;16:2487–94. Available from: <http://jasn.asnjournals.org/content/16/8/2487.abstract>.
6. McAnich JW, Lue TF. *Smith & Tanagho's General Urology*. 18th ed. United States of America: Mc Graw Hill, 2013; 548 p.
7. Anees M, Barki H, Masood M, Ibrahim M, Mumtaz A. Depression in Hemodialysis Patients. *Pakistan J Med Sci*. 2008; 24(4): 560–5.
8. Shirazian S, Grant CD, Aina O, Mattana J, Khorassani F. Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. *Kidney Int Reports* [Internet]. 2017; 2(1): 94–107. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ekir.2016.09.005>.
9. Dori S, Beth W. Measuring Dialysis Patients' Health-Related Quality of Life with the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36™) Survey. *KDQOL Complet* [Internet]. 2008; (608): 1–8. Available from: <http://kdqol-complete.org/pdfs/kdqol-36.pdf%5Cnwww.kdqol-complete.org>.
10. Donia AF, Zaki NF, Elassy M, Elbahaey W. Study of Depression and Quality of Life among Hemodialysis Patients: An Egyptian Experience. *Int Urol Nephrol*. 2015; 47(11): 1855–62.
11. Heidari B. A Comparison of Health-Related Quality of Life in Patients with Renal Failure under Hemodialysis and Healthy Participants. 2017; 28(1): 133–40.
12. Mollaoğlu M. Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis. *Intech*. 2013; 37: 604–9.
13. Beck A. *Beck Depression Inventory*. The Psychological Corporation; 1996.
14. Özabac N. Quality of Life as A Predictor of Depression. *Procedia - Soc Behav Sci* [Internet]. 2010; 2(2): 2458–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.353>.
15. Ginting H. Validating The Beck Depression Inventory-II in Indonesia's General Population and Coronary Heart Disease Patients. *Int J Clin Heal Psychol*. 2013.
16. Hudoyo MCT. Validitas dan Reliabilitas Instrumen Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL 36) pada Pasien dengan Hemodialisis di Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada. 2018.
17. PERNEFRI. 8th Report of Indonesian Renal Registry 2015. PERNEFRI. 2015.
18. Rustina, Putrini J, Fitriangga A. Gambaran Tingkat Depresi pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Soedarso Pontianak. *Fak Kedokt Univ Tanjungpura*. 2012.
19. Avramovic M, Stefanovic V. Health-Related Quality of Life in Different Stages of Renal Failure. 2012;(October 2011).

20. Hidayati S, Yalamanchi V, Finkelstein. (2012). A Practical Approach to The treatment of Depression in Patients with Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease. *Kidney International*, 8 (3), 247–255.
21. Zimbudzi E, Lo C, Ranasinha S, Gallagher M, Fulcher G, Kerr PG, et al. Predictors of Health-Related Quality of Life in Patients with Co-Morbid Diabetes and Chronic Kidney Disease. *PLoS One*. 2016; 9: 1–12.
22. Kim JY, Kim B, Park KS, Choi JY, Seo JJ, Park SH, et al. Health-Related Quality of Life with KDQOL-36 and Its Association with Self-Efficacy and Treatment Satisfaction in Korean Dialysis Patients. *Qual Life Res*. 2013; 22(4): 753–8.
23. Chao S, Yen M, Lin T, Sung J, Wang M. Psychometric Properties of The Kidney Disease Quality of Life – 36 Questionnaire. 2016.
24. Curtin RB, Bultman DC, Thomas-Hawkins C, Walters BAJ, Schatell D. Hemodialysis Patients' Symptom Experiences: Effects on Physical and Mental Functioning. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2002; 29(6): 562, 567-74, 598. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12596605>.
25. García-Illana H, Remor E, Peso G, Selgas R. The Role of Depression, Anxiety , Stress and Adherence to Treatment in Dialysis Patients' Health-Related Quality of Life: A Systematic Review of The Literature of Publ Spanish Nephrol Soc. 2014.
26. Bujang MA, Musa R, Liu WJ, Chew TF, Lim CTS. Depression, Anxiety and Stress among Patients with Dialysis and The Association with Quality of Life. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2015; 18: 49–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2015.10.004>.

Pengaruh Pelatihan Deteksi Perkembangan Dasar Balita terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Kader di Wilayah Kerja Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta

The Effect of Toddler Basic Development Detection Training toward Cadre Knowledge and Skills in The Working Area of Gedongtengen Health Center in Yogyakarta

Aprilia Tri Astuti¹, Akhmadi², Sri Hartini³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

³Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Early 5 years of a child's life that referred as the golden period is a rapid growth and development. During this period, the role of a toddler cadre in detecting any problem related to growth and developmental is crucial. Therefore, an intervention is needed to enhance the knowledge and skills of cadres through basic toddler development detection training.

Objective: To determine the influence of developmental detection training activities on the knowledge and skills of cadres in the working area of Gedongtengen Primary Health Care Center, Yogyakarta.

Method: This study was a pre-experimental using one group pretest post-test design that conducted from February to May 2017. As many as 32 cadre members were involved in this study using simple random sampling. The treatment was a training using lecturing methods, demonstrations, and re-demonstrations with the aid of learning modules and PowerPoint slides. The instruments used were knowledge questionnaires based on the Stimulation, Detection, and Early Intervention for Growth and Development Guidelines (SDIDTK), and skill questionnaires using the Pre-Screening Development Questionnaire (KPSP) adopted from the same source. Data analysis was performed using paired t-tests and Wilcoxon tests.

Result: Significant differences were found in the average pretest and post-test knowledge scores, with values of $11,69 \pm 3,364$ and $13,50 \pm 4,166$, respectively ($p = 0,005$). Similar significant differences were observed in the median pretest and post-test skill scores, which were 16,50 and 24, respectively ($p = 0,000$)

Conclusion: Training for detection of toddler development proves to be an effective intervention for improving the knowledge and skills of cadre members.

Keywords: cadre, developmental detection, knowledge, skill, training

ABSTRAK

Latar belakang: Lima tahun pertama kehidupan anak atau yang seringkali disebut sebagai periode emas adalah periode di mana seorang anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang cukup pesat. Pada periode ini peran seorang kader balita dalam mendeteksi adanya gangguan tumbuh kembang sangatlah krusial. Oleh karena itu, diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader melalui pelatihan deteksi perkembangan dasar balita.

Tujuan: Untuk mengetahui pengaruh antara kegiatan pelatihan deteksi perkembangan dengan pengetahuan dan keterampilan kader di wilayah kerja Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian *pre-eksperimen one group pretest post-test* yang dilakukan pada bulan Februari-Mei 2017. Sebanyak 32 orang kader dilibatkan dalam penelitian dengan menggunakan *simple random sampling*. Perlakuan yang diberikan berupa pelatihan menggunakan metode tatap muka, demonstrasi dan *redemonstrasi* dengan fasilitas modul pembelajaran dan *slide* PowerPoint. Instrumen yang dipakai berupa kuesioner pengetahuan yang dibuat berdasarkan buku Pedoman Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK), dan kuesioner keterampilan menggunakan Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan (KPSP) yang diadopsi dari buku

Corresponding Author: **Aprilia Tri Astuti**

Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: aprilta.ta05@gmail.com

yang sama. Analisis data dilakukan dengan *paired t-test* dan *Wilcoxon test*.

Hasil: Terdapat perbedaan yang bermakna terhadap rata-rata skor pengetahuan *pretest* dan *post-test* dengan besaran $11,69 \pm 3,364$ dan $13,50 \pm 4,166$ secara berurutan ($p = 0,005$), begitu juga dengan nilai tengah skor keterampilan *pretest* dan *post-test* sebesar 16,50 dan 24 ($p = 0,000$).

Kesimpulan: Pelatihan deteksi perkembangan dasar balita merupakan intervensi yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader

Kata kunci: deteksi perkembangan, kader, keterampilan, pelatihan, pengetahuan

PENDAHULUAN

Kehidupan anak usia di bawah 5 tahun disebut juga dengan masa kritis. Hal ini karena anak di usia tersebut mengalami peningkatan perkembangan fisik, keterampilan, dan proses berpikir, sehingga memerlukan stimulasi/rangsangan, guna mencapai potensi berkembang yang optimal.¹ Perkembangan adalah pola perubahan dari waktu ke waktu yang dimulai sejak pembuahan dan berlanjut sepanjang kehidupan, seperti perubahan biologis, hubungan sosial, emosional, pengalaman, dan proses berpikir.²

The American Academy of Pediatrics merekomendasikan skrining perkembangan pada anak dimulai sejak 3 tahun pertama kehidupan, untuk meningkatkan kemampuan dalam mengidentifikasi kemungkinan adanya keterlambatan perkembangan. Apabila proses skrining tidak segera dilakukan, maka hanya sekitar 30% dari anak-anak yang akan terdeteksi memiliki keterlambatan perkembangan sebelum mencapai usia sekolah.³

Data kejadian keterlambatan perkembangan umum pada anak di Indonesia masih sangat sulit dipastikan. Namun, diperkirakan sekitar 1-3% anak usia di bawah 5 tahun mengalami keterlambatan umum dan 5-10% anak mengalami keterlambatan perkembangan.⁴ Gangguan perkembangan sekecil apa pun pada masa balita, apabila tidak terdeteksi dan tidak ditangani dengan baik, akan berdampak buruk pada kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang. Jadi, untuk mengetahui perkembangan anak yang tergolong normal atau mengalami keterlambatan sejak dini, diperlukan deteksi perkembangan dasar.⁵

Posyandu merupakan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang pengelolaannya dari, oleh, dan untuk masyarakat serta dibantu kader dalam pelaksanaannya.⁶ Seiring berjalannya waktu, muncul beberapa masalah yang dapat menghambat pelaksanaan kegiatan posyandu, salah satunya permasalahan pada pengetahuan dan keterampilan kader.⁷

Dengan menyadari pentingnya peran kader, maka diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan kinerja kader, salah satunya melalui pelatihan.⁸ Berdasarkan Piramida *Dale's Cone of Experience*, pemberian edukasi melalui indra penglihatan dan pendengaran dapat membuat seseorang mengingat 50% dari apa yang telah dipelajari, sehingga dapat mendemonstrasikan, mengaplikasikan, dan mempraktikkan.⁹

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dan informasi bahwa di Puskesmas Gedongtengen belum pernah dilakukan pelatihan dan penelitian terkait deteksi perkembangan

dasar balita, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Pengaruh Pelatihan Deteksi Perkembangan Dasar Balita terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Kader di Wilayah Kerja Puskesmas Gedongtengen” yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pelatihan deteksi perkembangan dasar balita dan pengetahuan serta keterampilan kader di wilayah kerja Puskesmas Gedongtengen.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian pra-eksperimen *one group pretest post-test* yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Gedongtengen, Kota Yogyakarta. Penelitian dilakukan pada bulan Februari - Mei 2017. Subjek penelitian adalah kader balita aktif yang sesuai dengan kriteria. Jumlah sampel sebanyak 40 orang, tetapi dalam perjalanan penelitian ada 8 orang yang mengalami *drop out*, sehingga jumlah akhir responden sebanyak 32 orang. Teknik pemilihan sampel dengan *simple random sampling*, yakni secara acak sederhana, yang hakikatnya setiap anggota populasi memiliki peluang yang sama untuk dipilih sebagai sampel. Cara pengambilan sampel menggunakan undian/ *lottery technique*.¹⁰

Instrumen penelitian menggunakan kuesioner pengetahuan dan lembar observasi keterampilan kader. Kuesioner pengetahuan dalam penelitian ini berupa soal pilihan ganda, yang dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan buku Pedoman Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) tahun 2013. Instrumen keterampilan menggunakan Kuesioner Pra- Skrining Perkembangan (KPSP) yang diadopsi dari buku SDIDTK tahun 2013 juga, dalam bentuk *checklist*.

Penilaian keabsahan dan keandalan angket pengetahuan telah dilakukan terhadap 110 kader balita yang beroperasi di wilayah kerja Puskesmas Danurejan 2 di Kota Yogyakarta. Berdasarkan hasil uji validitas kuesioner pengetahuan dari 37 soal, didapatkan 32 soal valid dan 5 soal tidak valid, yaitu nomor 5, 18, 20, 27, dan 30 yang tidak digunakan. Uji reliabilitas kuesioner pengetahuan menunjukkan nilai Cronbach's alpha 0,822 yang berarti kuesioner pengetahuan reliabel. Uji kesepakatan antar *observer* dengan uji reliabilitas ICC didapatkan nilai 0,883 yang artinya semua *observer* masuk dalam kategori sangat baik.

Intervensi yang diberikan adalah pelatihan deteksi perkembangan dasar balita selama 1 hari. Pelatihan diberikan oleh petugas Puskesmas Gedongtengen. Pelatihan dilaksanakan dengan metode penyuluhan dan tanya-jawab, peragaan oleh instruktur, dan praktik langsung oleh kader yang masing-masing sesi berdurasi kurang lebih 50 menit. Pelatihan deteksi perkembangan dasar balita dilaksanakan di aula Puskesmas Gedongtengen.

Pengambilan data dilakukan sebanyak 2 kali, yaitu pengambilan *pretest* dimulai 7 hari sebelum pelatihan dan *posttest* dimulai 7 hari setelah pelatihan. Teknik pengumpulan data dengan cara mengundang kader dan mengunjungi kader *door to door* pada kader yang tidak hadir ketika diundang. Analisis data dilakukan uji *univariat* dan *bivariat*. Analisis data *bivariat* dilakukan dengan *paired t-test* Wilcoxon *test*.

Penelitian ini telah mendapat *ethical clearance* dari Komisi Etik FK-KMK UGM dengan nomor KE/FK/0229/EC/2017. Pada tahap pelaksanaan penelitian, peneliti juga menyerahkan lembar persetujuan kepada responden yang memenuhi kriteria penelitian sebagai bukti kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian.

HASIL

Gambaran karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 1. Sebagian besar kader yang menjadi responden, berusia antara 41-60 tahun (65,6%), memiliki tingkat pendidikan tamatan SMA (75%), dan seorang ibu rumah tangga (81,2%). Mayoritas responden telah menjadi kader selama 1-5 tahun (56,2%).

Tabel 1. Karakteristik responden kader balita di wilayah kerja Puskesmas Gedongtengen tahun 2017 (n=32)

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia kader (tahun)		
21-40	11	34,4
41-60	21	65,6
Pendidikan terakhir		
SD	1	3,1
SMP	4	12,5
SMA	24	75,0
Perguruan tinggi	3	9,4
Pekerjaan		
IRT	26	81,2
Wirausaha	2	6,3
Wiraswasta	4	12,5
Lama menjadi kader (tahun)		
1 - 5	18	56,2
> 5	14	43,8

Gambaran keterampilan serta pengetahuan kader balita tentang deteksi perkembangan dasar balita sebelum dan sesudah pelatihan dapat dilihat pada Tabel 2. Tabel 2 menunjukkan sebelum pelatihan deteksi perkembangan dasar balita, mayoritas kader memiliki pengetahuan kurang sebanyak 17 orang (59%). Sesudah diberikan pelatihan kader, yang memiliki pengetahuan baik mengalami peningkatan sebanyak 1 orang (3,1%). Sebelum pelatihan deteksi perkembangan dasar balita, jumlah kader yang terampil dan kurang terampil memiliki persentase yang sama, yaitu 50%. Sesudah diberi pelatihan, ada peningkatan kader yang terampil dalam melakukan deteksi perkembangan sebesar 9,4% dari keseluruhan responden.

Tabel 2. Pengetahuan kader sebelum dan sesudah pelatihan deteksi perkembangan dasar balita tahun 2017 (n=32)

Tingkat keterampilan	Sebelum (<i>pretest</i>)		Sesudah (<i>posttest</i>)	
	f	%	f	%
Pengetahuan				
Baik	15	41,0	16	50,0
Kurang	17	59,0	16	50,0
Tingkat keterampilan				
Terampil	16	50,0	19	59,0

Kurang Terampil	16	50,0	13	47,0
-----------------	----	------	----	------

Analisis *bivariat* digunakan untuk menganalisis hubungan antara pelatihan deteksi perkembangan dasar balita dan pengetahuan serta keterampilan kader di wilayah kerja Puskesmas Gedongtengen. Hasil ditampilkan pada Tabel 3 dan Tabel 4.

Tabel 3. Perbedaan rerata *pretest* dan *posttest* pengetahuan kader balita di wilayah kerja Puskesmas Gedongtengen tahun 2017 (n=32)

Variabel	Mean ± SD	Selisih Mean	p value
Pengetahuan			0,005*
<i>Pretest</i>	11,69 ± 3,364	1,81	
<i>Post-test</i>	13,50 ± 4,166		

Keterangan: *Signifikan $p < 0,05$

Berdasarkan nilai *mean* pengetahuan kader pada Tabel 3, terdapat peningkatan *mean* skor *pretest* dan *posttest* sebesar 1,81. Nilai $p = 0,005$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perbedaan yang bermakna dari pengetahuan kader.

Tabel 4. Perbedaan nilai median *pretest* dan *post-test* keterampilan kader balita di wilayah kerja Puskesmas Gedongtengen Tahun 2017 (n=32)

Variabel	Median	Min - Max	p value
Keterampilan			0,000
<i>Pretest</i>	16,50	7 - 23	
<i>Post-test</i>	24,00	11 - 37	

Keterangan: *Signifikan $p < 0,05$

Tabel 4 menunjukkan adanya peningkatan nilai median keterampilan kader dari *pretest* sebesar 16,50 menjadi 24,00 saat *posttest*. Hasil uji *Wilcoxon* didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), berarti terdapat perbedaan yang bermakna dari keterampilan kader. Adanya perubahan secara statistik dari skor *pretest* dan *post-test* pengetahuan serta keterampilan dan nilai p yang didapat, berarti dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh sebelum dan sesudah pelatihan terhadap pengetahuan dan keterampilan kader.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh pelatihan terhadap pengetahuan kader. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Katan¹¹ yang menyimpulkan adanya pengaruh pelatihan deteksi dini perkembangan penglihatan terhadap pengetahuan kader secara signifikan ($p = 0,000$) dengan kenaikan rerata skor pengetahuan sebelum dan setelah pelatihan sebesar 1,77. Penelitian ini juga mendukung penelitian Roh *et al.*,¹² yang menyatakan bahwa terdapat peningkatan yang signifikan ($p < 0,001$) pada pengetahuan peserta setelah diberikan pelatihan tentang *cardiopulmonary resuscitation* (CPR).

Peningkatan pengetahuan kader yang signifikan dapat dipengaruhi oleh pemberi materi yang menyampaikan materi, metode, dan media pelatihan. Berdasarkan 4 level evaluasi pelatihan yang pertama, yaitu reaksi (*reaction*) merupakan evaluasi yang dilakukan untuk mengukur tingkat kepuasan peserta pada pelatihan.¹³ Evaluasi pelatihan deteksi perkembangan dasar balita dengan mengisi *form* evaluasi setelah pelatihan selesai, menunjukkan sebanyak

28 kader (87,5%) dari seluruh responden menilai pemberi materi baik, dapat menyampaikan materi dengan jelas, dan menggunakan metode/pendekatan yang menyenangkan.

Pelatihan deteksi perkembangan dasar balita ini menggunakan beberapa metode pembelajaran dalam satu waktu, meliputi ceramah tanya-jawab, demonstrasi, dan *redemonstrasi*, yang berdurasi kurang lebih 50 menit setiap sesi. Kelebihan metode ceramah, antara lain mudah dilaksanakan pada kelompok besar dan dapat dikombinasi dengan metode lain, seperti tanya-jawab, diskusi, dan tugas dalam proses pembelajaran.¹⁴

Penelitian Hidayati *et al.*,¹⁵ menyatakan bahwa pendidikan kesehatan dengan ceramah, mampu meningkatkan keterampilan dan pengetahuan partisipan ($p < 0,05$). Pelatihan deteksi perkembangan dasar balita menggunakan *slide* PowerPoint dan modul yang telah dimodifikasi peneliti sebagai media pembelajaran. Berdasarkan temuan Akhu-Zaheya *et al.*,¹⁶ penggunaan media PowerPoint pada saat pelatihan tentang bantuan hidup, dapat meningkatkan pengetahuan peserta secara signifikan.

Faktor lain yang dapat memengaruhi pengetahuan, antara lain umur dan pendidikan kader. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar kader termasuk dalam usia dewasa akhir (41-60 tahun) sebanyak 21 orang (65,5%). Berdasarkan penelitian Sutiani *et al.*,¹⁷ kader pada usia produktif bekerja (15-55 tahun) memiliki pengetahuan lebih baik, dibanding kader pada usia yang sudah tidak produktif bekerja (> 55 tahun).

Pendidikan dibutuhkan untuk mempermudah mendapat informasi,¹⁸ Mayoritas kader dalam penelitian ini mempunyai pendidikan akhir SMA atau sederajat, berjumlah 24 orang (75%). Menurut hasil penelitian Yulianti,¹⁹ ibu tamatan SLTP memiliki pengetahuan lebih baik dibanding ibu tamatan SD. Hal ini berarti semakin tinggi pendidikan, maka kemampuan dalam menyerap dan mengolah pengetahuan semakin baik.

Keterampilan kader dalam melakukan deteksi perkembangan mengalami peningkatan sesudah pelatihan deteksi perkembangan dasar balita. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Destara²⁰ yang menunjukkan adanya peningkatan pada kader yang memiliki keterampilan baik, dari awalnya tidak ada, setelah diberi pelatihan tentang penggunaan KMS, menjadi 14 orang (31,1%) kader yang memiliki keterampilan baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan temuan D'cruz & Aradhya²¹ bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan dengan metode ceramah dan demonstrasi tentang kebersihan mulut, dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan. Hasil penelitian ini juga mendukung Sianturi²² yang menyatakan bahwa pelatihan selama 1 hari yang dimulai dengan pemberian materi, kemudian dilanjutkan demonstrasi melakukan stimulasi tumbuh kembang balita dan *redemonstrasi* stimulasi tumbuh kembang pada 2 anak balita, terbukti dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader, dengan kenaikan rerata skor keterampilan sebelum dan sesudah pelatihan sebesar 1,36 dan nilai $p = 0,0013$ ($p < 0,05$). Maka, dapat disimpulkan bahwa pemberian pelatihan memberikan pengaruh yang signifikan terhadap keterampilan kader posyandu dalam melakukan deteksi tumbuh kembang balita.

Menurut Guilbert dalam Nursalam *et al.*,²³ seorang ahli pendidikan mengklasifikasikan faktor yang memengaruhi proses belajar dalam 4 kelompok, salah satunya ialah instrumen yang terdiri dari perangkat lunak seperti kurikulum, fasilitator, dan metode belajar serta perangkat keras seperti alat peraga. Metode yang baik untuk mempelajari sikap, tindakan, atau keterampilan, menggunakan metode diskusi, demonstrasi, *role play*, dan permainan. Penelitian Ekowati²⁴ menunjukkan bahwa pemberian pelatihan dengan metode demonstrasi, praktik/latihan, dapat efektif dan signifikan ($p = 0,001$) dalam meningkatkan keterampilan kader melakukan pengukuran antropometri. Penggunaan demonstrasi selama pembekalan, efektif dalam mengembangkan penilaian klinis dan kepercayaan diri peserta simulasi pengalaman belajar.²⁵

Faktor lain yang dapat meningkatkan keterampilan kader setelah pemberian pelatihan deteksi perkembangan dasar balita adalah lamanya menjadi kader dan pekerjaan kader. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden telah menjadi kader selama 5 tahun sebanyak 18 orang (56,2%). Sejalan dengan penelitian Sutiani *et al.*,¹⁷ responden penelitian paling banyak adalah responden yang telah menjadi kader selama kurang dari 5 tahun sebanyak 58,1%. Penelitian Armydewi *et al.*,²⁶ menyatakan, bahwa masa kerja kader memiliki hubungan signifikan dengan kinerja kader. Semakin lama masa kerja kader, maka kader dapat memahami tugasnya dengan lebih baik, memiliki pengetahuan dan kemampuan menerapkan informasi, serta keterampilan yang baik. Adanya pengetahuan yang baik mengenai suatu hal, dapat menyebabkan seseorang memberikan respons positif, sehingga memiliki sikap bertanggung jawab dan sungguh-sungguh melakukan tugasnya, serta memiliki motivasi untuk selalu meningkatkan pengetahuan, yang akan berpengaruh terhadap kinerja kader.

Hasil pengukuran menunjukkan sebagian besar kader adalah ibu rumah tangga, sebanyak 81,2%. Sejalan dengan hasil penelitian Lubiz,²⁷ bahwa sebagian besar kader adalah ibu rumah tangga dengan persentase 78,6%. Kader yang tidak bekerja secara formal, cenderung lebih sering ikut aktif dalam kegiatan Posyandu karena mempunyai waktu luang, sehingga keterampilan dapat meningkat.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa pemberian pelatihan memberikan pengaruh terhadap pengetahuan dan keterampilan deteksi perkembangan dasar balita oleh kader. Harapannya, Puskesmas memiliki program pelatihan deteksi perkembangan dasar balita yang berfokus pada deteksi perkembangan menggunakan KPSP usia 12 bulan, 15 bulan, 18 bulan, 21 bulan, 36 bulan, 54 bulan, dan 60 bulan. Seluruh kader balita aktif diharapkan mengikuti program pelatihan deteksi perkembangan balita selanjutnya, guna meningkatkan keterampilan dan pengetahuan dalam melakukan deteksi perkembangan balita.

Saran untuk peneliti selanjutnya, diharapkan dapat melanjutkan penelitian dengan 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, menggunakan metode serta

media pelatihan yang berbeda dengan penelitian saat ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh responden dan pihak-pihak yang telah membantu hingga proses penelitian berjalan sukses dan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Marimbi H. Tumbuh Kembang, Status Gizi & Imunisasi Dasar pada Balita. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
2. Keenan T, Evans S. An Introduction to Child Development Second Edition. India: SAGE Publication; 2009.
3. Coelho R, Ferreira JP, Sukiennik R, Halpern R. Child Development in Primary Care: A Surveillance Proposal. *Jornal de Pediatria*. 2016. Doi:10.1016/2015.12.006.
4. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Mengenal Keterlambatan Perkembangan Umum pada Anak. c.2016 [Update 2013; cited 2016 Des 23]. Available from <http://idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/mengenal-keterlambatan-perkembangan-umum-pada-anak>.
5. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2016.
6. Kementerian Kesehatan RI. Ayo ke POSYANDU Setiap Bulan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2012.
7. Zainiah N. Hubungan Frekuensi Pelatihan yang Diikuti Kader dengan Tingkat Keterampilan Kader dalam Pelayanan Posyandu di Desa Nogotirto Sleman Gamping Yogyakarta Tahun 2014 [Disertasi]. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta; 2015.
8. Kontesa M, Mistuti. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Kader Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Air Dingin Kecamatan Koto Tengah Kota Padang Tahun 2013 [Naskah Publikasi]. Padang: STIKes Mercubaktijaya Padang; 2013.
9. Frith KH, Clark DJ. Distance Education in Nursing Third Edition. New York: Springer Publishing Company; 2013.
10. Notoatmodjo S. Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
11. Katan DK. Pengaruh Pelatihan terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Kader tentang Deteksi Dini Pendengaran dan Penglihatan Anak Balita di Desa Ambarketawang Wilayah Puskesmas Gamping 1 Sleman Yogyakarta [Skripsi]. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Gadjah Mada; 2014.
12. Roh YS, Lim EJ, Issenberg SB. Effects of An Integrated Simulation-Based Resuscitation Skills Training with Clinical Practicum on Mastery Learning and Self-Efficacy in Nursing Students. *Collegian*. 2016. 23(1), 53-59.
13. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Implementing the Four Levels: A Practical Guide for Effective Evaluation of Training Programs. California: Berrett-Koehler Publisher Inc.; 2007.
14. Simamora RH. Buku Ajar Pendidikan dalam Keperawatan. Jakarta: EGC; 2009.
15. Hidayati A, Salawati T, Istiana S. Pengaruh Pendidikan Kesehatan melalui Metode Ceramah dan Demonstrasi dalam Meningkatkan Pengetahuan tentang Kanker Payudara dan Keterampilan Praktik Sadari (Studi pada Siswi SMA Futuhiyyah Mranggen Kabupaten Demak). *Jurnal Kebidanan*. 2013; 1(1).
16. Akhu-Zaheya LM, Gharaibeh MK, Alostaz ZM. Effectiveness of Simulation on Knowledge Acquisition, Knowledge Retention, and Self-Efficacy of Nursing Students in Jordan. *Clinical Simulation in Nursing*. 2013; 9(9).
17. Sutiani R, Lubis Z, Siagian A. Gambaran Pengetahuan dan Keterampilan Kader dalam Pemantauan Pertumbuhan Bayi dan Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Desa Lalang Tahun 2014. *Gizi, Kesehatan Reproduksi dan Epidemiologi*. 2014. 1(3).
18. Wawan A, Dewi M. Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
19. Yulianti A. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan Ibu tentang Gizi dengan Tingkat Kehadiran Balita di Posyandu Kelurahan Tegalgede Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember. *Jurnal Ilmiah Inovasi*. 2013; 13(2).
20. Destara, K. W. Pengaruh Pelatihan Sisbandu terhadap Keterampilan Kader Posyandu dalam Penggunaan Kartu Menuju Sehat (KMS) Balita di Kelurahan Pringgokusuman Gedongtengen Kota Yogyakarta [Skripsi]. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Gadjah Mada; 2016.
21. D'cruz AM, Aradhya S. Impact of Oral Health Education on Oral Hygiene Knowledge, Practices, Plaque Control and Gingival Health of 13-15 Years Old School Children in Bangalore City. *International Journal of Dental Hygiene*. 2013; 11(2): 126-133.
22. Sianturi Y. Peningkatan Kemampuan Kader Kesehatan dalam Melakukan Deteksi Tumbuh Kembang Balita Melalui Pelatihan. *Jurnal Keperawatan*. 2013; 1(1): 12-19.
23. Nursalam, Effendi F. Pendidikan dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
24. Ekowati D. Upaya Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Kader tentang Antropometri melalui Pelatihan Pengukuran Antropometri [Disertasi]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2015.
25. Weaver A. The Effect of A Model Demonstration during Debriefing on Students' Clinical Judgment, Self-Confidence, and Satisfaction During A Simulated Learning Experience. *Clinical Simulation in Nursing*. 2015;

- 1(1): 20-26.
26. Armydewi NR, Djarot HS, Purwanti IA. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Kader Posyandu Balita dalam Pelaksanaan Posyandu di Kecamatan Mranggen Kabupaten Demak Tahun 2011. *Jurnal Kebidanan*. 2013; 1(1).
 27. Lubiz Z. Pengetahuan dan Tindakan Kader Posyandu dalam Pemantauan Pertumbuhan Anak Balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2015; 11(1); 65-73.