

Jurnal

Keperawatan Klinis dan Komunitas

Clinical and Community Nursing Journal

Hubungan Stres dengan Konsep Diri Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Yogyakarta

Yanuarta Sulistiyawati, Puji Sutarjo, Ibrahim Rahmat

Perbedaan Pengetahuan dan Upaya Teman Sebaya dalam Pencegahan Perilaku Merokok pada Remaja SMA di Area *Rural* dan Urban

Tri Yuniyanti, Purwanta, Wenny Artanty Nisman

Uji Validitas dan Reliabilitas pada Instrumen *Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36)* pada Pasien dengan Hemodialisis

Muhammad Cahyono Tito Hudoyo, Melyza Perdana, Sri Setiyarini

Gambaran Dukungan Sosial Bagi *Family Caregiver* dalam Merawat Pasien Demensia

Putri Utami Ayu Muninggar, Christantie Effendy, Heny Suseani Pangastuti

Gambaran Keterampilan Mahasiswa Keperawatan dalam Melaksanakan Prosedur Pembalutan Luka pada Pelatihan *Basic Trauma and Cardiac Life Support*

Hanifa Nurul Zahra, Sutono, Anita Kustanti

Gambaran Perilaku Anak Berkebutuhan Khusus dan Penanganannya oleh Guru di Sekolah Dasar Inklusi Kabupaten Sleman

Kusuma Ayu Rachmasari, Sri Hartini, Itsna Lutfi Kholisa, Yayi Suryo Prabandari

Volume 5	Nomor 1	Halaman 1-60	Maret 2021	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 5/ Nomor 1/ Maret/ 2021

DAFTAR ISI

No	Judul	Hal
1	Hubungan Stres dengan Konsep Diri Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Yogyakarta Yanuarta Sulistiyawati, Puji Sutarjo, Ibrahim Rahmat	1-11
2	Perbedaan Pengetahuan dan Upaya Teman Sebaya dalam Pencegahan Perilaku Merokok pada Remaja SMA di Area <i>Rural</i> dan <i>Urban</i> Tri Yuniyanti, Purwanta, Wenny Artanty Nisman	12-22
3	Uji Validitas dan Reliabilitas pada Instrumen <i>Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36)</i> pada Pasien dengan Hemodialisis Muhammad Cahyono Tito Hudoyo, Melyza Perdana, Sri Setiyarini	23-29
4	Gambaran Dukungan Sosial Bagi <i>Family Caregiver</i> dalam Merawat Pasien Demensia Putri Utami Ayu Muninggar, Christantie Effendy, Heny Suseani Pangastuti	30-39
5	Gambaran Keterampilan Mahasiswa Keperawatan dalam Melaksanakan Prosedur Pembalutan Luka pada Pelatihan <i>Basic Trauma and Cardiac Life Support</i> Hanifa Nurul Zahra, Sutono, Anita Kustanti	40-47
6	Gambaran Perilaku Anak Berkebutuhan Khusus dan Penanganannya oleh Guru di Sekolah Dasar Inklusi Kabupaten Sleman Kusuma Ayu Rachmasari, Sri Hartini, Itsna Lutfi Kholisa, Yai Suryo Prabandari	48-60

Hubungan Stres dengan Konsep Diri Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Yogyakarta

The Correlation between Stress and Self-Concept of Female Prisoners in Yogyakarta Women's Correctional Institution

Yanuarta Sulistiyawati^{1*}, Puji Sutarjo², Ibrahim Rahmat³

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

²Rumah Sakit Ghrasia, Yogyakarta

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

ABSTRACT

Background : Female prisoner suffers more stressful situation. Stress can cause a change in life that response emotionally in the form of negative feelings to oneself. These negative feelings can affect the self-concept response of the individual to become maladaptive.

Objective: To know the correlation between stress and self-concept of female prisoners in Women's Correctional Institution (Lembaga Pemasyarakatan Perempuan/LPP) in Yogyakarta.

Methods: This was non-experimental quantitative research with correlational analytics and cross-sectional design. The study was conducted at LPP Yogyakarta in December 2017. The sample in this study was female prisoners in LPP Class IIB Yogyakarta, which amounted to 64 people. The sampling technique used in this study was the consecutive sampling technique. Stress measurement was using the Windistiar's instrument and self-concept measurements was using the Rahmat's instrument as basis, then they were modified by the researchers. The analysis used in this study was univariate and bivariate analysis that using chi-square test.

Results: The majority of respondents had low level stress (79,69%) and negative self-concept (51,6%). Moreover, p value for chi-square test of the correlation between the stress level and self-concept, was 0,001.

Conclusion: There is a correlation between stress and self-concept of female prisoners in LPP Yogyakarta.

Keyword: female, prisoner, stress, self-concept

ABSTRAK

Latar belakang: Menjalani hukuman di lembaga pemasyarakatan merupakan situasi yang penuh dengan stres, terlebih untuk narapidana wanita. Stres dapat menyebabkan perubahan dalam kehidupan, yang memberi respons emosional dalam bentuk perasaan negatif terhadap diri sendiri. Perasaan negatif tersebut dapat memengaruhi respons konsep diri individu, sehingga menjadi maladaptif.

Tujuan: Mengetahui hubungan antara stres dengan konsep diri pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan (LPP) Yogyakarta.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian analitik korelasional dengan rancangan *cross-sectional*. Penelitian dilakukan di LPP Kelas II B Yogyakarta, pada Bulan Desember 2017. Sampel dalam penelitian ini adalah narapidana wanita di LPP Yogyakarta yang berjumlah 64 orang. Teknik sampling yang digunakan, yaitu *consecutive sampling*. Pengukuran stres menggunakan instrumen dari Windistiar dan pengukuran konsep diri menggunakan instrumen Rahmat yang dimodifikasi oleh peneliti. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis *univariat* dan *bivariat*, menggunakan uji *chi-square*.

Hasil: Mayoritas responden memiliki tingkat stres yang rendah (79,69%) dan memiliki konsep diri yang negatif (51,6%). Berdasarkan hasil uji *chi-square* pada hubungan antara tingkat stres dengan konsep diri, didapatkan nilai p *value* sebesar 0,001.

Corresponding Author: Yanuarta Sulistiyawati

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

Email: yanuarta.sulistiyawati@mail.ugm.ac.id

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara stres dengan konsep diri pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta.

Kata kunci: konsep diri, lembaga pemasyarakatan perempuan, narapidana wanita, stres

PENDAHULUAN

Kriminalitas atau kejahatan merupakan suatu persoalan yang menyangkut keamanan, ketenteraman dan dapat memengaruhi aktivitas sosial, ekonomi, dan politik.¹ Rerata tindak kejahatan atau tindak pidana yang telah terjadi yaitu lebih sering dilakukan oleh laki-laki. Namun, perbedaan antar jenis kelamin berfluktuasi dengan kelas kejahatan, waktu, dan lingkungan sosial, sehingga wanita pun dapat melakukan tindak kejahatan dan menjadi narapidana.²

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995,³ narapidana dapat mengalami hilangnya kemerdekaan di lembaga pemasyarakatan. Narapidana laki-laki maupun wanita memiliki hak dan kewajiban yang sama di dalam lembaga pemasyarakatan, namun secara psikologis keadaan mereka berbeda.⁴ Binswanger *et al.*⁵ melaporkan bahwa wanita memiliki beban lebih tinggi daripada laki-laki, terkait gangguan kesehatan kronik dan gangguan psikiatris di dalam lembaga pemasyarakatan. Penelitian Pratama⁶ menjelaskan bahwa kondisi psikologis pada narapidana di lembaga pemasyarakatan, di antaranya mereka merasa stres karena berpisah dari keluarga, tertekan, sedih, menutup diri, dan bahkan mengalami depresi.

Lingkungan baru yang dipengaruhi oleh waktu dan frekuensi serta jumlah stresor dalam jangka waktu tertentu, dapat menyebabkan individu mengalami stres. Stres yang maladaptif akan membuat perubahan-perubahan dalam individu dengan respons secara emosional dan membentuk perasaan negatif terhadap diri sendiri. Hal tersebut adalah sebuah stresor yang dapat memengaruhi konsep diri individu, yang meliputi gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri.⁷⁻¹⁰

Konsep diri yang negatif akan memengaruhi kehidupan seseorang. Hal tersebut akan menjadikan seseorang memiliki perasaan menolak, sehingga berperilaku menutup diri dan dapat memicu terjadinya perilaku bermasalah, serta menghambat kesehatan mental. Seseorang dapat mengalami kerancuan identitas atau merasa kehilangan identitas pribadinya ketika konsep dirinya menjadi perilaku yang maladaptif.^{8,11,12}

Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada narapidana wanita, didapatkan bahwa narapidana wanita merasa tegang dengan kondisi di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan (LPP) Yogyakarta. Ada yang merasa takut dengan teman sendiri karena adanya kelompok-kelompok tertentu di dalam LPP yang menimbulkan permusuhan. Narapidana juga mengatakan bahwa ada titik jenuh menjalani semua kegiatan di LPP dan merasa perannya tidak dapat dijalankan.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, peneliti tertarik dengan kondisi stres dan konsep diri yang terjadi pada narapidana wanita. Sejauh pengetahuan peneliti, penelitian yang menghubungkan stres dengan konsep diri pada narapidana wanita masih terbatas. Oleh

karena itu, peneliti melakukan penelitian mengenai hubungan stres dengan konsep diri pada narapidana wanita di LPP Kelas II B Yogyakarta.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara stres dengan konsep diri pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta. Penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui tingkat stres dengan komponen konsep diri yang meliputi gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi analitik dengan rancangan cross sectional. Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2017 di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan (LPP) di Yogyakarta. Sampel yang digunakan, yaitu narapidana wanita dengan besar sampel 67 responden. Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik consecutive sampling. Kriteria inklusi meliputi menjalani masa pidana di LPP Yogyakarta, mampu membaca dan menulis, merupakan narapidana wanita yang diizinkan oleh LPP Yogyakarta untuk diikutsertakan dalam penelitian dengan kebijakan tertentu, serta narapidana yang bersedia menjadi responden. Sementara itu, kriteria eksklusi meliputi narapidana residivis, tidak sedang berada di LPP saat pengambilan data, dan memiliki riwayat gangguan kesehatan jiwa dari catatan yang ada. Jumlah responden yang terlibat dalam penelitian ini adalah 64 orang dari total 71 orang narapidana.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini yaitu instrumen stres berdasarkan teori Taylor dalam penelitian Windistiar¹³ yang telah digunakan pada populasi narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Wanita Kelas II A Malang dan instrumen konsep diri yang peneliti modifikasi dari penelitian Rahmat¹⁴ dan Sigalingging.¹⁵ Instrumen stres oleh Windistiar¹³ telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan hasil yaitu indeks validitas 0,25-0,75 dan nilai reliabilitas 0,92, sehingga tidak dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas ulang. Instrumen ini memiliki 24 unit dengan aspek yang diukur, meliputi aspek kognitif, afektif, behaviour, dan fisiologis. Sementara itu, instrumen yang peneliti modifikasi, telah diuji validitas dan reliabilitas secara terpakai dengan hasil indeks validitas 0,319-0,653 dan nilai reliabilitas 0,886. Instrumen ini memiliki 38 unit dengan komponen gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri dan identitas diri. Kedua instrumen ini diberikan kepada responden dan peneliti menjelaskan cara pengisiannya pada setiap kuesioner yang telah disiapkan.

Peneliti menggunakan analisis *univariat* dan *bivariat*. Analisis univariat dilakukan untuk menganalisis karakteristik responden, gambaran stres, dan gambaran konsep diri pada narapidana wanita dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase. Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara stres dan konsep diri pada narapidana wanita. Analisis uji hubungan yang digunakan yaitu *chi-square*.

Penelitian ini telah mendapatkan ethical approval dari Komite Etik Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada pada tanggal 3 November

2017, dengan nomor etik KE/FK/1177/EC/2017. Selain itu, peneliti juga mempersiapkan informed consent yang wajib diisi oleh narapidana wanita, sebagai tanda bahwa mereka bersedia menjadi responden penelitian.

HASIL

Karakteristik responden dalam penelitian disajikan dalam Tabel 1. Karakteristik responden meliputi usia, status perkawinan, kepemilikan anak, pendidikan terakhir, riwayat pekerjaan, lama tinggal, dan lama hukuman di LPP, serta asal daerah narapidana wanita di LPP Yogyakarta.

Tabel 1. Karakteristik responden pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Yogyakarta (n = 64)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia (tahun)		
20-40	47	73,4
41-60	17	26,6
Status Perkawinan		
Belum menikah	10	15,6
Janda	21	32,8
Sudah menikah	33	51,6
Anak		
Memiliki anak	50	78,1
Tidak memiliki anak	14	21,9
Pendidikan terakhir		
SD	2	3,1
SMP	13	20,3
SMA	39	60,9
PT	10	15,6
Riwayat pekerjaan		
Bekerja	36	56,3
Tidak bekerja	28	43,8
Lama tinggal di LPP		
≤ 1 tahun	27	42,2
> 1 tahun	37	57,8
Lama hukuman di LPP		
≤ 1 tahun	14	21,9
> 1 tahun	50	78,1
Asal daerah		
DIY	44	68,8
Luar DIY	20	31,3

Karakteristik responden penelitian yang ditinjau dari segi usia, yaitu paling banyak berusia dewasa tengah, dalam rentang usia 20-40 tahun (73,4%). Lebih dari setengah total responden sudah menikah dan atau pernah menikah/janda (51,6%). Mayoritas, sebanyak 50 responden (78,1%) sudah memiliki anak. Berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan sampai SMA (60,9%). Sementara itu, lebih dari setengah responden yang menjadi narapidana, berstatus bekerja (56,3%) dan berasal dari DIY sebanyak 44 orang (68,8%).

Sebagian besar responden dalam penelitian ini telah menjalani masa pidana dan tinggal di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Yogyakarta selama lebih dari 1 tahun (57,8%). dengan

lama hukuman yang diberikan terbanyak lebih dari satu tahun (78,1%).

Gambaran stres dan konsep diri narapidana wanita disajikan dalam Tabel 2. Stres dikategorikan tinggi dan rendah. Sementara itu, konsep diri dikategorikan sebagai berikut; konsep diri positif dan negatif; gambaran diri positif dan negatif; ideal diri realistis dan tidak realistis; harga diri tinggi dan rendah; peran diri sesuai dan tidak sesuai; serta identitas diri yang utuh dan tidak utuh.

Tabel 2. Gambaran stres dan konsep diri narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Yogyakarta (n = 64)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Stres		
Tinggi (> 56)	13	20,3
Rendah (\leq 56)	51	79,9
Konsep diri (umum)		
Positif (> 121,61)	31	48,4
Negatif (\leq 121,61)	33	51,6
Gambaran diri		
Positif (> 21,75)	35	54,7
Negatif (\leq 21,75)	29	45,3
Ideal diri		
Realistis (> 12,28)	31	48,4
Tidak realistis (\leq 12,28)	33	51,6
Harga diri		
Tinggi (> 30,86)	31	48,4
Rendah (\leq 30,86)	33	51,6
Peran diri		
Sesuai (> 33,69)	35	54,7
Tidak sesuai (\leq 33,69)	29	45,3
Identitas diri		
Utuh (> 23,03)	31	48,4
Tidak utuh (\leq 23,03)	33	51,6

Berdasarkan Tabel 2, dapat diketahui bahwa stres pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta tergolong rendah. Hal ini menunjukkan bahwa keadaan tertekan yang ditunjukkan dari aspek fisiologis, *behaviour*, kognitif dan afektif pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta tidak dalam kategori stres yang tinggi.

Narapidana wanita lebih banyak memiliki konsep diri negatif (51,6%). Hasil ini serupa dengan komponen konsep, yaitu ideal diri tidak realistis, harga diri rendah, serta identitas diri tidak utuh, dengan masing-masing berjumlah 33 orang (51,6%). Sementara itu, lebih dari setengah total responden memiliki gambaran diri positif dan peran diri yang sesuai (54,7%). Hal ini dapat disimpulkan, bahwa walaupun konsep diri narapidana wanita di LPP Yogyakarta tergolong negatif, namun beberapa komponen dari konsep diri tersebut ada yang bernilai positif.

Uji beda dilakukan untuk mengetahui karakteristik responden yang secara signifikan dapat memengaruhi kondisi stres dan konsep diri pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta. Hasil uji beda disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil uji beda tingkat stres dan konsep diri berdasarkan karakteristik narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Yogyakarta (n = 64)

Karakteristik Responden	Tingkat Stres			Konsep Diri		
	Tinggi f(%)	Rendah f(%)	p-value	Positif f(%)	Negatif f(%)	p-value
Usia (tahun)			0,307 ^a			0,033 ^a
20-40	11(17,2)	36(56,3)		19(29,7)	28(43,8)	
41-60	2 (3,1)	15(23,4)		12(18,8)	5 (7,8%)	
Status perkawinan			0,378 ^a			0,561 ^a
Belum menikah	1(1,6)	9 (14,1)		4(6,3)	6 (9,4)	
Sudah menikah	12(18,8)	42(65,6)		27(42,2)	27(42,2)	
Anak			0,526 ^a			0,636 ^a
Memiliki anak	11(17,2)	39(60,9)		25(39,1)	25(39,1)	
Tidak memiliki anak	2 (3,1)	12(18,8)		6(9,4)	8 (12,5)	
Pendidikan terakhir			0,485 ^a			0,181 ^a
Pendidikan dasar	4(6,3)	11(17,2)		5(7,8)	10(15,6)	
Pendidikan tinggi	9(14,1)	40(62,5)		26(40,6)	23(35,9)	
Pekerjaan			0,411 ^a			0,777 ^a
Bekerja	6(9,4)	30(46,9)		18(28,1)	18(28,1)	
Tidak bekerja	7(10,9)	21(32,8)		13(20,3)	15(23,4)	
Lama tinggal di LPP			0,350 ^a			0,585 ^a
≤ 1 tahun	4(6,3)	23(35,9)		12(18,8)	15(23,4)	
> 1 tahun	9(14,1)	28(43,8)		19(29,7)	18(28,1)	
Lama hukuman di LPP			0,055 ^b			0,636 ^a
≤ 1 tahun	0(0)	14(21,9)		6 (9,4)	8(12,5)	
> 1 tahun	13(20,3)	37(57,8)		25(39,1)	25(39,1)	
Asal daerah			0,049 ^a			0,362 ^a
DIY	6(9,4)	38(59,4)		23(35,9)	21(32,8)	
Luar DIY	7(10,9)	13(20,3)		8 (12,5)	12(18,8)	

Keterangan: ^a) *Chi-square test*; ^b) *Fisher exact test*, *) Signifikan ($p < 0,05$)

Tabel 4. Hasil analisis hubungan tingkat stres dengan konsep diri dan komponen-komponen konsep diri pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Yogyakarta (n = 64)

Komponen Konsep Diri	Kategori Stres				p-value
	Tinggi		Rendah		
	f	%	f	%	
Konsep diri (Umum)					
Positif	1	1,6	30	46,9	0,001*
Negatif	12	18,8	21	32,8	
Gambaran diri					
Positif	6	9,4	29	54,7	0,489
Negatif	7	10,9	22	34,4	
Ideal diri					
Realistis	3	4,7	28	48,4	0,040*
Tidak realistis	10	15,6	23	35,9	
Harga diri					
Tinggi	3	4,7	28	43,8	0,040*
Rendah	10	15,6	23	35,9	
Peran diri					
Sesuai	2	3,1	33	51,6	0,001*
Tidak sesuai	11	17,2	18	28,1	
Identitas diri					
Utuh	2	3,1	29	45,3	0,008*
Tidak utuh	11	17,2	22	34,4	

Keterangan: *) Signifikan ($p < 0,05$)

Hasil uji beda menunjukkan bahwa asal daerah secara signifikan dapat memengaruhi stres pada narapidana wanita, yaitu dengan nilai $p = 0,049$. Sementara itu, usia secara signifikan

dapat memengaruhi konsep diri narapidana wanita yaitu dengan nilai $p = 0,033$.

Berdasarkan uji *chi-square* pada hubungan antara tingkat stres dengan konsep diri didapatkan nilai p value sebesar 0,001. Sementara itu, terdapat hubungan tingkat stres dengan semua komponen konsep diri, kecuali pada komponen gambaran diri.

PEMBAHASAN

Tingkat stres pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta mayoritas tergolong rendah. Hampir 80% narapidana wanita di LPP Yogyakarta mengalami stres tingkat rendah. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Fajarani¹⁶ yang menunjukkan bahwa narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II A Kota Bogor sebanyak 49 orang (83%), dari total 59 orang mengalami stres yang ringan. Penelitian Juniartha¹⁷ memperoleh hasil yang tidak jauh berbeda, yakni di Lapas Kelas II A Denpasar, narapidana wanita berada pada kategori stres tingkat sedang, yaitu sebanyak 38 orang (59,4%) dari 64 orang.

Stres yang rendah berhubungan dengan manajemen stres yang melibatkan strategi koping dari tiap individu. Strategi koping yang adaptif akan membuat individu dapat melindungi dirinya dari bahaya, serta memperkuat diri dalam menghadapi situasi yang menantang. Stres yang rendah juga berhubungan dengan rentang respons emosi. Kemampuan merespons terhadap emosi, tergolong adaptif. Hal tersebut dapat terjadi jika individu dapat bersikap terbuka dan menyadari situasi yang dialaminya.^{8,18}

Konsep diri pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta didapatkan hampir sebanding antara konsep diri positif dan konsep diri negatif. Namun, persentase konsep diri negatif didapatkan agak lebih tinggi, yaitu sebanyak 33 narapidana (51,6%). Hal ini berbeda dengan penelitian Silviana¹⁹ bahwa konsep diri narapidana wanita di Rumah Tahanan (Rutan) Lhoknga Aceh Besar termasuk dalam kategori positif. Hal tersebut terjadi karena di Rutan tersebut, para narapidana selalu mengikuti berbagai konseling dan pendidikan mengenai diri mereka, sehingga narapidana dapat lebih optimis dalam menjalani hidup.

Gambaran diri narapidana wanita di LPP Kelas II B Yogyakarta cenderung positif, pada 35 orang dari total 60 responden. Hal ini sejalan dengan penelitian Silviana,¹⁹ bahwa narapidana wanita memiliki gambaran diri yang positif sebanyak 37 narapidana (74%). Gambaran diri bersifat dinamis karena setiap perubahan pada struktur dan fungsi tubuh termasuk di dalamnya pertumbuhan dan perkembangan yang normal, akan dapat memengaruhi gambaran diri seseorang. Gambaran diri dipengaruhi oleh karakteristik dan kemampuan fisik, serta pandangan dari orang lain.^{7,9}

Tiga puluh tiga responden di LPP ini memiliki ideal diri yang tidak realistis. Hasil ini sesuai dengan jumlah responden dalam kategori konsep diri negatif. Ideal diri berkaitan dengan bagaimana individu memandang apa yang telah ia capai sampai saat ini, serta menciptakan harapan diri yang didasarkan pada norma masyarakat, agar dapat menyesuaikan diri.⁸ Narapidana wanita tidak dapat melanjutkan harapan-harapan di fase tugas perkembangannya

karena harus menerima hukuman akibat dari perbuatannya. Hal ini diperkuat dengan penelitian Ping²⁰ bahwa narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Kota Tenggarong merasa sangat sedih dengan keadaan yang dialami dan merasa tidak mempunyai harapan. Meskipun masih tetap ada beberapa harapan dari narapidana, namun tidak semua harapan akan sesuai dengan realitas yang ada.²¹

Harga diri 33 narapidana wanita di LPP Yogyakarta cenderung rendah. Hal ini sejalan dengan penelitian Torkaman *et al.*²² pada narapidana di bagian tenggara Iran, bahwa mayoritas narapidana memiliki harga diri yang rendah. Rendahnya harga diri ini berkaitan dengan masalah psikologis dan perasaan gagal, serta penghinaan. Individu dengan harga diri yang rendah akan menganggap diri mereka tidak kompeten, tidak dicintai, tidak aman, dan tidak layak.¹⁸

Kesesuaian peran narapidana wanita di LPP Yogyakarta ini ditemukan lebih banyak yaitu pada 35 responden. Hal ini sejalan dengan penelitian Silviana¹⁹ bahwa narapidana wanita di Rutan Lhoknga Aceh Besar memiliki peran diri yang sesuai sebanyak 35 narapidana (70%). Peran merupakan perilaku yang diharapkan dan telah diterima oleh keluarga, kultur, dan komunitas. Peran perilaku dapat didasarkan pada pola yang telah ditetapkan melalui sosialisasi.⁹ Oleh karena itu, dapat digambarkan bahwa narapidana wanita di LPP Kelas II B Yogyakarta telah dapat bersosialisasi dengan kegiatan-kegiatan di LPP, sehingga narapidana memiliki kesadaran mengenai kesalahannya dan merasa mengerti, serta menerima bahwa hukuman kurungan di LPP merupakan hal yang tepat untuk diperankan saat ini.

Tiga puluh tiga narapidana wanita di LPP Yogyakarta memiliki identitas yang tidak utuh. Keutuhan identitas merupakan kesadaran untuk menjadi diri sendiri berdasarkan pengamatan diri dan penilaian.⁸ Penelitian Rowe²³ memberikan penjelasan bahwa konsep diri dan identitas akan terlihat dalam catatan pengalaman selama masa tinggal di lembaga pemasyarakatan. Oleh karena itu, pemaknaan diri akan muncul seiring dengan pengalaman sehari-hari yang dilalui, serta dampak atau makna pemasyarakatan pada narapidana wanita.

Hasil uji hubungan stres dengan konsep diri narapidana wanita di LPP Kelas II B Yogyakarta menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara stres dengan konsep diri pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta. Narapidana wanita dengan konsep diri negatif dalam jumlah yang lebih banyak, yaitu 33 orang (51,6%). Namun berdasarkan hasil uji hubungan menggambarkan bahwa narapidana wanita di LPP Yogyakarta lebih banyak memiliki tingkat stres yang rendah, dengan konsep diri positif, yaitu sebanyak 30 responden (46,9%). Stres yang rendah membuat konsep diri pada narapidana wanita lebih positif karena dengan stres yang rendah, seseorang telah memiliki mekanisme pertahanan diri yang lebih baik, sehingga perasaan positif terhadap diri akan terbentuk dan persepsi baik terhadap diri dan lingkungan akan terbentuk pula. Hal tersebut yang dapat membuat konsep diri seseorang menjadi positif, dalam keadaan stres yang rendah.^{10,18}

Sementara itu, terdapat narapidana wanita yang mengalami stres rendah dengan konsep diri

negatif, yaitu sebanyak 21 responden (32,8%). Proses hukuman penjara atau pemasyarakatan ini menggambarkan pengalaman yang dijalani narapidana. Walaupun narapidana wanita di LPP Yogyakarta memiliki stres yang rendah, tetapi pengalaman-pengalaman yang telah dijalani dapat berdampak pada peningkatan fokus dalam diri responden masing-masing. Hal ini dapat memicu transformasi dalam dinamika konsep diri wanita yang menjalani kehidupan di penjara atau dalam proses pemasyarakatan.²⁴ Stres yang rendah pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta dapat dipengaruhi oleh pembinaan yang telah diikuti, seperti kegiatan fisik atau kesenian sebagai cara untuk mengalihkan perasaan stres yang dialami narapidana. Walaupun pembinaan telah dijalani narapidana, namun proses konseling atau pembinaan secara psikologis belum dilakukan oleh tenaga ahli seperti psikiatri, psikolog, atau perawat jiwa, sehingga identifikasi masalah psikologis yang terkait nilai individu, belum tergali secara detail dan mendalam. Hal tersebut yang memungkinkan kondisi bahwa sebagian narapidana wanita di LPP Yogyakarta memiliki stres yang rendah, tetapi konsep diri negatif.

Beberapa narapidana wanita di LPP Yogyakarta, memiliki stres yang rendah dan memiliki gambaran diri yang positif. Stres yang rendah dapat memicu citra tubuh menjadi lebih positif karena perasaan positif yang muncul pada seorang individu, begitu juga sebaliknya.²⁵

Narapidana wanita di LPP Yogyakarta memiliki stres yang rendah dengan ideal diri yang realistis. Stres rendah yang dialami narapidana wanita dapat menggambarkan bahwa narapidana wanita telah menerima dirinya sebagai individu yang harus kehilangan kebebasan fisik sebagai wanita, akibat dari kesalahan yang telah dilakukan. Namun di sisi lain, tidak menutup kemungkinan bahwa narapidana mempunyai harapan-harapan yang tidak sesuai dengan realitas yang ada.^{21,26}

Berdasarkan Juniartha *et al.*,¹⁷ seorang narapidana akan kehilangan kepribadiannya akibat peraturan dan tata cara hidup di Lapas. Jiwanya dapat tertekan sehingga berdampak pada kondisi psikologis, berupa penurunan harga diri. Penjelasan tersebut sejalan dengan hasil penelitian, yaitu narapidana wanita memiliki ideal diri yang tidak realistis disebabkan oleh persepsi narapidana, bahwa harapan-harapan di fase tugas perkembangannya tidak dapat terealisasi karena harus menerima hukuman akibat dari perbuatannya.

Narapidana yang telah menerima dirinya menjadi seorang narapidana yang harus dihukum akibat kesalahannya dapat berhubungan dengan ekspektasi peran yang harus ditanggung narapidana. Stuart⁸ mengatakan bahwa salah satu faktor yang memengaruhi penyesuaian seseorang terhadap peran adalah pengetahuannya tentang ekspektasi peran yang harus dijalankan.

Narapidana wanita yang sudah menerima dirinya menjadi seorang narapidana akan memiliki stres yang rendah. Namun komitmen terhadap identitas dirinya masih dapat berubah ketika berinteraksi dengan orang lain. Paterline & Orr²⁷ mengatakan bahwa komitmen terhadap identitas merupakan sebuah motivasi utama individu untuk bertindak sesuai dengan nilai dan norma. Sebuah identitas ditunjukkan dengan hubungan individu dan orang lain. Semakin

penting atau bernilai sebuah identitas, maka individu akan merasa lebih berkomitmen dengan identitasnya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Mayoritas narapidana wanita di LPP Yogyakarta memiliki stres yang rendah dan konsep diri yang negatif. Sementara itu, hasil uji hubungan menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara tingkat stres dengan konsep diri pada narapidana wanita di LPP Yogyakarta.

Narapidana wanita di LPP Yogyakarta diharapkan dengan aktif dan rutin mengikuti pembinaan kemandirian dan kepribadian yang sudah direncanakan oleh LPP Yogyakarta. Sementara itu, LPP Yogyakarta diharapkan dapat bekerja sama dengan psikolog, dokter jiwa, dan perawat jiwa dalam memberikan pembinaan kepribadian dan melakukan pelatihan konseling psikologi bagi pegawai yang mengampu narapidana. Oleh karena itu, perawat jiwa dapat turut serta dalam pelayanan keperawatan jiwa dan bekerja sama dengan LPP dalam memberikan pembinaan kepribadian.

Harapannya, ada peneliti selanjutnya yang tertarik dengan topik stres dan konsep diri di kalangan narapidana wanita. Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian menggunakan kuesioner yang sudah dipatenkan, di antaranya kuesioner stres dan kuesioner konsep diri. Peneliti selanjutnya juga dapat menambahkan jumlah sampel dalam penelitian, agar hasil penelitian dapat menginterpretasikan variabel secara nyata.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih pada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik, Kementerian Hukum dan HAM Kanwil DIY, serta Kepala LPP Yogyakarta yang telah memberikan izin sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan lancar. Ucapan terima kasih juga peneliti sampaikan kepada para ahli yang terlibat dalam judgement expert untuk instrumen dalam penelitian ini; segenap sipir LPP Yogyakarta yang telah membimbing, memberikan saran dan informasi kepada peneliti; serta keluarga besar narapidana wanita Yogyakarta yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Akay YV, Santoso AJ, Rahayu FLS. Metode User Centered Design [UCD] dalam Perancangan Sistem Informasi Geografis Pemetaan Tindak Kriminalitas [Studi Kasus: Kota Manado]. Pros Semin Nas ReTII. 2012; 1–6.
2. Sumarawu Y. Narapidana Perempuan dalam Penjara (Suatu Kajian Antropologi Gender). *J Soc Cult*. 2013; (11): 1–17.
3. Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan. Jakarta: Sekretariat Negara; 1995.
4. Ardilla F, Herdiana I. Penerimaan Diri pada Narapidana Wanita. *J Psikol Kepribadian dan Sos*. 2013; 2(1).
5. Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *Am J Public Health*. 2010;100(3): 476–82. <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2008.149591>.
6. Pratama FA. Kesejahteraan Psikologis pada Narapidana di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II A [Skripsi]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2016.
7. DeLaune S, Ladner P. *Fundamentals of Nursing: Standards and Practice Fourth Edition*. USA: Delmar Cengage Learning; 2011.
8. Stuart GW. *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*, 10th Edition. St. Louis: Elsevier Mosby; 2013.
9. Potter PA, Perry AG. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC; 2005.

10. Sofiana L, Elita V, Utomo W. Hubungan antara Stres dengan Konsep diri pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *J Ners Indones*. 2012; 2(2): 167–76.
11. Najib MR. Konstruksi Konsep Diri Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II A Palu. *J Kinesik*. 2016; 3(2).
12. Widiantoro FW. Deskripsi Kesadaran Faktor Protektif dan Faktor Risiko dalam Proses Reintegrasi Sosial pada Narapidana Perempuan. *J Psikol*. 2016; 12(1): 88–99.
13. Windistiari DE. Hubungan Dukungan Sosial dengan Stres Narapidana Wanita [Skripsi]. Malang: Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Malang; 2016.
14. Rahmat I. Upaya Peningkatan Kualitas Konsep Diri pada Pasien dengan Gangguan Jiwa melalui Pelatihan Community Mental Health Nursing (CMHN) dan Penggunaan Pedoman Pengkajian Konsep Diri (PPKD) di Wilayah Puskesmas Bantul [Disertasi]. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada; 2015.
15. Sigalingging M. Gambaran Konsep Diri pada Mahasiswa Fakultas Keperawatan USU [Skripsi]. Medan: Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara; 2015.
16. Anggit F, Ni A. Tingkat Stres dan Harga Diri Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II A Kota Bogor. *J Ris Kesehat*. 2017; 9(2): 26–33. <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v9i2.288>.
17. Juniartha IN, Ruspawan IM, Sipahutar IE. Hubungan antara Harga Diri (Self-Esteem) dengan Tingkat Stres Narapidana Wanita di Lapas Kelas II A Denpasar. *Coping Ners J*. 2015; 3(1).
18. Townsend MC. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concept of Care in Evidence-Based Practice*. USA: F.A. Davis Company; 2009.
19. Silviana CR. Gambaran Konsep Diri Narapidana Wanita di Cabang Rumah Tahanan Lhoknga Aceh Besar [Skripsi]. Banda Aceh: Universitas Syiah Kuala; 2014.
20. Ping ES. Hubungan Dukungan Sosial dengan Depresi pada Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Kota Tenggarong. *Psikoborneo*. 2016; 4(2): 301–12. <http://dx.doi.org/10.30872/psikoborneo.v4i2.4010>.
21. Meilina CP. Dampak Psikologis bagi Narapidana Wanita yang Melakukan Tindak Pidana Pembunuhan dan Upaya Penanggulangannya. Malang: Fakultas Hukum, Universitas Brawijaya.; 2013.
22. Torkaman M, Miri S, Farokhzadian J. Relationship between Adaptation and Self-Esteem in Addicted Female Prisoners in The South East of Iran. *Int J Adolesc Med Health*. 2018; 32(4). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0168>.
23. Rowe A. Narratives of Self and Identity in Women's Prisons: Stigma and The Struggle for Self-Definition in Penal Regimes. *Punishm Soc*. 2011; 13(5): 571–91. <https://doi.org/10.1177/1462474511422151>.
24. Basilio LRM, Roazzi A, Nascimento AM do, Escobar JAC. Self-Concept Dialectical Transformation: A Study in A Women's Prison. *Estud Psicol [Internet]*. 2017 Jun; 34(2): 305–14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2017000200305&lng=en&tlng=en.
25. Umar R, Rottie J, Lolong J. Hubungan Stres dengan Citra Tubuh pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II di Rumah Sakit Pancaran Kasih GMIM Manado. *J Keperawatan UNSRAT*. 2017; 5(1): 113593. <https://doi.org/10.35790/jkp.v5i1.14884>.
26. Yusuf A, Fitriyasaki R, Nihayati HE. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
27. Paterline BA, Orr D. Adaptation to Prison and Inmate Self-Concept. *J Psychol Behav Sci*. 2016; 4(2): 70–9. <https://doi.org/10.15640/jpbs.v4n2a6>

Perbedaan Pengetahuan dan Upaya Teman Sebaya dalam Pencegahan Perilaku Merokok pada Remaja SMA di Area *Rural* dan Urban

Comparative Study of Knowledge and Peer Efforts in Preventing Smoking Behavior in High School Teenagers in Rural and Urban Kabupaten Bantul

Tri Yuniyanti^{1*}, Purwanta², Wenny Artanty Nisman³

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

²Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

³Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: The prevalence of smoking in adolescents continues to increase. One of the influential things in adolescent smoking behavior is peers. Also the school environment. Not much research has been done on differences in peer knowledge and effort among adolescents living in rural and urban areas.

Objective: Knowing the comparison of knowledge and peer efforts in terms of preventing smoking behavior in high school adolescents in rural and urban areas of Bantul Regency.

Method: This research is a comparative descriptive study by design cross-sectional. The research was conducted in four high schools in Bantul Regency. A sample of 274 students was divided into two groups, namely rural and urban. The smoking knowledge questionnaire and peer smoking prevention questionnaire were used. Data analysis using test Mann Whitney.

Result: The level of knowledge about smoking among high school students in the urban area of Bantul significantly higher than in rural Bantul ($p < 0,05$). Peers' efforts to prevent smoking behavior were more frequent by rural Bantul students than urban Bantul students, but not significant ($p > 0,05$).

Conclusion: There are differences in the level of knowledge about smoking among high school students in rural and urban Bantul district, but not in the efforts of peers to prevent smoking.

Keywords: cigarettes, knowledge, smoking prevention efforts, rural, urban, youth

ABSTRAK

Latar belakang: Prevalensi perokok pada remaja terus meningkat. Salah satu hal yang berpengaruh dalam perilaku merokok remaja adalah teman sebaya. Selain itu lingkungan sekolah. Belum banyak penelitian tentang perbedaan pengetahuan dan upaya teman sebaya pada remaja yang tinggal di daerah *rural* dan urban.

Tujuan: Mengetahui komparasi pengetahuan dan upaya teman sebaya dalam hal pencegahan perilaku merokok pada remaja SMA di daerah *rural* dan urban Kabupaten Bantul.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif komparatif dengan rancangan *cross-sectional*. Penelitian dilakukan di empat SMA di Kabupaten Bantul. Sampel berjumlah 274 siswa yang terbagi menjadi dua kelompok yaitu *rural* dan urban. Kuesioner pengetahuan tentang rokok dan kuesioner upaya pencegahan merokok teman sebaya digunakan. Analisis data menggunakan uji *Mann Whitney*.

Hasil: Tingkat pengetahuan tentang rokok pada siswa SMA di daerah urban Bantul signifikan lebih tinggi dari daerah *rural* Bantul ($p < 0,05$). Upaya teman sebaya dalam pencegahan perilaku merokok lebih banyak dilakukan oleh siswa *rural* Bantul dibandingkan siswa urban Bantul, namun tidak signifikan ($p > 0,05$).

Kesimpulan: Ada perbedaan tingkat pengetahuan tentang rokok pada siswa SMA di *rural* dan urban Kabupaten Bantul, namun tidak dalam upaya teman sebaya dalam pencegahan merokok.

Kata kunci: pengetahuan, remaja, rokok, *rural*, upaya pencegahan merokok, urban

Corresponding Author: Tri Yuniyanti

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

Email: tri.yuniyanti@mail.ugm.ac.id

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan yang berhubungan dengan rokok disebabkan oleh racun yang terakumulasi pada tubuh perokok selama bertahun-tahun yang menyebabkan berbagai penyakit berbahaya.¹ Jumlah rupiah yang dikeluarkan pemerintah untuk hal tersebut tidak sebanding dengan jumlah yang diperoleh pemerintah dari cukai produksi rokok.² Jumlah perokok di dunia yang terus meningkat menyebabkan lebih dari 7 juta orang meninggal pada tahun 2017 dan pengeluaran layanan kesehatan secara global untuk penyakit karena rokok sejumlah US\$ 1,4 triliun.³ Indonesia menduduki peringkat 3 konsumsi rokok terbesar di dunia setelah China dan India dengan jumlah konsumsi rokok 4,8 milyar batang per hari setara dengan negara adidaya Rusia. Hal ini menjadikan rokok sebagai pengeluaran rumah tangga terbesar kedua setelah beras.⁴

Dua dari 3 orang Indonesia adalah perokok,⁵ sedangkan 7 dari 100 wanita adalah perokok aktif. Sekitar 20,3% anak usia sekolah adalah perokok aktif, 57,3% anak sekolah dalam rentang usia 13-15 tahun terpapar asap rokok dalam rumah serta ada 60% anak mendapatkan paparan rokok di tempat umum.^{6,7} Tiga puluh persen masyarakat Yogyakarta adalah perokok aktif. Perokok aktif yang didominasi oleh kepala rumah tangga menjadi terbiasa merokok di dalam rumah. Hal ini menyebabkan presentase perokok pasif lebih tinggi, karena di dalam rumah terdapat anggota keluarga lain yang melakukan aktivitasnya.⁸ Rokok menduduki peringkat kedua sebagai barang non makanan yang pengeluarannya cukup menyita rupiah di Kabupaten Bantul. Bahkan biaya yang dikeluarkan untuk rokok lebih banyak dari biaya yang dikeluarkan rumah tangga untuk kesehatan.⁹

Remaja di Kabupaten Bantul mulai merokok di usia yang bervariasi antara 8 sampai 14 tahun. Ditemukan kategori perokok sering pada remaja dengan rentang usia 12-17 tahun yang menunjukkan bahwa perilaku merokok remaja di Kabupaten Bantul bukan hanya sekedar pemenuhan rasa ingin tahu atau hanya coba-coba, namun merokok telah menjadi hal yang sering dilakukan dalam keseharian remaja.¹⁰ Masa remaja adalah masa yang dianggap paling tepat untuk melakukan usaha pencegahan perilaku merokok.¹¹ Mengingat karakteristik remaja yang suka mencari tantangan dan mencoba suatu hal baru, kelompok usia ini yang terus mengalami peningkatan jumlah perokok tiap tahunnya.¹² Salah satu tugas perkembangan remaja yang harus dicapai adalah mempunyai hubungan yang baru dan matang dengan teman sebaya, baik itu sesama jenisnya ataupun lawan jenis.¹³

Penerimaan dari kelompok sebaya sangatlah penting, bisa bergabung dan termasuk dalam kelompok serta tidak dianggap berbeda adalah motif yang mendominasi perilaku social remaja awal.¹⁴ Selain itu, tugas perkembangan lain adalah mencapai peran sosial yang menunjukkan sisi maskulin untuk laki-laki dan feminim untuk perempuan. Alat yang dianggap efektif untuk mencapai tugas perkembangan di atas adalah rokok. Faktor pergaulan atau lingkungan berpengaruh pada pelajar untuk merokok. Hal ini meliputi keadaan teman akrab atau teman bergaul yang juga seorang perokok. Selain itu, remaja juga berpendapat

dengan mereka merokok maka akan dianggap lebih maskulin dan dewasa di mata orang lain.¹⁵ Tingkat pengetahuan tentang bahaya rokok pada remaja yang tinggal dalam wilayah *rural* lebih rendah dari remaja yang tinggal urban. Hal ini menunjukkan bahwa wilayah tempat tinggal mempengaruhi pengetahuan remaja tentang rokok.¹⁶

Namun penelitian terkait perbedaan pengetahuan remaja tentang rokok dan upaya pencegahan perilaku merokok pada lingkungan urban dan *rural* masih belum banyak dilakukan khususnya di Yogyakarta. Oleh karena itu peneliti merasa penelitian ini perlu untuk dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan pengetahuan remaja tentang rokok dan upaya pencegahan perilaku merokok pada teman sebaya remaja SMA yang tinggal di lingkungan urban dan *rural*.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian komparatif dengan pendekatan kuantitatif dan rancangan *cross-sectional*. Penelitian komparatif dapat berupa komparatif deskriptif, yaitu membandingkan variabel yang sama untuk sampel yang berbeda.¹⁷ Penelitian ini dilakukan pada 4 SMA di daerah Bantul pada bulan September 2018.

Populasi pada penelitian ini adalah siswa sekolah menengah atas kelas XI di *rural* dan urban Kabupaten Bantul. Sampel pada penelitian ini adalah siswa sekolah menengah atas negeri atau swasta kelas XI sejumlah 274 siswa. Pengambilan sampel SMA menggunakan sistem *random* sederhana. Langkah pertama adalah menggolongkan sekolah berdasarkan kecamatan *rural* dan urban. Kemudian dilakukan pemilihan *random* sederhana untuk mengambil 2 sekolah di masing-masing wilayah dengan satu sekolah perwakilan negeri dan satu sekolah perwakilan swasta. Terpilih SMA Muhammadiyah Imogiri dan SMA Negeri 1 Bantul untuk daerah urban, lalu untuk daerah *rural* ada SMA Muhammadiyah Pleret dan SMA Negeri 1 Banguntapan. Sementara tehnik sampling yang digunakan untuk pemilihan kelas dilakukan dengan tehnik *accidental sampling* (yang sedang jam pelajaran olahraga). Pengambilan siswanya adalah menggunakan tehnik *consecutive sampling*. Adapun kriteria inklusi yang ditetapkan adalah: bersedia menjadi responden, tidak merokok mempunyai teman yang merokok, masuk sekolah saat pengambilan data dilakukan. Siswa SMA yang mengisi kuesioner namun tidak lengkap dieksklusikan.

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah instrumen karakteristik responden, instrumen pengetahuan tentang rokok, dan instrumen upaya pencegahan perilaku merokok teman sebaya berisi. Instrumen pengetahuan remaja tentang rokok diadopsi dari kuesioner Prabandari yang terdiri dari 28 pertanyaan. Sementara instrumen upaya pencegahan perilaku merokok teman sebaya menggunakan instrumen dari Ninggarwati yang terdiri dari 15 pertanyaan.

Uji validitas kedua instrumen dilakukan kepada 85 siswa SMAN 1 Sewon. Hasil uji validitas didapatkan untuk kuesioner pengetahuan adalah 17 pernyataan valid dan 11 pernyataan

tidak valid dengan rentang nilai 0,251 - 0,574 dengan rata-rata koefisien reliabilitas 0,431. Untuk instrumen upaya teman sebaya dalam pencegahan perilaku merokok didapatkan nilai reliabilitas *Cronbach Alpha* sebesar 0,820 dengan nilai validitas item pernyataan sebesar 0,379 - 0,739.

Analisis data yang dilakukan adalah analisis *univariat* dan *bivariat*. Uji *Mann Whitney* dilakukan setelah dari hasil uji normalitas didapatkan kedua data di kedua kelompok tidak terdistribusi normal. Penelitian ini telah mendapatkan kelayakan etik dari Komisi Etik FK-KMK UGM dengan nomor KE/FK/0889/EC/2018. Semua siswa yang setuju menjadi responden diminta untuk menandatangani *informed consent*.

HASIL

Dua SMA urban dan dua SMA *rural* yang menjadi sampel memiliki karakteristik lokasi yang cukup berbeda. Untuk daerah urban diwakili oleh SMAN 1 Bantul dan SMA Muhammadiyah Imogiri I. Sementara SMAN 1 Banguntapan dan SMA Muhammadiyah Peret mewakili daerah *rural*. Karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik responden (n = 274)

Karakteristik responden	Rural (n = 137)		Urban (n = 137)		Jumlah		Nilai p
	f	%	f	%	f	%	
Jenis kelamin							0,009*
Laki laki	52	38,0	32	23,4	84	30,7	
Perempuan	85	62,0	105	76,6	190	69,3	
Usia							0,644
15-17 tahun	126	92,0	128	93,4	254	92,7	
18-20 tahun	11	8,0	9	6,6	20	7,3	
Apakah merokok							0,904
Ya	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Tidak	137	100,0	137	100,0	274	100,0	
Apakah orang tua atau saudara ada yang merokok							
Ya	62	45,3	63	46,0	125	45,62	
Tidak	75	54,7	74	54,0	149	54,37	
Pernah mendapat informasi tentang rokok							
Ya	137	100,0	137	100,0	274	100,0	
Tidak	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Punya teman merokok							
Ya	137	100,0	137	100,0	274	100,0	
Tidak	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Keterangan: * Signifikan $p < 0,05$

Hasil pengisian kuesioner pada 274 siswa dari 4 sekolah sampel diperoleh data bahwa mayoritas adalah perempuan sejumlah 190 siswa atau sekitar 69,3% dari jumlah sampel. Untuk rentang usia sampel berkisar antara 15 sampai 20 tahun. Presentase sampel terbanyak berusia 16 tahun sebanyak 67,9%.

Pengetahuan remaja SMA ditampilkan pada Tabel 2. Tabel 2 menunjukkan bahwa 274 atau 89,1% siswa mempunyai tingkat pengetahuan yang baik tentang rokok dengan perbandingan

115 (83,9%) siswa SMA di daerah rural mempunyai pengetahuan tentang rokok yang baik dan 129 (94,2%) siswa SMA di daerah urban juga dalam tingkatan baik pada pengetahuan tentang rokok. Hal ini dikarenakan semua responden baik di daerah rural maupun daerah urban pernah mendapatkan informasi tentang rokok. Angka perbedaan presentase tingkat pengetahuan menunjukkan bahwa siswa SMA di daerah urban memiliki presentase yang lebih tinggi 10,2% daripada siswa SMA di daerah *rural*.

Tabel 2. Tingkat pengetahuan remaja SMA di *rural* dan urban Kabupaten Bantul (n = 274)

Pengetahuan	Rural (n = 137)		Urban (n = 137)		Jumlah		Nilai p
	f	%	f	%	f	%	
Baik (76-100%)	115	83,9	129	94,2	244	89,1	0,000*
Cukup (56-75%)	19	13,9	7	5,1	26	9,5	
Kurang (<56%)	3	2,2	1	0,7	4	1,5	

Keterangan: * Signifikan $p < 0,05$

Gambaran tingkat pengetahuan berdasarkan karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 3. Berdasarkan Tabel 3 dapat dilihat bahwa tingkat pengetahuan dengan nilai baik didominasi siswa perempuan sebanyak 180 (65,7%), sedangkan siswa laki-laki dengan nilai pengetahuan baik hanya 62 (22,6%) siswa. Untuk nilai pengetahuan kurang, hanya ditemukan pada siswa laki-laki sebanyak 4 (1,5%) siswa. Dilihat pada karakteristik responden, lebih banyak siswa perempuan yang menjadi responden dibandingkan dengan siswa laki-laki.

Tabel 3. Tingkat pengetahuan berdasarkan karakteristik responden (n = 274)

Karakteristik Responden	Tingkat Pengetahuan											
	Rural (n = 137)						Urban (n = 137)					
	Baik		Cukup		Kurang		Baik		Cukup		Kurang	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Jenis kelamin												
Laki-Laki	33	24,1	16	11,7	3	2,2	29	21,2	2	1,5	1	0,7
Perempuan	80	58,4	5	3,6	0	0,0	100	73,0	5	3,6	0	0,0
Usia												
15-17	106	77,4	17	12,4	3	2,2	123	89,8	5	3,6	0	0,0
18-20	9	6,6	2	1,4	0	0	6	4,4	2	1,5	1	0,7
Orang tua/ saudara merokok												
Ada	50	36,5	10	7,2	2	1,5	57	41,6	6	4,4	0	0,0
Tidak	65	47,5	9	6,6	1	0,7	72	52,6	1	0,7	1	0,7

Interpretasi upaya pencegahan perilaku merokok teman sebaya dibagi menjadi dua yaitu positif dan negatif. Remaja yang memiliki upaya positif berarti memiliki perilaku yang cenderung menghindari, membenci dan tidak mendukung perilaku merokok atau cenderung memiliki upaya pencegahan perilaku merokok. Sementara remaja yang memiliki upaya negatif adalah remaja yang memiliki kecenderungan mendukung merokok atau bahkan tidak peduli dengan perilaku merokok. Gambaran upaya pencegahan perilaku merokok teman sebaya ditampilkan pada Tabel 4. Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa hanya 36,5% responden yang memiliki nilai upaya positif terhadap perilaku merokok dengan perbandingan presentase yang hampir sama yaitu 51 siswa (37,2%) untuk daerah rural dan 49 siswa (35,8%) untuk daerah

urban. Bisa dikatakan bahwa ada perbedaan namun tidak signifikan untuk upaya pencegahan merokok teman sebaya baik di rural maupun di urban Kabupaten Bantul. Hal ini dibuktikan dengan nilai $p > 0,05$.

Tabel 4. Gambaran upaya teman sebaya dalam pencegahan perilaku merokok remaja SMA di rural dan urban Kabupaten Bantul (n = 274)

Upaya	Rural (n = 137)		Urban (n = 137)		Jumlah		Nilai p
	f	%	f	%	f	%	
Positif ($\geq 50\%$)	51	37,2	49	35,8	100	36,5	0,162
Negatif ($< 50\%$)	86	62,7	88	64,2	174	63,5	

Gambaran upaya remaja SMA dalam pencegahan perilaku merokok teman sebaya ditampilkan pada Tabel 5.

Tabel 5. Tingkat upaya pencegahan perilaku merokok berdasarkan karakteristik responden (n = 274)

Karakteristik Responden	Upaya Teman Sebaya Dalam Pencegahan Perilaku Merokok							
	Rural (n = 137)				Urban (n = 137)			
	Positif		Negatif		Positif		Negatif	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Jenis kelamin								
Laki-Laki	19	13,9	33	24,1	10	7,3	22	16,0
Perempuan	32	23,3	53	38,7	39	28,5	66	48,2
Usia								
15-17	42	30,7	84	61,3	45	32,8	83	60,6
18-20	9	6,6	2	1,4	4	2,9	5	3,7
Orang tua/saudara merokok								
Ada	24	17,5	38	27,7	31	22,6	32	23,4
Tidak	27	19,7	48	35,1	18	13,1	56	40,9

Tabel 5 menunjukkan distribusi upaya teman sebaya dalam pencegahan perilaku merokok berdasarkan jenis kelamin. Lebih banyak siswa perempuan yang mempunyai nilai positif atas upaya mencegah perilaku merokok sebanyak 71 siswa (25, 91%) dibandingkan dengan siswa laki-laki yang hanya 29 siswa (10, 58%).

PEMBAHASAN

Tabel karakteristik responden menunjukkan bahwa pihak sekolah atau guru masih menjadi sumber utama siswa untuk mendapatkan informasi mengenai bahaya rokok. Interaksi siswa dan guru dalam proses belajar mengajar merupakan proses penyampaian informasi yang akurat. Peran guru sebagai pengajar, pendidik dan pembimbing bagi muridnya merupakan sumber informasi yang diubah menjadi pengetahuan bagi siswanya. Termasuk dalam penyampaian informasi tentang rokok dan bahayanya. Komponen yang perlu diberikan oleh guru dalam penyampaian informasi seputar rokok selain bahayanya adalah tentang cara mengatasi pengaruh negatif teman sebaya dan keterampilan untuk membuat keputusan yang tegas dalam menolak rokok yang ditawarkan teman sebaya. melakukan pendekatan teman sebaya dengan praktek langsung menolak ajakan rokok menurunkan 25% perokok di kalangan siswa. Selain itu, mempromosikan berhenti merokok di kalangan guru juga bisa menjadi contoh untuk siswa tentang panutan yang baik.¹⁸

Upaya untuk meningkatkan kesadaran akan kesehatan dapat dilakukan dalam bentuk promotif dan preventif, salah satunya adalah dengan melakukan promosi kesehatan. Pemberian informasi kesehatan tentang rokok sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan remaja.¹⁹ Selain itu, intervensi pendidikan kesehatan melalui metode ceramah, roleplay dan diskusi juga efektif meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku siswa tentang rokok.²⁰

Terdapat perbedaan pengetahuan tentang rokok pada remaja SMA yang tinggal di daerah urban dan *rural*. Remaja SMA di daerah *rural* yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 115 (83,94%) siswa, lebih rendah dari daerah urban. Dilihat dari tabel karakteristik responden pada poin sumber informasi, kurang dari 10% siswa daerah *rural* yang menyebutkan internet sebagai sumber informasi mereka. Kecilnya angka internet disebabkan oleh terbatasnya sarana yang ada di daerah *rural*. Salah satu yang bisa dibandingkan dengan daerah urban adalah ketersediaan internet sendiri. Jarang ditemukan warung internet yang menyediakan layanannya selama 24 jam, sinyal provider yang kadang tidak stabil dan juga belum marak ketersediaan *Wi-Fi* di tempat umum membuat remaja *rural* tidak mengandalkan internet sebagai sumber informasi mereka tentang rokok. Keterbatasan ini dimanfaatkan oleh produsen rokok yang kemudian menargetkan remaja *rural* sebagai konsumen. Remaja *rural* termasuk kelompok yang rentan mendapat paparan rokok karena rendahnya pemberian informasi kesehatan terkait bahaya rokok.²¹

Presentase remaja SMA di daerah urban yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 129 dari 137 siswa atau 94,16%. Seseorang akan cepat mendapat pengetahuan apabila dia ada kemudahan memperoleh informasi.²² Salah satu keuntungan bersekolah di daerah urban adalah kemudahan memperoleh informasi yang didukung mudah dan dekatnya sarana serta tersedianya prasarana yang memadai. Dalam hal ini pihak pemberi promosi kesehatan sebagai upaya penyuluhan kesehatan memilih sekolah yang mudah dijangkau untuk pemberian informasi tentang bahaya rokok. Siswa yang bersekolah di daerah urban juga lebih banyak akses dalam mendapatkan informasi tentang rokok seperti iklan atau spanduk yang dipasang di jalan-jalan besar dekat sekolah.²³

Dilihat kembali pada tabel karakteristik responden tentang sumber informasi, siswa di urban menyebutkan internet sebagai sumber informasi mereka tentang bahaya rokok dua kali lebih banyak dari siswa di *rural*. Kemudahan akses internet pada urban juga menjadi faktor pendukung hal tersebut. Banyaknya warung internet 24 jam, kuatnya sinyal provider dan ketersediaan *Wi-Fi* di tempat umum, sangat mudah ditemukan di daerah urban. Jalan kehidupan yang cepat di daerah urban mengakibatkan waktu sebagai faktor penting sehingga pembagiannya sangat teliti agar bisa mengejar kebutuhan individu. Perubahan sosial nampak dengan keterbukaan mereka akan penerimaan pengaruh dari luar. Salah satu ciri masyarakat kota yaitu selalu berusaha meningkatkan kualitas hidupnya dan terbuka dalam menerima pengaruh luar. Hal tersebut menyebabkan teknologi terutama teknologi informasi berkembang dengan pesat dalam masyarakat kota karena bagi mereka penggunaan teknologi informasi

sangat signifikan meningkatkan kualitas hidup mereka.²⁴

Hanya 36,50% siswa yang memiliki upaya positif terhadap pencegahan perilaku merokok. Hasil untuk daerah *rural* sebesar 37,22% dan urban 35,76%, lebih tinggi daerah *rural*. Lebih rendahnya upaya positif pada remaja urban dikarenakan remaja urban menjadi sasaran dalam pemasaran rokok online. Pemasaran rokok secara online lebih menguntungkan bagi produsen rokok dikarenakan remaja urban yang lebih mudah mengakses segala sesuatu dengan internet dan menjadi faktor risiko sebagai permulaan perilaku merokok pada remaja.²⁵

Dilihat berdasarkan jenis kelamin, lebih banyak remaja perempuan yang melakukan upaya positif dibandingkan remaja laki-laki, dengan perbandingan 25,91% adalah siswa perempuan dan 10,58% siswa laki-laki. Jumlah responden yang lebih dari setengahnya adalah perempuan menjadikan nilai siswa perempuan lebih tinggi daripada siswa laki-laki. Perempuan lebih peduli pada efek dan akibat yang ditimbulkan oleh rokok. Remaja bukan perokok memiliki sikap yang positif terhadap perilaku tidak merokok. Selain itu, remaja perempuan juga mampu menurunkan perilaku merokok orang tua mereka yang perokok.²⁶

Saat pengambilan data dilakukan, banyak siswa laki-laki masuk dalam kriteria eksklusi karena yang bersangkutan merokok karena proporsi perokok laki-laki lebih tinggi daripada proporsi perokok perempuan.²⁷ Siswa yang mempunyai teman perokok maka akan mempunyai peluang 2 kali lebih besar untuk berperilaku merokok.²⁸ Berarti siswa laki-laki yang masuk dalam kriteria inklusi mempunyai kemungkinan untuk berperilaku merokok sehingga memiliki upaya yang negatif terhadap pencegahan perilaku merokok.

Pengaruh sosial mempunyai dampak dengan perilaku merokok. Gejala individu dipengaruhi oleh adanya kepercayaan seputar rokok yang melekat dalam masyarakat, salah satunya adalah keyakinan bahwa merokok merupakan lambang keberanian, pergaulan dan kejantanan seorang laki-laki. Kepercayaan yang salah tersebut mempersulit remaja membangun sikap dan upaya yang positif terhadap merokok.²⁹ Perilaku dipengaruhi tidak hanya oleh sikap tetapi juga oleh norma subjektif yaitu keyakinan mengenai apa yang orang lain inginkan agar kita perbuat.³⁰ Upaya sebagai perilaku yang terlihat dari kebiasaan, motif, nilai-nilai, kekuatan pendorong dan kekuatan penahan sebagai reaksi atau respon yang muncul karena adanya pengalaman proses pembelajaran dan rangsangan dari lingkungannya. Lingkungan sebagai faktor yang mempengaruhi perilaku sangat beragam, diantaranya adalah pendidikan, nilai dan budaya masyarakat, politik dan lain sebagainya.³¹ Remaja yang merasa sudah bebas merasa punya otonomi sendiri atas dirinya sehingga memilih bergaul semaunya dan salah satunya adalah dengan teman yang merokok.³² Konsep transmisi perilaku yang terbagi menjadi dua yaitu transmisi vertikal dan transmisi horizontal. Transmisi vertikal dilakukan oleh orangtua dan transmisi horizontal adalah lingkungan teman sebaya.³³ Lingkungan pergaulan laki-laki juga lebih mendukung untuk menyalurkan aktivitas merokok.

Siswa SMA di daerah urban memiliki tingkat pengetahuan tentang rokok yang lebih tinggi daripada presentase siswa SMA di *rural*. Dengan kata lain remaja yang bersekolah

di daerah *rural* memiliki tingkat pengetahuan yang cenderung lebih rendah. Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa studi yang menyimpulkan bahwa tingkat pengetahuan tentang rokok siswa di urban lebih tinggi dari pada tingkat pengetahuan tentang rokok siswa di *rural*. Perbedaan tingkat pengetahuan ini disebabkan oleh media yang diakses maupun lingkungan yang mempengaruhi tingkat pengetahuan.³⁴ Akses ke media anti rokok merupakan faktor yang menyebabkan pengetahuan tentang rokok daerah urban lebih tinggi daripada daerah *rural*.²⁶

Didapatkan nilai upaya teman sebaya dalam pencegahan perilaku merokok, presentase siswa SMA daerah *rural* sedikit lebih tinggi walaupun tidak signifikan membedakan dengan presentase siswa SMA daerah urban. Siswa yang bersekolah di daerah *rural* memiliki upaya yang positif, menghindari rokok dan tidak menyukai perilaku merokok yang dilakukan temannya. Lebih banyak penduduk *rural* yang merokok, begitu juga dengan remajanya sehingga sesama remaja lebih terbiasa mengatakan untuk tidak merokok di saat-saat tertentu.³⁵ Karakteristik daerah *rural* adalah pendapatan lebih rendah, pendidikan lebih sulit didapat namun mudah digiring opini sehingga dijadikan target pemasaran rokok konvensional oleh industri rokok. Upaya positif siswa *rural* dalam pencegahan perilaku merokok teman sebayanya dilandasi dengan sikap terhadap kesehatan. Semakin positif sikap siswa terhadap nilai-nilai kesehatan, maka semakin rendah perilaku merokok pada siswa. Sebaliknya semakin negatif sikap remaja terhadap nilai-nilai kesehatan maka semakin tinggi perilaku merokok pada siswa.³⁶

Siswa daerah urban lebih tidak peduli terhadap perilaku merokok teman sebayanya. Ciri-ciri yang menonjol pada masyarakat kota adalah mereka beranggapan dapat mengurus dirinya sendiri tanpa harus bergantung pada orang lain, mempunyai jalan pikiran rasional yang menyebabkan interaksi yang terjadi bukan didasarkan pada faktor pribadi melainkan didasarkan faktor kepentingan. Pergeseran nilai-nilai yang ada di kota, mengakibatkan remaja kota beranggapan bahwa merokok adalah hal yang bisa menaikkan gengsi walau mereka tahu akibat dari merokok. Orang kota memandang rokok sebagai alat kebutuhan sosial sedangkan orang desa menganggap rokok hanya sebagai pemuas kebutuhan jasmani.

Perilaku merokok remaja SMA daerah urban bergeser dari rokok konvensional ke rokok elektrik. Industri rokok elektrik merekrut konsumen muda dengan menempatkan iklan mereka ke majalah remaja dan menyampaikan pesan dengan sasaran mengubah pola pikir remaja. Rokok elektrik sama bahayanya dengan rokok konvensional, namun siswa daerah urban belum mengetahui bahaya tersebut.³⁷ Nikotin yang terkandung dalam rokok elektrik membahayakan perkembangan otak yang berhubungan dengan perhatian dan kognitif anak. Merokok pada usia sekolah berpengaruh buruk pada siswa dan dapat menurunkan prestasi akademik.³⁸

KESIMPULAN DAN SARAN

Ada perbedaan tingkat pengetahuan tentang rokok pada siswa SMA di rural dan urban Kabupaten Bantul, namun tidak dalam upaya teman sebaya dalam pencegahan merokok. Diperlukan penelitian lanjutan untuk mengetahui faktor yang menyebabkan adanya perbedaan

tingkat pengetahuan tentang rokok pada siswa SMA yang dapat dilakukan oleh peneliti selanjutnya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada siswa SMA N 1 Sewon, SMA N 1 Bantul, SMA N 1 Banguntapan, SMA Muhammadiyah Imogiri dan SMA Muhammadiyah Pleret atas kesediaannya menjadi responden dalam penelitian ini. Terimakasih kepada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada atas sarana dan prasarana yang telah diberikan. Serta terimakasih kepada asisten penelitian atas bantuan dalam proses pengambilan data.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Cimahi. Inilah 4 Bahaya Merokok Bagi Kesehatan Tubuh. c2015. [Update 2015; accessed 2015]. Available from: <https://dinkes.cimahikota.go.id/artikel-detail/4-bahaya-merokok-bagi-kesehatan-tubuh>.
2. Thabrany H, Radjiman DS, Adawiyah E, Nugrahani Y. Dampak Merokok Terhadap Konsekuensi Ekonomi Tahunan di Indonesia. Sydney: International Health Economic Conference; 2013.
3. World Health Organization. Tobacco Threatens Us All. Switzerland: Geneva; 2017.
4. Michael Eriksen, Judith Mackay, Neil Schluger, Farhad Islami Gomeshtapeh, Jeffrey Drope. The Tobacco Atlas, 5 th edn. New York: The American Cancer Society; 2015.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Kemenkes; 2013.
6. Regional Office for South-East Asia, World Health Organization. Global youth tobacco survey: Thailand, 2015. c.2015 [update 2015. Accessed 2015]. Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251465>.
7. Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Perilaku Berisiko Kesehatan pada Pelajar SMP dan SMA di Indonesia. Jakarta: Kemenkes RI; 2015.
8. Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Yogyakarta: Dinkes Provinsi DIY; 2013.
9. District Health Account. Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. Yogyakarta: Dinas Kesehatan; 2014.
10. Astuti K. Gambaran perilaku merokok pada remaja di Kabupaten Bantul. Insight. 2012; 10(1): 77-87.
11. Sarafino EP, Smith TW. Health Psychology. Biopsychosocial Interaction. New York: John Willey and Sons; 2011.
12. Hockenberry J. Essentials of Pediatric Nursing 7th Edition. USA: Mosby Company; 2005.
13. Eugen I, Cornelia, Aurelia D. Like parents like teenagers. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015; 203: 361-366. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.08.308>.
14. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Tumbuh kembang anak dan remaja Jilid I. Jakarta: Sagung Seto; 2002.
15. Hakito B. Pesan Moral di Tengah Perilaku Masyarakat Urban. Surakarta; 2016.
16. Prasiwi R. Perbedaan Tingkat pengetahuan tentang bahaya rokok pada remaja SMA N 1 Cangkringan Kabupaten Sleman dan SMA N 3 Yogyakarta. Yogyakarta; Universitas Gadjah Mada, Fakultas Kedokteran; 2016.
17. Budiarto E. Metodologi Penelitian Kedokteran. Jakarta; EGC; 2003.
18. Andersen A, Bast LS, Ringgaard LW, Wohllebe L, Svendsen, M, Dalum P, Due P. Design of a school-based randomized trial to reduce smoking among 13-15 years old. BMC Public Health. 2014; 14: 518. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-518>.
19. Kozlowski LT, Sweanor DT. Young or adult users of multiple tobacco/nicotine products urgently need to be informed of meaningful differences in product risks. Addict Behav. 2018; 76: 376-381. doi: [10.1016/j.addbeh.2017.01.026](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.01.026).
20. Nurhayati. Pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan sikap dan perilaku terhadap merokok pada remaja di SMP Negeri Banda Aceh. Yogyakarta; Universitas Gadjah Mada, Fakultas Kedokteran; 2010.
21. Hughes K, Bells MA, Hardcastle KA, McHale P, Bennet A, Ireland R, Pike K. Association between e-cigarette access and smoking and drinking behaviors in teenagers. BMC Public Health. 2015; 15: 244. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1618-4>.
22. Mubarak WI. Promosi kesehatan sebuah pengantar proses belajar mengajar dalam pendidikan. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007.
23. Giovenco, Dabiel P, Casseus Myriam, Duncan Dustin T, Coups Elliot J, Lewis Jane, Delveno Christine D. Association between electronic cigarette marketing near schools and e-cigarette use among youth. Journal of Adolescent Health. 2016; 59(6): 627-634. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.007>
24. Solihin O. Terpaan iklan mendorong gaya hidup konsumtif masyarakat urban. Jurnal Ilmu Politik dan

- Komunikasi. 2015;41-50.
25. Soneji S, Pierce JP, Choi K, Portnoy DB, Margolis KA, Stanton CA, Moore RJ, Bansal-Travers M, Carusi C, Hyland A, Sargent J. Engagement With Online Tobacco Marketing and Associations With Tobacco Product Use Among U.S. Youth. *J Adolesc Health*. 2017; 61(1): 61-69. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.023>.
 26. Aslam S, Zaheer S, Rao S, Shafique K. Prevalence and determinants of susceptibility to cigarette smoking among school students in Pakistan: Secondary Analysis of Global Youth Tobacco Survey. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2014; 9(10). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-10>.
 27. Kristiana DA. Hubungan Antara Tekanan Teman Sebaya Dengan Perilaku Merokok Pelajar SMP dan SMA di Kota Yogyakarta. Yogyakarta; Universitas Gadjah Mada Fakultas Kedokteran; 2010.
 28. Rini AR. Pengaruh Pemberian informasi akan bahaya rokok oleh institusi pendidikan formal (sekolah) terhadap perilaku merokok anak usia sekolah di Kota Yogyakarta. Yogyakarta; Universitas Gadjah Mada Fakultas Kedokteran; 2010.
 29. Jacken TA. Bye .. Bye ... Smoke Buku Panduan Ampuh Untuk Berhenti Merokok. Jakarta: PT. Triex Trimacindo; 2002.
 30. Suharyat Y. Hubungan Antara Sikap Minat dan Perilaku Manusia. *Jurnal FKIP; Region*. 2013.
 31. Tu'u T. Peran Disiplin pada Perilaku dan Presentasi Siswa. Jakarta; PT. Grafindo Persada; 2004.
 32. Lipperman-Kreda S, Morrison C, Grube JW, Gaidus A. Youth activity spaces and daily exposure to tobacco outlets. *Health Place*. 2015; 34: 30-3. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.03.013>.
 33. Dewi NA. Pengetahuan tentang bahaya merokok, paparan iklan rokok dan pengaruh sosial dengan status merokok pada siswa-siswi SMU Negeri 1 di Kabupaten Brebes. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada Fakultas Kedokteran; 2014.
 34. Prasiwi R. Perbedaan tingkat pengetahuan tentang bahaya rokok pada remaja SMA N 1 Cangkringan Kabupaten Sleman dan SMA N 3 Yogyakarta. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2016.
 35. Pesko MF, Robarst AM. Adolescent tobacco use in urban versus rural areas of US. *Journal of Adolescent Health*. 2017; 61(1): 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.019>.
 36. Aryani M. Hubungan Antara Sikap Terhadap Kesehatan Dengan Perilaku Merokok di SMA N 1 Pleret Bantul. Yogyakarta; Universitas Gadjah Mada Fakultas Kedokteran; 2014.
 37. Elfassy Tali, Yi Stella S, Kansagra, Susan M. Trends in cigarette, cigar and smokeless tobacco use among New York City Public High School Youth Smokers. *Journal of Science Direct: Preventive Medicine reports*. 2015; 2: 488-491. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.06.009>.
 38. So WY. Association between cigarette consumption and academic achievement in korean adolescent. *Journal of Addiction Research and Theory*. 2014; 22(4): 424-430.

Uji Validitas dan Reliabilitas pada Instrumen *Kidney Disease Quality of Life-36* (KDQOL-36) pada Pasien dengan Hemodialisis

Validity and Reliability Test of Kidney Disease Quality Of Life-36 (KDQOL-36) Instrument for Patient with Hemodialysis

Muhammad Cahyono Tito Hudoyo¹, Melyza Perdana^{2*}, Sri Setiyarini³

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

ABSTRACT

Background: The health condition or quality of life of patient with hemodialysis should be monitored continuously by health worker. KDQOL-36 is a specific instrument for reviewing the quality of life of patient with renal failure. A valid and reliable KDQOL-36 instrument is needed to measure the quality of life of patient with chronic kidney disease.

Objective: To determine the validity and reliability of the Indonesian version of the KDQOL-36 instrument.

Method: This was psychometric study to assess content validity and reliability. The research was conducted at Hemodialysis Unit of Academic Hospital of Gadjah Mada University, Yogyakarta. Respondents were patients who underwent hemodialysis. The research instrument was KDQOL-36 Indonesian version. Validity test was run by 3 doctors specializing in kidney disease and hypertension, 2 clinical renal nurses, and 1 academician. Testing reliability used internal consistency.

Result: Based on the statistical test, the CVI value was 1,00 and the coefficient value of Cronbach's Alpha KDQOL-36 Indonesian version was 0,708.

Conclusion: The Indonesian version of the KDQOL-36 is a valid and reliable instrument.

Keywords: hemodialysis, KDQOL-36, reliability, validity

ABSTRAK

Latar belakang: Pasien yang menjalani hemodialisis harus dipantau kondisi atau kualitas hidupnya secara terus-menerus oleh petugas kesehatan. KDQOL-36 merupakan instrumen khusus yang penting untuk menilai kualitas hidup pasien gagal ginjal. Diperlukan instrumen KDQOL-36 yang valid dan reliabel untuk mengukur kualitas hidup pasien dengan penyakit ginjal kronis.

Tujuan: Untuk mengetahui validitas dan reliabilitas KDQOL-36 versi Bahasa Indonesia.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian psikometri untuk menilai validitas isi dan reliabilitas. Penelitian dilakukan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Responden adalah pasien yang menjalani hemodialisis. Instrumen penelitian yang digunakan adalah KDQOL-36 versi Bahasa Indonesia. Validitas isi diuji oleh 3 dokter spesialis penyakit ginjal dan hipertensi, 2 perawat renal klinis, dan 1 akademisi. Pengujian reliabilitas menggunakan *internal consistency*.

Hasil: Berdasarkan uji statistik, didapatkan nilai CVI adalah 1,00 dan nilai koefisien Cronbach's Alpha KDQOL-36 versi bahasa Indonesia adalah 0,708.

Kesimpulan: KDQOL-36 versi bahasa Indonesia merupakan instrumen yang valid dan reliabel.

Kata kunci: hemodialisis, kDQOL-36, validitas, reliabilitas

Corresponding Author: **Melyza Perdana**

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

Email: melyza.perdana@ugm.ac.id

PENDAHULUAN

Penyakit ginjal kronis (PGK) berada di urutan ke-27 penyebab kematian di seluruh dunia pada tahun 1990. Namun, angka tersebut naik menjadi urutan ke-18 pada tahun 2010. PGK berada pada urutan kedua setelah HIV dan AIDS.¹ Sebanyak 10% populasi di seluruh dunia terkena penyakit ginjal kronis dan jutaan lainnya meninggal setiap tahun karena mereka tidak memiliki akses terhadap pengobatan.²

Pada pasien dengan penyakit ginjal kronis, penatalaksanaannya dapat dilakukan dengan tindakan terapi pengganti ginjal seperti layanan hemodialisis (82%), transplantasi ginjal (2,6%), dan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) (12,8%), serta *Continuous Renal Replacement Therapy* (CRRT) (2,3%).² Hemodialisis merupakan tindakan untuk menggantikan sebagian dari fungsi ginjal. Tindakan ini rutin dilakukan pada penderita penyakit ginjal kronis (PGK) atau *Chronic Kidney Disease* (CKD) stadium V atau gagal ginjal kronis (GGK).³

Terdapat 2 juta orang di dunia yang mendapatkan perawatan dengan hemodialisis atau transplantasi ginjal agar dapat bertahan hidup. Namun, data tersebut hanya mewakili 10% saja dari keseluruhan orang yang mendapatkan pengobatan sebagai penunjang hidup.⁴ Sekitar 430.000 orang di Amerika dengan gagal ginjal mengandalkan perawatan hemodialisis untuk bertahan hidup.⁵

Pasien yang menjalani hemodialisis harus dipantau kondisi atau kualitas hidupnya secara terus-menerus oleh petugas kesehatan sehingga petugas kesehatan harus memahami kualitas hidup terkait kesehatan pasien yang menjalani hemodialisis.⁶ Perlu dilakukan pengukuran kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis secara teratur, agar kualitas hidup tersebut dapat dipantau dan dievaluasi jika ada perubahan.⁷

Instrumen *Kidney Disease Quality of Life-36* (KDQOL-36) merupakan instrumen spesifik yang dapat membantu dokter atau perawat dalam menilai kualitas hidup penderita penyakit ginjal kronis. Penelitian mengenai KDQOL-36 sudah dilakukan di berbagai negara dan diterjemahkan ke beberapa bahasa, di antaranya Thailand,² Spanyol,⁸ dan China.⁹ KDQOL-36 merupakan instrumen pengukur kualitas hidup yang cukup valid dan reliabel untuk mengukur kualitas hidup pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis.

Di Indonesia, instrumen KDQOL-36 belum pernah dipakai dan diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia sehingga belum diketahui apakah instrumen tersebut valid dan reliabel jika diterapkan pada masyarakat Indonesia.² Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk menguji validitas dan reliabilitas instrumen *Kidney Disease Quality of Life-36* (KDQOL-36) di Indonesia terutama di Yogyakarta, untuk menilai kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis. Tujuan penelitian ini untuk menguji validitas dan reliabilitas instrumen KDQOL-36 versi Indonesia.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan uji psikometri menggunakan metode studi potong lintang

(*cross sectional*). Penelitian dilakukan pada bulan Februari hingga Mei 2018. Penelitian dilaksanakan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada (RSA UGM) Yogyakarta.

Populasi pada penelitian ini adalah pasien dengan penyakit ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis di RSA UGM Yogyakarta. Sampel yang diambil adalah pasien dengan diagnosis penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis dengan kriteria inklusi, yaitu pasien yang menjalani hemodialisis di Unit Hemodialisis RSA UGM Yogyakarta, dapat berkomunikasi dengan baik, bersedia menjadi responden, dan berusia ≥ 18 tahun. Jumlah sampel penelitian ini sebanyak 80 orang.

Penelitian ini menggunakan instrumen *Kidney Disease Quality of Life-36* (KDQOL-36) yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada penderita penyakit ginjal. KDQOL-36 menggunakan komponen KDQOL-SF 12 dan 24, dan pertanyaan spesifik tentang penyakit ginjal. Terdapat 36 pertanyaan yang diklasifikasikan ke dalam 5 subskala.¹⁰

Unit *Physical Component Summary* (PCS) terdapat pada pertanyaan nomor 1-6 dan *Mental Component Summary* (MCS) pada pertanyaan nomor 7-12, terdiri dari komponen SF-12 termasuk unit pertanyaan tentang kesehatan secara umum, batasan aktivitas, kemampuan untuk menyelesaikan tugas, depresi, kecemasan, tingkat energi, dan kegiatan sosial.¹¹ Unit *Burden Kidney Disease* pada pertanyaan nomor 13-16, untuk mengukur seberapa besar penyakit ginjal mengganggu kehidupan sehari-hari, memakan banyak waktu, menyebabkan frustrasi, atau membuat responden merasa terbebani.¹²

Unit *Symptoms and Problem* pada pertanyaan nomor 17-28, termasuk unit pertanyaan tentang apa yang dirasakan oleh pasien, seperti nyeri otot, nyeri dada, kram, gatal/kulit kering, sesak napas, pingsan/pusing, kurang nafsu makan, merasa tidak berdaya atau pucat, mati rasa di tangan atau kaki, mual, atau masalah dengan akses dialisis. Unit *Effect of Kidney Disease on Daily Life* pada pertanyaan nomor 29-36, terdiri dari unit pertanyaan tentang apa yang dirasakan oleh pasien, terkait pembatasan cairan, pembatasan diet, kemampuan bekerja/bepergian, ketergantungan dengan dokter atau tenaga medis lain, stres atau kekhawatiran, kehidupan seks, dan penampilan pribadi.¹¹

Penelitian ini telah mendapatkan izin kelayakan etik dari Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan pada tanggal 20 Oktober 2017 dengan nomor Ref: KE/FK/1126/EC/2017. Semua responden diminta mengisi *informed consent* sebelum melakukan pengisian instrumen.

Analisis data menggunakan program *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versi 23 dengan dua teknik, yaitu analisis univariat dan uji validitas reliabilitas. Analisis univariat digunakan untuk menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian, misalnya untuk mengetahui karakteristik responden seperti usia, jenis kelamin, dan lain-lain. Data tersebut disajikan dalam tabel distribusi frekuensi.

Sementara itu, validitas isi dihitung dengan rumus *Content Validity Index* (CVI). CVI dinilai

dengan mencari *Content Validity Ratio* (CVR) terlebih dahulu. Secara sederhana, CVI adalah rata-rata dari nilai CVR untuk sub-pertanyaan yang dijawab relevan dengan rentang 3 atau 4. Uji reliabilitas instrumen yang akan dilakukan adalah konsistensi internal dengan melihat nilai *Cronbach's Alpha*. Suatu instrumen dikatakan memiliki nilai reliabilitas yang dapat diterima, jika nilai *Cronbach's Alpha* $\geq 0,70$.

HASIL

Data demografi responden internal tersaji dalam Tabel 1. Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki, berada pada rentang usia 36-45 tahun, berstatus menikah (78,75%), dan berpendidikan SMA (35%). Status pekerjaan terbanyak ibu rumah tangga (32,5%) dengan mayoritas penghasilan < Rp1.000.000 (56,25%).

Tabel 1. Data demografi responden penelitian di RSA UGM Yogyakarta (n = 80)

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	42	52,5
Perempuan	38	47,5
Usia (tahun)		
18-25	3	3,8
26-35	8	10,0
36-45	22	27,5
46-55	20	25,0
56-65	19	23,7
≥ 65	8	10,0
Status pernikahan		
Menikah	63	78,8
Tidak menikah	17	21,2
Status pendidikan		
Tidak sekolah	1	1,3
SD	9	11,3
SMP	17	21,2
SMA	28	35,0
Akademi/Universitas	25	31,2
Status pekerjaan		
Tidak bekerja	18	22,5
Ibu rumah tangga	26	32,5
PNS	10	12,5
Pegawai swasta	7	8,8
Wiraswasta	16	20,0
Lain-lain	3	3,7
Penghasilan		
<1.000.000	45	56,2
1.000.000-2.500.000	18	22,5
2.500.000-4.000.000	14	17,5
>5.000.000	3	3,8

Validitas isi dihitung menggunakan rumus CVI. Instrumen KDQOL-36 diuji oleh 6 orang ahli yang memberikan masukan dan komentar mengenai isi dari instrumen yang mudah dipahami, serta disesuaikan dengan budaya dan kebiasaan yang dilakukan oleh orang Indonesia. Hasil nilai CVI ditampilkan pada Tabel 2.

Berdasarkan Tabel 2, didapatkan hasil uji validitas dengan nilai 1,00 yang menunjukkan bahwa KDQOL-36 versi bahasa Indonesia memiliki ketepatan atau kesahihan yang sangat tinggi. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang mendapatkan hasil uji validitas isi dengan nilai 1,00.¹⁰

Tabel 2. Nilai *Content Validity Index* (CVI)

Dimensi	<i>Content Validity Index</i> (CVI)	Keterangan
<i>Physical Component Summary</i> (PCS)	1,00	valid
<i>Mental Component Summary</i> (MCS)	1,00	valid
<i>Burden Kidney Disease</i>	1,00	valid
<i>Symptoms and Problem</i>	1,00	valid
<i>Effect of Kidney Disease on Daily Life</i>	1,00	Valid

Reliabilitas KDQOL-36 versi bahasa Indonesia diuji menggunakan koefisien *Cronbach's Alpha*. Instrumen penelitian reliabel digunakan, apabila hasil nilai *Cronbach's Alpha* sebesar $r \geq 0,70$. Nilai *Cronbach's Alpha* total dan masing-masing domain disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Nilai *internal consistency* (*Cronbach's Alpha*) (n = 80)

Dimensi	<i>Internal Consistency</i> KDQOL-36
<i>Physical Component Summary</i> (PCS)	0,721
<i>Mental Component Summary</i> (MCS)	0,528
<i>Burden Kidney Disease</i>	0,737
<i>Symptoms and Problem</i>	0,823
<i>Effect of Kidney Disease on Daily Life</i>	0,733
Total	0,708

Hasil koefisien *Cronbach's Alpha* KDQOL-36 versi bahasa Indonesia dengan nilai 0,708 yang menunjukkan bahwa KDQOL-36 versi bahasa Indonesia reliabel. Dimensi *Symptoms and Problem* berada di rentang nilai tertinggi dibandingkan dengan dimensi lain, yakni 0,823. Dimensi dengan nilai paling rendah, yakni *Mental Component Summary* (MCS), yakni 0,528.

PEMBAHASAN

Penelitian yang mengukur validitas instrumen KDQOL-36 pada pasien gagal ginjal di negara lain, seperti di Thailand, Spanyol, dan China, memiliki hasil yang sama, yaitu instrumen KDQOL-36 valid untuk mengukur kualitas hidup pasien gagal ginjal. Namun, dalam penelitian lain, para peneliti menggunakan metode yang berbeda-beda untuk menguji validitas instrumen KDQOL-36.^{2,8,9}

Penilaian yang dilakukan para ahli dalam instrumen KDQOL-36 versi Bahasa Indonesia pada penggunaan kata “penyedot debu, *bowling*, atau bermain *golf*” di pertanyaan nomor

2 dikarenakan kegiatan/aktivitas tersebut tidak sesuai dengan kebiasaan yang dilakukan oleh orang di Indonesia. Unit pertanyaan tersebut digantikan dengan term “mengepel lantai, mengangkat kantong belanja, atau berjalan kaki.” Sementara itu, kata “dicuci atau dikeringkan,” pada pertanyaan nomor 25 juga diganti dengan “putus asa dan hilang semangat,” serta kata “seks” pada pertanyaan nomor 35 diganti dengan istilah “hubungan intim.”

Pada penelitian di negara lain, para pakar memberi masukan bahwa penggunaan kata “*bowling*” dan “bermain *golf*” dalam versi Mandarin tidak sesuai dengan bentuk latihan fisik yang biasa dilakukan oleh orang Tionghoa. Oleh karena itu, diganti dengan kegiatan yang biasanya dilakukan, yaitu “berjalan dan *Tai Chi*.”¹⁰ Hal serupa juga dilakukan pada penelitian Taiwan yang melakukan perubahan pada kata “bermain *golf*,” diganti dengan “*Tai Chi*” karena orang Taiwan tidak terbiasa bermain *golf* pada kegiatan sehari-hari.⁹

Reliabilitas KDQOL-36 versi bahasa Indonesia secara keseluruhan cukup tinggi, ditunjukkan dengan rata-rata nilai koefisien *Cronbach's Alpha* 0,708. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Thaweethamcharoen *et al.*² menunjukkan nilai koefisien *Cronbach's Alpha* 0,79 dan juga penelitian Tao *et al.*⁹ yang mendapatkan nilai koefisien *Cronbach's Alpha* 0,71. Richardo *et al.*⁸ juga mendapatkan hasil yang cukup tinggi pada nilai koefisien *Cronbach's Alpha* dalam rentang 0,80-0,87. Namun, pada penelitian ini di domain *Mental Component Summary* (MCS) nilai koefisien *Cronbach's Alpha* sebesar 0,528. Hal ini dapat disebabkan oleh karakteristik responden yang memiliki nilai spiritualitas dan emosional berbeda-beda sehingga dalam menjawab pertanyaan dapat bervariasi antara responden satu dengan yang lain dan dapat membuat nilai *Cronbach's Alpha* kurang baik pada domain tersebut.

Penerimaan diri responden akan penyakit yang dideritanya juga dapat memengaruhi jawaban dari pertanyaan yang diberikan pada domain *Mental Component Summary* (MCS). Jenis pilihan jawaban yang diberikan juga memiliki rentang yang cukup banyak, yakni 1-6 sehingga jawaban dari responden juga cukup bervariasi.

Faktor lain yang dapat memengaruhi, yakni responden tidak paham akan instruksi atau pertanyaan karena karakteristik responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah. Pendidikan responden sebagian besar berada di jenjang SMP dan SMA. Menurut Notoatmodjo¹² pendidikan merupakan faktor utama yang memengaruhi seseorang dalam menambah informasi dan pengetahuan. Pada umumnya, semakin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi.

Responden yang mengalami kesulitan dalam memahami pertanyaan pada domain *Mental Component Summary* (MCS) ini tidak diketahui seberapa besar jumlahnya. Hal ini karena peneliti tidak melakukan pencatatan sehingga peneliti tidak mengetahui seberapa banyak responden yang memiliki hambatan dalam memahami pertanyaan pada domain *Mental Component Summary* (MCS).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-36) versi bahasa Indonesia cukup valid dan reliabel diujikan pada pasien dengan penyakit ginjal kronik di Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Bagi pengembangan ilmu pengetahuan, diharapkan KDQOL-36 dapat digunakan sebagai alat ukur untuk mengkaji kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis. Selain itu, juga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai besar sampel pengujian reliabilitas sehingga diharapkan dapat memperoleh nilai koefisien Cronbach's Alpha yang lebih baik dari penelitian ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti menyampaikan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu selama proses penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- 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* [Internet]. 2012 Dec 1 [cited 2022 Oct 7]; 380(9859): 2095–128. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0/ATTACHMENT/8CCB68B0-D3FA-415D-BD9A-00538886A572/MMC1.PDF. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673612617280/fulltext>.
- Thaweethamcharoen T, Srimongkol W, Noparatayaporn P, Jariyayothin P, Sukthinthai N, Aiyasanon N, et al. Validity and Reliability of KDQOL-36 in Thai Kidney Disease Patients. *Value Heal Reg Issues*. 2013; 2(1): 98–102. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2013.02.011>.
- Son YJ, Choi KS, Park YR, Bae JS, Lee JB. Depression, Symptoms and The Quality of Life in Patients on Hemodialysis for End-stage Renal Disease. *Am J Nephrol* [Internet]. 2009 Oct [cited 2022 Oct 7]; 29(1): 36–42. DOI: 10.1159/000150599. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18679023>.
- Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The Contribution of Chronic Kidney Disease to The Global Burden of Major Noncommunicable Disease. *Kidney Int* [Internet]. 2011 Dec 2 [cited 2022 Oct 7]; 80(12): 1258–70. DOI: 10.1038/KI.2011.368. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21993585>.
- Fresenius Kidney Care. Understanding Chronic Kidney Disease [Internet]. Fresenius Kidney Care. 2016 [cited 2017 Aug 2]. Available from: <https://www.freseniuskidneycare.com/kidney-disease/ckd>
- Jablonski A. Palliative Care: Misconceptions that Limit Access for Patients with Chronic Renal Disease. *Semin Dial* [Internet]. 2008 May [cited 2022 Oct 7]; 21(3): 206–9. DOI: 10.1111/J.1525-139X.2007.00394.X. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18086258>.
- Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar. Vol. 7, Expert Opinion on Investigational Drugs. 2013. 803–809 p. DOI: 10.1517/13543784.7.5.803.
- Ricardo AC, Hacker E, Lora CM, Ackerson L, De Salvo KB, Go A, et al. Validation of The Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-36TM) US Spanish and English Versions in A Cohort of Hispanics with Chronic Kidney Disease. *Ethn Dis* [Internet]. 2013 Mar [cited 2022 Oct 7]; 23(2): 202. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651651>.
- Tao X, Chow SKY, Wong FKY. Determining The Validity and Reliability of The Chinese version of The Kidney Disease Quality of Life Questionnaire (KDQOL-36TM). *BMC Nephrol* [Internet]. 2014 Jul 11 [cited 2022 Oct 7]; 15(1): 115. DOI: 10.1186/1471-2369-15-115. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4115482>.
- Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health Econ* [Internet]. 1993 [cited 2022 Oct 7]; 2(3): 217–27. DOI: 10.1002/HEC.4730020305. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8275167>.
- Peipert JD, Bentler PM, Klicko K, Hays RD. Psychometric Properties of The Kidney Disease Quality of Life 36-Item Short-Form Survey (KDQOL-36) in The United States. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Oct 7]; 71(4): 461–8. DOI: 10.1053/J.AJKD.2017.07.020. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29128411>.
- Notoatmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.

Gambaran Dukungan Sosial Bagi *Family Caregiver* dalam Merawat Pasien Demensia

Description of Social Support for Family Caregiver in Treating Dementia Patients

Putri Utami Ayu Muningsgar¹, Christantie Effendy², Heny Suseani Pangastuti^{2*}

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

ABSTRACT

Background: A family caregiver requires high social support to reduce stress levels and improve welfare in treating people with dementia. Research about social support for family caregiver in treating dementia has rarely been conducted.

Objective: To describe social support for family caregiver in treating dementia patients.

Method: This research was descriptive quantitative research and cross-sectional study design. Data was collected in May 2018. The samples in this study were 53 family caregivers of dementia patients who came to the Memory Clinic of Dr. Sardjito Hospital in Yogyakarta. Sampling technique was using purposive sampling. Social Support Questionnaire (SSQ) was equipped as research instrument, while data analysis was using univariate analysis.

Results: Respondents who received social support came from primary, secondary, and tertiary sources were 44 respondents (83%). The average value of emotional-support satisfaction level reached 4,85 ($\pm 0,59$), while instrumental support was 4,79 ($\pm 0,64$), esteem support was 4,79 ($\pm 0,77$), and informational support was 4,87 ($\pm 0,57$).

Conclusion: All forms of social support which were received by the family caregiver are close to category 5 (satisfied). Mostly, social support sources came from children, siblings, relatives, and health workers.

Keywords: dementia, family caregiver, social support

ABSTRAK

Latar belakang: Seorang *family caregiver* membutuhkan dukungan sosial yang tinggi dalam melakukan perawatan pada pasien demensia, untuk mengurangi tingkat stres dan meningkatkan kesejahteraan. Penelitian terkait gambaran dukungan sosial *family caregiver* dalam melakukan perawatan pada pasien demensia masih jarang dilakukan.

Tujuan: Untuk menggambarkan dukungan sosial yang diterima *family caregiver* dalam merawat pasien demensia.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif, dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Pengambilan data dilakukan pada bulan Mei 2018. Sampel dalam penelitian ini adalah 53 orang *family caregiver* pasien demensia yang datang ke Klinik Memori RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling. Instrumen penelitian menggunakan *Social Support Questionnaire* (SSQ). Sedangkan analisis data menggunakan analisis univariat.

Hasil: Responden yang menerima dukungan sosial berasal dari sumber primer, sekunder, dan tersier, sebanyak 44 responden (83%). Rata-rata tingkat kepuasan dari dukungan emosional yang diterima responden sebesar 4,85 ($\pm 0,59$), dukungan instrumental sebesar 4,79 ($\pm 0,64$), dukungan penghargaan sebesar 4,79 ($\pm 0,77$), dan dukungan informasional sebesar 4,87 ($\pm 0,57$).

Kesimpulan: Semua bentuk dukungan sosial yang diterima *family caregiver* bernilai mendekati kategori 5 (puas). Mayoritas sumber dukungan sosial berasal dari anak, kakak/adik, kerabat, dan petugas kesehatan.

Kata kunci: demensia, dukungan sosial, *family caregiver*

Corresponding Author: **Heny Suseani Pangastuti**

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

Email: heny_pangastuti@ugm.ac.id

PENDAHULUAN

Demensia merupakan istilah umum untuk kondisi kehilangan memori dan kemampuan kognitif lain, yang cukup serius mengganggu kehidupan sehari-hari dan mengacu pada spektrum gangguan otak, yang semua itu melibatkan kerusakan kognitif serta penurunan beberapa aspek kognisi.^{1,2} Jumlah orang yang hidup dengan demensia diperkirakan mencapai 47,47 juta jiwa di seluruh dunia pada tahun 2015 dan diprediksi mencapai hampir tiga kali lipat jumlahnya pada tahun 2050.³ Indonesia menduduki peringkat delapan besar, negara dengan lebih dari satu juta orang demensia, yakni sebanyak 1,2 juta jiwa pada tahun 2015 dan diperkirakan meningkat pada tahun 2030 menjadi hampir 2,3 juta jiwa.^{4,5}

Gejala awal yang paling umum pada penderita demensia adalah kemampuan dalam mengingat informasi baru secara bertahap akan memburuk, hilangnya memori secara bertahap, penurunan keterampilan komunikasi, serta kesulitan dengan pemikiran dan penalaran.^{1,6} Gejala lain yang berdampak pada pemberi perawatan penderita demensia, antara lain perilaku keras kepala serta cepat marah.⁷

Perawatan untuk menangani gejala penderita demensia umumnya diberikan oleh informal *caregiver*, yang biasanya tinggal dengan keluarga.⁵ Informal *caregiver* adalah individu yang terlibat dalam membantu aktivitas hidup sehari-hari dan/atau tugas medis orang lain, tanpa dibayar.⁸ Informal *caregiver* dapat menghabiskan 55,73 jam per minggu untuk merawat penderita penyakit *alzheimer*, sebagai salah satu penyebab demensia. Sedangkan penelitian lain menyebutkan, informal *caregiver* salah satu contohnya adalah keluarga, yang mampu menghabiskan hampir seluruh waktunya, yakni 19,9 jam per hari untuk melakukan perawatan.^{9,10}

Perawatan demensia tergolong sulit, membutuhkan waktu, energi, dan aktivitas fisik dari *caregiver*, serta memiliki konsekuensi bagi *caregiver*, seperti isolasi sosial, kelelahan, dan putus asa.^{11,12} Selain itu, dampak merawat seseorang dengan penyakit *alzheimer* atau demensia berat, dapat dirasakan oleh informal *caregiver* baik secara fisik, mental/emosional, sosial, maupun finansial, serta sering kali berada di bawah tekanan dengan tingkat stres tinggi untuk jangka waktu yang lama.^{13,11} Dalam menghadapi dampak tersebut, *caregiver* membutuhkan dukungan sosial yang tinggi untuk mengurangi tingkat stres sehingga dapat mengatasi stres secara lebih baik, dibanding *caregiver* yang kurang memperoleh dukungan sosial.¹⁴ Dukungan sosial juga merupakan faktor yang sangat penting dalam memengaruhi kesejahteraan dari seorang *caregiver*.¹⁵

Dukungan sosial dapat diartikan sebagai suatu bantuan fisik, psikologis, maupun finansial yang berasal dari individu lain, kelompok, atau jaringan komunitas yang lebih luas.¹⁶ Jenis dukungan sosial antara lain dukungan harga diri, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan persahabatan.¹⁷ Sumber dukungan sosial yang diterima oleh *caregiver* berasal dari anggota keluarga inti, keluarga besar, dan teman. Dukungan sosial terbesar berasal dari keluarga.^{18,19}

Demensia bagi kebanyakan orang dipandang sebagai hal yang wajar dan biasa. Penyedia

layanan perawatan utama pada pasien demensia di Indonesia adalah keluarganya karena masih memiliki rasa kewajiban untuk berbakti yang kuat.⁵ Ketika terdapat anggota keluarga yang sakit, maka keluarga lain akan merawatnya. Hal tersebut telah menjadi kultur yang ada di Indonesia.

Penelitian terkait dukungan sosial family *caregiver* terhadap pasien demensia masih jarang dilakukan. Hal tersebut membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran dukungan sosial family *caregiver* dalam merawat pasien demensia. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran dukungan sosial family *caregiver* dalam merawat pasien demensia.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di Klinik Memori RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada bulan Mei 2018. Responden dalam penelitian ini adalah semua *family caregiver* yang datang ke Klinik Memori. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 53 orang *family caregiver* dengan teknik pengambilan sampel adalah purposive sampling. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah *family caregiver* yang telah merawat pasien demensia dengan usia minimal 18 tahun dan bersedia menjadi responden, serta mengisi kuesioner.

Kuesioner terdiri dari 2 bagian, bagian pertama tentang karakteristik responden dan pasien, kemudian bagian kedua tentang dukungan sosial. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Social Support Questionnaire (SSQ)* yang pernah digunakan dalam penelitian Sarason *et al.*²⁰ dan Rahayu²¹ dan telah dimodifikasi oleh peneliti. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kepada 30 responden, didapatkan hasil bahwa semua pertanyaan yang berjumlah 27 unit pertanyaan dinyatakan valid dan nilai reliabilitas 0,946. Kuesioner dukungan sosial terdiri dari beberapa bagian, antara lain jumlah orang yang memberikan dukungan dengan rentang 0 (tidak ada) hingga 9 (skor maksimal), tingkat kepuasan dukungan sosial yang diterima responden dengan rentang 1-6 (sangat tidak puas sampai sangat puas), serta alasan tingkat kepuasan yang didapatkan oleh responden. Analisis data menggunakan analisis univariat dan hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti telah mendapat izin kelayakan etik (*ethical clearance*) dengan nomor KE/FK/0313/EC/2018. Sebelum melakukan pengambilan data, subjek penelitian telah menandatangani lembar *informed consent*, sebagai bukti bahwa telah setuju dan bersedia menjadi responden penelitian ini.

HASIL

Responden dalam penelitian ini berjumlah 53 orang *family caregiver* yang merawat pasien demensia dan melakukan perawatan di Klinik Memori RSUP Dr. Sardjito. Karakteristik *family caregiver* dalam merawat pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dijelaskan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik *family caregiver* dalam merawat pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2018 (n = 53)

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Nilai <i>min-max</i>	<i>Mean ± SD</i>
Usia responden (tahun)			24-82 tahun	57,23 ± 14,59
18-25	2	3,8		
25-65	32	60,4		
> 65	19	35,8		
Jenis kelamin				
Laki-laki	13	24,5		
Perempuan	40	75,5		
Agama				
Islam	43	81,1		
Kristen	4	7,6		
Katolik	6	11,3		
Status pernikahan				
Menikah	46	86,8		
Belum menikah	6	11,3		
Duda/ janda	1	1,9		
Hubungan dengan pasien				
Suami	6	11,3		
Istri	25	47,2		
Anak	15	28,3		
Orang tua	3	5,7		
Lainnya	4	7,5		
Pendidikan terakhir				
SD	0	0,0		
SMP	1	1,9		
SMA	17	32,1		
Perguruan Tinggi	35	66,0		
Pekerjaan				
Pegawai Negeri Sipil	4	7,5		
Pensiunan	18	34		
Karyawan swasta	6	11,3		
Ibu rumah tangga	11	20,8		
Wiraswasta	7	13,2		
Guru	4	7,5		
Lainnya	3	5,7		
Penghasilan				
< Rp 1.338.000,00	20	37,7		
≥ Rp 1.338.000,00	33	62,3		
Lama merawat pasien (bulan)			0,25-240 bulan	87,68 ± 50,73
< 6	9	17,0		
≥ 6	44	83,0		
Durasi waktu merawat pasien dalam sehari (jam)			2-24 jam	14,96 ± 9,76
0-12	22	41,5		
13-24	31	58,5		
Pengalaman merawat sebelumnya				
Pernah	15	28,3		
Belum pernah	38	71,7		
Mendapat informasi tentang perawatan demensia				
Pernah	32	60,4		
Belum pernah	21	39,6		
Mendapat informasi tentang perawatan penyakit penyerta				
Pernah	33	62,3		
Belum pernah	20	37,7		

Berdasarkan Tabel 1 di atas, responden rata-rata berusia 57,23 (\pm 14,59) tahun. Mayoritas responden perempuan sebanyak 75,5%, beragama Islam (81,1%), berstatus sudah menikah (86,8%) dan merupakan istri dari pasien demensia (47,2%). Mayoritas responden adalah lulusan perguruan tinggi (66,04%), berstatus sebagai pensiunan (34,0%), dan memiliki penghasilan di atas Rp 1.338.000 sebanyak 62,3%. Sebagian besar responden telah merawat pasien selama lebih dari 6 bulan (83,0%), melakukan perawatan kepada pasien dalam satu hari selama 13-24 jam (58,5%). Mayoritas responden (71,7%) belum pernah memiliki pengalaman merawat sebelumnya. Namun, telah mendapatkan informasi tentang perawatan demensia (60,4%) dan juga tentang perawatan penyakit penyerta pasien demensia (62,3%).

Bentuk dukungan sosial, antara lain dukungan emosional, instrumental, penghargaan, dan informasional. Kepuasan yang diterima responden dalam bentuk dukungan sosial ditampilkan pada Tabel 2. Tingkat kepuasan dukungan sosial menunjukkan hasil rata-rata yang hampir sama pada setiap bentuk dukungan sosial. Dan, tingkat kepuasan dukungan yang terbesar adalah dukungan informasional, dengan rata-rata sebesar 4,87 (\pm 0,57). Semua bentuk dukungan sosial memiliki jumlah pemberi dukungan hanya sebanyak 1 orang.

Tabel 2. Gambaran bentuk dukungan sosial *family caregiver* dalam merawat pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2018 (n= 53)

Bentuk Dukungan Sosial	Jumlah Pemberi Dukungan (Modus)	Tingkat Kepuasan Dukungan (Mean \pm SD)	Nilai Min-Max yang Didapatkan
Emosional	1 orang	4,85 \pm 0,59	1 – 6
Instrumental	1 orang	4,79 \pm 0,64	2 – 6
Penghargaan	1 orang	4,79 \pm 0,77	2 – 6
Informasional	1 orang	4,87 \pm 0,57	2 – 6

Sumber dukungan sosial dibagi menjadi 3 sumber, yaitu primer, sekunder, dan tersier. Jumlah pemberi dukungan sosial dalam penelitian ini dihitung dengan melihat siapa saja orang yang memberikan dukungan sosial pada setiap kuesioner yang telah diisi oleh responden. Gambaran sumber dukungan sosial *family caregiver* ditunjukkan dalam Tabel 3. Mayoritas responden (83%) paling banyak mendapatkan sumber dukungan sosial dari ketiga sumber.

Tabel 3. Gambaran sumber dukungan sosial pada *family caregiver* dalam merawat pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2018 (n= 53)

Sumber Dukungan Sosial	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Primer	1	1,9
Primer sekunder	1	1,9
Primer tersier	7	13,2
Primer sekunder tersier	44	83,0

Sementara itu, untuk tingkat dukungan sosial responden dilihat pada setiap unit kuesioner, ditampilkan pada Tabel 4. Berdasarkan Tabel 4, hampir semua unit pernyataan dalam kuesioner dukungan sosial, hasilnya berada pada kategori puas. Hal ini dapat dilihat dari frekuensi *family caregiver* sebagian besar merasakan dukungan sosial yang diterima dari orang-orang di sekitarnya pada tingkat puas. Namun, ada 1 unit pernyataan yang memiliki tingkat kepuasan terhadap dukungan sosial, hasilnya sangat tidak puas.

Tabel 4. Gambaran tingkat kepuasan dukungan sosial yang diterima *family caregiver* dalam merawat pasien demensia di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2018 (n= 53)

Pernyataan	Sangat Tidak Puas	Tidak Puas	Agak Tidak Puas	Agak Puas
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Didengarkan cerita mengenai perawatan penderita demensia.	1 (1,9)	0 (0)	2 (3,8)	9 (17,0)
Dukungan yang diberikan orang lain.	0 (0)	2 (3,8)	4 (7,5)	7 (13,2)
Kehadiran orang lain untuk mendengarkan masalah yang dihadapi dalam merawat penderita demensia.	0 (0)	1 (1,9)	5 (9,4)	11 (20,8)
Kehadiran orang lain yang mampu mengurangi kekhawatiran.	0 (0)	1 (1,9)	1 (1,9)	11 (20,8)
Kehadiran orang lain yang membuat nyaman saat bertukar pikiran tentang kondisi penderita demensia.	0 (0)	1 (1,9)	1 (1,9)	7 (13,2)
Kehadiran orang lain dalam membantu menenangkan pikiran.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (18,9)
Kehadiran orang lain yang membuat merasa lebih baik.	0 (0)	0 (0)	2 (3,8)	9 (17,0)
Kehadiran orang lain untuk menghibur penderita demensia.	0 (0)	1 (1,9)	2 (3,8)	12 (22,6)
Kehadiran orang lain untuk mengingatkan jadwal kontrol penderita demensia.	0 (0)	0 (0)	3 (5,7)	8 (15,1)
Bantuan yang didapatkan untuk mengantarkan penderita demensia kontrol rutin.	0 (0)	0 (0)	2 (3,8)	9 (17,0)
Kehadiran orang lain untuk mengingatkan dalam pemberian obat.	0 (0)	0 (0)	2 (3,8)	11 (20,8)
Bantuan orang lain untuk melakukan penanganan demensia di rumah.	0 (0)	1 (1,9)	7 (13,2)	8 (15,1)
Bantuan orang lain untuk merawat penderita demensia.	0 (0)	0 (0)	6 (11,3)	10 (18,9)
Bantuan keuangan yang diterima dari orang lain.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (22,6)
Bantuan orang lain untuk menyiapkan makan penderita demensia.	0 (0)	1 (1,9)	3 (5,7)	8 (15,1)
Bantuan orang lain untuk menemani penderita demensia minum obat.	0 (0)	0 (0)	2 (3,8)	10 (18,9)
Bantuan orang lain untuk mengurus penderita demensia di rumah.	0 (0)	0 (0)	8 (15,1)	9 (17,0)
Penghargaan yang diberikan orang lain.	0 (0)	1 (1,9)	2 (3,8)	10 (18,9)
Dukungan dari orang sekitar untuk mengurus penderita demensia dengan baik.	0 (0)	2 (3,8)	3 (5,7)	7 (13,2)
Bantuan yang telah dilakukan dan penghargaan orang lain atas usaha yang dilakukan.	0 (0)	2 (3,8)	2 (3,8)	6 (11,3)
Sikap orang lain terhadap bantuan yang telah diberikan.	0 (0)	2 (3,8)	1 (1,9)	11 (20,8)
Kehadiran orang lain yang mau mendengarkan saat marah.	0 (0)	1 (1,9)	4 (7,5)	10 (18,9)
Orang yang telah menghargai aktivitas.	0 (0)	1 (1,9)	1 (1,9)	10 (18,9)
Informasi yang didapatkan terkait pengobatan penderita demensia.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (24,5)
Nasihat orang lain mengenai kebutuhan gizi penderita demensia.	0 (0)	1 (1,9)	2 (3,8)	9 (17,0)
Informasi yang diberikan orang lain terkait perawatan penderita demensia.	0 (0)	1 (1,9)	0 (0)	11 (20,8)
Nasihat yang didapatkan terkait petunjuk minum obat sebelum diberikan kepada penderita demensia.	0 (0)	0 (0)	2 (3,8)	6 (11,3)

PEMBAHASAN

Dukungan emosional yang didapat responden sebagian besar tingkat kepuasan berada dalam kategori puas. Dukungan instrumental melibatkan bantuan langsung, mayoritas responden mendapat tingkat kepuasan dukungan instrumental pada tingkat puas. Hasil penelitian Hayslip *et al.*²² menyebutkan bahwa penyediaan dukungan emosional dan instrumental yang dapat diandalkan dari teman dan keluarga, merupakan komponen kunci dalam meningkatkan kesehatan *caregiver*. Selain itu, dukungan berupa uang yang didapatkan oleh responden, paling banyak berasal dari bantuan anaknya yang sudah bekerja. *Caregiver* lebih mungkin mendapatkan dukungan finansial dari anak-anak mereka yang sudah dewasa.²³

Sebagian besar responden memperoleh tingkat kepuasan dukungan penghargaan pada kategori puas. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Musil *et al.*²⁴ yang menyebutkan bahwa *caregiver* hanya merasakan penghargaan dan dukungan yang paling sedikit, serta melaporkan adanya stres dan memiliki kesehatan fisik yang buruk.²⁴

Sebagian besar responden merasa puas terhadap dukungan informasi yang diberikan oleh keluarga, kerabat, dan petugas kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Sarafino & Smith,²⁵ pemberian informasi dari dokter meliputi saran, arahan, maupun umpan balik terkait status kesehatan pasien saat sedang sakit, dapat meningkatkan kepuasan *family caregiver* dalam melakukan perawatan pada pasien. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Putri,²⁶ yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dalam pemberian informasi saat merawat pasien dengan demensia.

Sumber dukungan yang diperoleh *family caregiver* paling banyak berasal dari sumber primer, sekunder, maupun tersier. Hal ini berarti *family caregiver* memperoleh dukungan sosial dari keluarga, teman, tetangga, petugas kesehatan, dan orang lain di sekeliling mereka. Dukungan yang adekuat berasal dari berbagai sumber seperti anggota keluarga, teman, tetangga, dan tenaga kesehatan.¹⁷ *Family caregiver* menerima sumber dukungan sosial primer terbanyak berasal dari anak dan kakak/adik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyebutkan bahwa budaya yang mengakar kuat di Indonesia adalah keluarga memiliki tanggung jawab besar untuk merawat orang yang mereka cintai saat dalam keadaan sakit.²⁷

Beberapa responden mendapatkan dukungan sosial yang berasal dari sumber primer dan tersier saja. Hal ini berarti dukungan sosial diperoleh dari anggota keluarga, petugas kesehatan, maupun orang lain di sekelilingnya, seperti sopir dan pembantu. Selain anggota keluarga, petugas kesehatan dinilai dapat memberikan informasi kepada responden terkait penanganan pasien demensia dan dianggap ahli sehingga dijadikan pedoman oleh sebagian responden. Dukungan dari tenaga kesehatan sangat penting dalam memberikan informasi terkait kondisi dan perubahan yang terjadi pada lansia yang menderita demensia.²⁸

Sumber dukungan yang diterima responden dari orang-orang di sekelilingnya yang sesuai dengan harapan responden dapat mengurangi beban, kerepotan, dan kesulitan responden. Dukungan sosial yang diberikan oleh orang-orang dalam jaringan sosial seseorang yang tepat

waktu dan efektif, dapat mengurangi konsekuensi negatif yang menyertai perawatan serta berkontribusi pada peningkatan kualitas dan mungkin kuantitas hidup yang lebih besar.²²

Tingkat kepuasan terhadap dukungan sosial yang diterima *family caregiver* sebagian besar berada dalam kategori puas. Hal ini berarti *family caregiver* memperoleh dukungan sosial yang cukup baik dari orang-orang di sekitarnya. Tingkat dukungan sosial yang dirasakan dapat memengaruhi kondisi kesehatan yang dimiliki orang tersebut. Semakin tinggi dukungan sosial yang diperoleh, maka tingkat kesehatannya juga akan semakin baik. Hal ini sesuai dengan penelitian Kahruman *et al.*²⁹ yang menyebutkan bahwa tingkat dukungan sosial yang dirasakan oleh *caregiver*, merupakan salah satu faktor utama yang memengaruhi kondisi kesehatan *caregiver* tersebut.

Mayoritas responden merasakan dukungan sosial yang diterima dalam skala 'puas' karena orang-orang di sekelilingnya selalu dapat memberi bantuan saat dibutuhkan oleh responden. Selain itu, responden merasa beban yang ditanggung menjadi lebih ringan dan berkurang, saat ada orang lain yang membantu. Hal tersebut dapat mengurangi tekanan dan tingkat stres yang dimiliki responden, ketika melakukan perawatan pada pasien demensia. Dukungan sosial yang diberikan seseorang, menjadi faktor yang dapat menentukan keberhasilan dalam mengatasi stres atau tekanan hidup.³⁰

Selain itu, responden sebagai *caregiver* memiliki lingkungan sekitar yang selalu mendukung dalam proses perawatan pasien sehingga hal tersebut dapat mencegah terjadinya depresi dan kecemasan pada *caregiver*. Responden juga merasa lebih tenang saat ada orang lain yang membantu dan menolong saat dibutuhkan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyebutkan bahwa dukungan sosial yang diterima dapat memengaruhi sistem kekebalan tubuh dan menjadi faktor utama dalam mencegah gejala-gejala negatif seperti depresi dan kecemasan.³⁰

Namun, beberapa responden ada yang merasa kurang puas dengan dukungan yang diberikan karena orang-orang yang membantu tidak sesuai dengan yang diharapkan oleh responden. Selain itu, sebagian kecil responden merasa mereka mampu untuk melakukan perawatan sendiri dan beberapa responden mengatakan bahwa kurang nyaman jika bercerita secara lugas terkait kondisi pasien demensia. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang menyebutkan bahwa beberapa orang merasa, bahwa mereka harus cukup independen atau tidak membebani orang lain dan merasa tidak nyaman menceritakan kepada orang lain.³¹

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan pada penelitian ini adalah sebagian besar *family caregiver* mendapatkan bentuk dukungan sosial, yang terdiri dari dukungan emosional, instrumental, penghargaan, dan informasional, dengan tingkat kepuasan terhadap dukungan yang diberikan, dalam kategori agak puas sampai puas. Sumber dukungan sosial yang diterima oleh *family caregiver* mayoritas berasal dari anak, kakak/adik, kerabat, dan petugas kesehatan.

Saran bagi petugas kesehatan, agar dapat menyampaikan informasi lebih lengkap dan

jelas kepada *family caregiver*, apabila *family caregiver* merasa informasi yang didapatkan belum sesuai dengan yang diharapkan. Selain itu, petugas kesehatan juga dapat meminta *family caregiver* untuk mencari sumber dukungan sosial lain dengan meningkatkan dukungan dari tetangga terdekat.

Saran untuk penelitian selanjutnya, semoga dapat diperdalam dengan metode kualitatif. Selain itu, penelitian selanjutnya juga dapat menghubungkan variabel dukungan sosial dengan faktor yang memengaruhi dukungan sosial.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih peneliti ucapkan kepada Dr. Astuti selaku dokter penanggung jawab Klinik Memori RSUP Dr. Sardjito. Terima kasih juga peneliti sampaikan kepada dr. Unun dan dr. Emi selaku dokter residen di Klinik Memori. Terakhir, terima kasih peneliti ucapkan kepada responden yang telah bersedia membantu penelitian ini hingga dapat berjalan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Alzheimer's Australia. What is Dementia? 2016 [cited 2017 Sep 13]. Available from: https://www.fightdementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatsDementia_english.pdf.
2. Agronin, M. E. Alzheimer Disease and Other Dementias. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 2 p.
3. World Health Organization. The Epidemiology and Impact of Dementia Current State and Future Trends. (2015) [cited 2017 Feb 13]. Available from: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf.
4. Prince, Martin., Wimo, Anders., Guerchet, Maelenn., Ali, Gemma-Claire., Wu, Yu-Tzu., & Prina, Matthew. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia; An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost, and Trends. London: Alzheimer's Disease International, 2015.
5. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou M. World Alzheimer Report 2016: Improving Healthcare for People living with Dementia: Coverage, Quality and Costs Now and in The Future. 2016 [cited 2017 Feb 27]; Available from: <http://eprints.lse.ac.uk/67858/>
6. Alzheimer's Research UK. All About Dementia. 2014 [cited 2017 Feb 6]. Available from: <http://www.alzheimersresearchuk.org/wp-content/uploads/2015/01/All-about-dementia.pdf>.
7. Maryam RS, Ekasari MF, Rosidawati, Jubaedi A, Batukara I. Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
8. Family Caregiver Alliance. Caregiver Statistics: Demographics. 2016 [cited 2017 Feb 12]. Available from: <https://www.caregiver.org/caregiver-statistics-demographics>.
9. Costa N, Ferlicco L, Derumeaux-Burel H, Rapp T, Garnault V, Gillette-Guyonnet S, et al. Comparison of Informal Care Time and Costs in Different Age-Related Dementias: A Review. *BioMed Res Int*. 2013;2013:1–15.
10. Wimo A, Jonsson L, Zbrozek A. The Resource Utilization in Dementia (RUD) Instrument is Valid for Assessing Informal Care Time in Community-Living Patients with Dementia. *J Nutr Health Aging*. 2010;14(8):685–690.
11. World Health Organization, Alzheimer's Disease International, Editors. Dementia: A Public Health Priority. Geneva; 2012. 102 p.
12. Steele CD. Nurse to Nurse Dementia Care. [Internet]. New York, USA: McGraw-Hill Professional Publishing; 2010 [cited 2017 Feb 12]. Available from: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4657864>.
13. Reed C, Barrett A, Lebrech J, Dodel R, Jones RW, Vellas B, et al. How Useful is The EQ-5D in Assessing The Impact of Caring for People with Alzheimer's Disease? Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Feb 12];15(1). Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-017-0591-2>.
14. Adawiyah RAR. Kecerdasan Emosional, Dukungan Sosial, dan Kecenderungan Burnout. *PERSONA* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 12];2(2). Available from: <http://jurnal.untag-sby.ac.id/index.php/persona/article/view/97>.
15. Gelsema T, Maes S, Akerboom S. Determinants of Job Stress in The Nursing Profession. [cited 2017 Aug 10]; Available from: <http://www.academia.edu/download/38098727/02.pdf>.
16. Kuncoro SH, Soewadi, S KC. Hubungan Dukungan Sosial dengan Depresi pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Kekambuhan Rawat Inap di RSJ Prof Dr Soerojo Magelang. Tesis. 2014. Pasca Sarjana FK UGM, Yogyakarta.
17. Cohen S, Syme SL. Social Support and Health. Orlando: Academic Press; 1985.
18. Pfeifer LI, Silva DBR, Lopes PB, Matsukura TS, Santos JLF, Pinto MPP. Social Support Provided to Caregivers of Children with Cerebral Palsy: Social Support of Caregivers of Cerebral Palsy Children. *Child Care Health Dev*. 2014 May; 40(3): 363–9.

19. Ali N, Kausar R. Social Support and Coping as Predictors of Psychological Distress in Family Caregivers of Stroke Patients. *Pak J Psychol Res.* 2016;31(2):587.
20. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. 1983. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.9485&rep=rep1&type=pdf>.
21. Rahayu RD. Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Kepatuhan Orang Tua dalam Perawatan Anak Tuberkulosis di Yogyakarta. Skripsi. 2016. Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta. <http://libmed.ugm.ac.id/showDetail.php?col=kyi&id=18519>.
22. Hayslip B, Blumenthal H, Garner A. Social Support and Grandparent Caregiver Health: One-Year Longitudinal Findings for Grandparents Raising Their Grandchildren. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2015 Sep;70(5):804–12.
23. Ku L-JE, Stearns SC, Van Houtven CH, Lee S-YD, Dilworth-Anderson P, Konrad TR. Impact of Caring for Grandchildren on The Health of Grandparents in Taiwan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013 Nov 1;68(6):1009–21.
24. Musil CM, Gordon NL, Warner CB, Zauszniewski JA, Standing T, Wykle M. Grandmothers and Caregiving to Grandchildren: Continuity, Change, and Outcomes Over 24 Months. *The Gerontologist.* 2011 Feb;51(1):86–100.
25. Sarafino, EP & Smith, TW. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions (Seventh Edition).* Hoboken, NJ: Wiley. 2011
26. Putri, YSE. Prediktor Beban Merawat dan Tingkat Depresi Caregiver dalam Merawat Lanjut Usia dengan Demensia di Masyarakat. *Jurnal Ners.* 2013 Apr;8(1): 88-97.
27. Effendy C, Vissers K, Tejawinata S, Vernooij-Dassen M, Engels Y. Dealing with Symptoms and Issues of Hospitalized Patients with Cancer in Indonesia: The Role of Families, Nurses, and Physicians. *Pain Pract.* 2015 Jun;15(5):441–6.
28. Putri YSE, Riasmini NM. The Predictors Of Caregiver's Burden and Depression Level in Caring Elderly People with Dementia at Community. *J Ners.* 2017;8(1):88–97.
29. Kahrman F, Zaybak A. Caregiver Burden and Perceived Social Support among Caregivers of Patients with Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015 Apr 29;16(8):3313–7.
30. Mulyati L, Yetti K, Sukmarini L. Analisis Faktor yang Memengaruhi Self Management Behaviour pada Pasien Hipertensi. *J Keperawatan Padjadjaran.* 2013;1(2).
31. Sarafino EP, Smith TW. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. Seventh Edition.* Hoboken, NJ: Wiley; 2011. 537 p.

Gambaran Keterampilan Mahasiswa Keperawatan dalam Melaksanakan Prosedur Pembalutan Luka pada Pelatihan *Basic Trauma and Cardiac Life Support*

The Description of Nursing Student's Skill in Implementing Procedures of Wound Dressing at Basic Trauma and Cardiac Life Support Training

Hanifa Nurul Zahra^{1*}, Sutono², Anita Kustanti³

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: Emergency situation can be occurred at any place or time which requires immediate and appropriate treatment. Nursing students as the member of community are expected to provide emergency care aid including wound dressing.

Objective: To identify nursing student's skill in performing wound dressing care procedure on Basic Trauma and Cardiac Life Support (BTCLS) training.

Method: A descriptive-quantitative research with cross sectional design was piloted in 2 training venue in Yogyakarta. The research ran for 2 months from November to December 2017. The population in the research were whole participants of Basic Trauma and Cardiac Life Support organized by PUSBANKES Team 118 PERSI DIY. Total of 141 respondents participated in the research. Data analysed by univariate technique and displayed in the form of frequency distribution.

Result: There were 141 respondents who dominated by female, attending BTCLS training. Most of the respondents' skills (93 students) during in-class-skill-training were in the moderate category (skill range 51-74%). During post-training-skills evaluation, there were 131 students ($\geq 75\%$) who were classified into high category (skill range $>75\%$).

Conclusion: Nursing students' skill in providing emergency wound dressing care on BTCLS training is categorized as high skill ($\geq 75\%$).

Keywords: nursing students, skill, wound dressing

ABSTRAK

Latar belakang: Keadaan gawat darurat bisa terjadi di mana pun dan kapan pun. Kondisi tersebut memerlukan tindakan yang cepat dan tepat. Mahasiswa keperawatan merupakan bagian dari masyarakat yang memerlukan keahlian dalam melakukan tindakan pertolongan pada kondisi gawat darurat, khususnya pembalutan luka.

Tujuan: Mengetahui gambaran keterampilan mahasiswa keperawatan dalam melaksanakan prosedur pembalutan luka pada pelatihan BTCLS.

Metode: Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif non-eksperimental dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Penelitian dilakukan di 2 tempat pelatihan, di Daerah Istimewa Yogyakarta pada bulan November dan Desember 2017. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh peserta pelatihan *Basic Trauma and Cardiac Life Support* (BTCLS) yang diadakan oleh tim (PUSBANKES) 118 PERSI DIY dengan sampel berjumlah 141 peserta. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Checklist* prosedur pembalutan luka yang dimiliki oleh PUSBANKES 118 PERSI DIY. Data dianalisis menggunakan analisis univariate dan ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Hasil: Pada saat latihan keterampilan, sebagian besar responden termasuk dalam kategori keterampilan sedang (skor 51-74%), yaitu sebanyak 93 responden (66,0%). Sementara pada saat evaluasi keterampilan, mayoritas termasuk dalam kategori keterampilan tinggi (skor $\geq 75\%$), yaitu sebanyak 131 responden (92,9%).

Corresponding Author: Hanifa Nurul Zahra

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

Email: hanifa.nurul.z@mail.ugm.ac.id

Kesimpulan: Gambaran keterampilan mahasiswa keperawatan dalam melaksanakan prosedur pembalutan luka pada pelatihan BTCLS berada pada kategori keterampilan tinggi.

Kata kunci: mahasiswa keperawatan, keterampilan, pembalutan luka

PENDAHULUAN

Angka kecelakaan di dunia masih cukup tinggi, sebanyak lebih dari 30.000 korban tewas akibat kecelakaan lalu lintas yang terjadi pada tahun 2010 di kawasan Asia Tenggara. Bahkan, terdapat lebih dari 100 ribu kasus kecelakaan yang terjadi di Indonesia pada tahun 2016.¹

Korban kecelakaan lalu lintas membutuhkan pertolongan yang cepat dan tepat. Pertolongan pertama adalah pemberian pertolongan segera pada penderita sakit, cedera, atau kecelakaan yang membutuhkan bantuan medis dasar, dengan tujuan untuk menyelamatkan jiwa korban, mencegah cacat permanen, serta memberikan rasa aman dan nyaman bagi korban.²

Di Indonesia terdapat sebuah sistem penanganan gawat darurat pasien mulai dari sebelum di rumah sakit (*prehospital*), pelayanan antar, dan pelayanan ketika di rumah sakit. Hal ini dikenal dengan Sistem Pelayanan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT). Pada *prehospital*, masyarakat diberi kesempatan untuk ikut berperan serta dalam menolong korban. SPGDT berpedoman pada *time saving is life and limb saving*, yang berarti pelayanan dilakukan dengan cepat dan melibatkan masyarakat awam umum dan khusus, petugas medis, pelayanan ambulans gawat darurat, serta sistem komunikasi.³ Pembalutan luka adalah keterampilan dengan tujuan untuk mengurangi risiko kerusakan jaringan yang telah ada, mengurangi rasa sakit, dan mencegah cacat, serta infeksi.⁴

Pelatihan *Basic Trauma and Cardiac Life Support* (BTCLS) merupakan salah satu sarana mendapatkan pelatihan dalam penanganan kondisi gawat darurat yang ditujukan untuk mahasiswa keperawatan tingkat akhir maupun perawat. Pelatihan ini bertujuan agar peserta siap dalam menangani kejadian trauma dan kardiovaskular sehingga angka kematian akibat kasus tersebut dapat ditekan. Perawat dan mahasiswa keperawatan memiliki peran penting dalam mengelola luka pasien dengan standar yang sudah ditetapkan.⁵

Keterampilan pembalutan luka pada area *prehospital* sangat penting untuk dimiliki oleh masyarakat, dalam hal ini termasuk para mahasiswa keperawatan. Mahasiswa keperawatan merupakan bagian dari masyarakat yang memiliki peran dalam SPGDT sehingga dapat memberikan evaluasi, baik bagi peserta, maupun bagi pelatihan itu sendiri.

Penelitian terkait gambaran keterampilan mahasiswa keperawatan dalam melaksanakan prosedur pembalutan luka saat pelatihan BTCLS belum banyak dilakukan. Oleh karena itu penelitian ini penting untuk dilakukan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran keterampilan mahasiswa keperawatan dalam melaksanakan prosedur pembalutan luka pada pelatihan BTCLS.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif non-eksperimental, dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada dua tempat pelatihan yang berbeda, yaitu di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bethesda dan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Gadjah Mada. Sampel dalam penelitian ini menggunakan total sampling yang berjumlah 141 orang. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah (1) seluruh mahasiswa keperawatan yang mengikuti pelatihan BTCLS; dan (2) berada pada jenjang pendidikan keperawatan, yaitu D3 dan S1. Kriteria eksklusi, yaitu (1) peserta tidak mengikuti kegiatan pelatihan secara penuh; dan (2) tidak bersedia menjadi responden penelitian.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Checklist* prosedur pembalutan luka yang dimiliki oleh PUSBANKES 118 PERSI DIY. Instrumen ini memuat prosedur pembalutan luka dengan *mitella* dan dihitung menggunakan skor tertentu. Skor 0 diberikan kepada mahasiswa yang tidak melakukan unit keterampilan dan skor 1 jika melakukan unit keterampilan tersebut. Uji validitas dan reliabilitas instrumen telah dilakukan oleh tim PUSBANKES 118 PERSI DIY dengan *expert judgement* yang telah dilakukan *review* oleh 4 orang ahli menggunakan skor CVI. Instrumen ini termasuk instrumen dengan skala ordinal yang dikategorikan sebagai kategori kurang jika mendapat skor 0-50%; kategori sedang jika mendapatkan skor 51-74%; dan kategori tinggi jika mendapatkan skor $\geq 75\%$. Observasi keterampilan dilakukan peneliti sendiri dan dibantu oleh asisten peneliti dengan observasi langsung pada saat latihan dan evaluasi keterampilan. Sebelum melakukan observasi, peneliti dan asisten melakukan persamaan persepsi terkait *Checklist* dan penilaian prosedur pembalutan luka.

Penelitian ini menggunakan analisis *univariat*, yang ditampilkan dalam tabel distribusi frekuensi. Analisis *univariat* digunakan untuk mendeskripsikan gambaran mahasiswa keperawatan dalam melaksanakan pembalutan luka.

Penelitian ini sudah mendapatkan izin kelayakan etik dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dengan nomor KE/FK/0273/EC/2018. Responden yang bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini telah menandatangani *informed consent*.

HASIL

Pengambilan data dilaksanakan pada bulan November dan Desember 2017. Karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Gambaran umum karakteristik responden (n = 141)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	26	18,4
Perempuan	115	81,6
Pendidikan		
S1	141	100,0

Gambaran keterampilan responden dalam melakukan pembalutan luka ditampilkan pada Tabel 2. Saat latihan, sebagian besar responden memiliki keterampilan sedang, yaitu

sebanyak 93 responden (66,0%). Namun, pada saat evaluasi, sebagian besar responden sudah mengalami peningkatan keterampilan dan masuk dalam kategori tinggi.

Checklist keterampilan pembalutan luka pada pelatihan BTCLS memiliki 10 nomor unit. *Checklist* dinilai dengan skor 0 dan 1. Nilai 0 diberikan pada peserta yang tidak melakukan unit penilaian keterampilan dan 1 diberikan untuk peserta yang melakukan prosedur pada unit penilaian keterampilan. Gambaran penilaian *Checklist* keterampilan pembalutan luka pada sesi latihan dan evaluasi secara detail (per unit) ditampilkan pada Tabel 3.

Tabel 2. Keterampilan pembalutan luka saat latihan dan evaluasi keterampilan pembalutan luka peserta BTCLS (n= 141)

Keterampilan Balutan Luka Saat Latihan			Keterampilan Balutan Luka Saat Evaluasi		
Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang (0-50%)	29	20,6	Kurang (0-50%)	1	0,7
Sedang (51-74%)	93	66,0	Sedang (51-74%)	9	6,4
Tinggi (≥75%)	19	13,5	Tinggi (≥75%)	131	92,9

Tabel 3. *Ranking* pentingnya pemenuhan kebutuhan keluarga (CCFNI) dan terpenuhinya kebutuhan keluarga (MNI) dari persepsi perawat ICU di tiga rumah sakit di Yogyakarta (n=31)

Prosedur	Latihan Keterampilan		Evaluasi Keterampilan		Perubahan (Δ)	%
	Tidak Melakukan	Melakukan	Tidak Melakukan	Melakukan		
	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)		
1. Gunakan alat pelindung diri (APD).	0 (0,0)	141 (100)	75 (53,2)	66 (46,8)	75	53,2
2. Carilah pasangan untuk prosedur tindakan pembalutan luka.	1 (0,7)	140 (99,3)	0 (0,0)	141 (100)	1	0,7
3. Persiapan alat: beberapa kain steril, <i>mitella</i> .	1 (0,7)	140 (99,3)	0 (0,0)	141 (100)	1	0,7
4. Periksa bagian yang mengalami luka.	139 (98,6)	2 (1,4)	78 (55,3)	63 (44,7)	121	85,8
5. Tutup luka dengan kasa steril/ perban dengan prinsip steril.	11 (7,8)	130 (98,2)	0 (0,0)	141 (100)	11	7,8
6. Ambil kain segitiga dengan model lipatan berada di dalam.	21 (14,9)	120 (85,1)	19 (13,5)	122 (86,5)	2	1,4
7. Balut luka dengan cara melilitkan <i>mitella</i> sedemikian rupa sehingga seluruh luka tertutup.	15 (10,6)	126 (89,4)	3 (2,1)	138 (97,9)	75	53,1
8. Buatlah simpul tanpa menghambat <i>neurovascular distal</i> (NVD).	0 (0)	141 (100)	0 (0)	141 (100)	1	0,7
9. Evaluasi balutan: kekencangan balutan, cek nadi distal.	92 (65,2)	49 (34,8)	62 (44,0)	79 (56,0)	1	0,7
10. Bereskan alat.	83 (58,9)	58 (41,1)	4 (2,8)	137 (97,2)	121	85,8

Berdasarkan Tabel 3, dapat dilihat bahwa keterampilan yang paling banyak tidak dilakukan pada saat latihan adalah nomor 3, yaitu memeriksa bagian yang mengalami luka, sebanyak

139 responden (98,6%) tidak melakukannya saat sesi latihan keterampilan. Namun, pada saat evaluasi keterampilan, hanya sebanyak 78 responden (55,3%) yang tidak melakukan unit penilaian tersebut. Unit penilaian yang sudah dilakukan oleh seluruh responden pada saat latihan adalah unit penilaian nomor 1, menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) dan unit penilaian nomor 8, membuat simpul tanpa menghambat *neurovascular distal* (NVD). Sementara pada saat evaluasi, unit penilaian yang telah dilakukan oleh semua responden adalah unit nomor 2, mencari pasangan untuk prosedur tindakan pembalutan luka; unit nomor 3, melakukan persiapan alat: beberapa kain steril/ *mitella*; unit nomor 5, menutup luka menggunakan kasa steril/ perban dengan prinsip steril; dan unit nomor 8, membuat simpul tanpa menghambat *neurovascular distal* (NVD). Unit penilaian nomor 1 yang telah dilakukan oleh seluruh responden pada saat latihan, kemudian turun menjadi 66 responden (46,8%) pada saat evaluasi keterampilan.

Dari hasil penelitian maka dapat diamati perubahan dari kedua penilaian, yaitu pada saat latihan dan evaluasi keterampilan. Dari hasil latihan dan evaluasi didapatkan, sebagian besar responden mengalami peningkatan pada tiap prosedur pembalutan luka. Persentase peningkatan tertinggi, yaitu pada unit nomor 4, 9, dan 10, yakni dari sedikit yang melakukan pada saat latihan keterampilan, menjadi banyak yang melakukan pada saat evaluasi keterampilan.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden penelitian masih belum melakukan beberapa keterampilan dalam tahap latihan. Namun, pada saat evaluasi keterampilan, responden telah memperbaiki performa dengan melakukan keterampilan dengan lebih baik. Hal ini dikarenakan sebelumnya telah ada diskusi dengan pelatih, terkait kesalahan yang responden lakukan pada saat latihan. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Wighus⁶ yang menyatakan bahwa peran dari pelatih dalam memberikan stimulasi dan umpan balik yang sistematis, dapat memperbaiki dan meningkatkan keterampilan peserta didik. Pelatihan yang dilakukan secara langsung, dapat meningkatkan retensi dari mahasiswa sehingga mahasiswa akan lebih ingat *critical poin* apa yang harus dilakukan.⁷

Di sisi lain, penting untuk mendiskusikan hal sulit atau kesalahan dengan kelompok atau fasilitator terkait materi yang sudah dipraktikkan.⁸ Diskusi dapat memberikan dampak positif terhadap peningkatan keaktifan peserta sehingga pembelajaran atau pelatihan yang diberikan lebih efisien dan memberikan nilai tambahan, yaitu peserta menjadi lebih lancar dalam belajar dan menghafal.⁹ Selain itu, pada saat evaluasi keterampilan mahasiswa lebih baik daripada saat latihan keterampilan dikarenakan terdapat kesempatan untuk berlatih secara mandiri. Hal ini sejalan dengan penelitian para mahasiswa yang menunjukkan bahwa latihan telah membantu mereka untuk mengonsolidasikan pengetahuan sebelumnya, meningkatkan rasa percaya diri, dan mampu menentukan kebutuhan belajar individu.⁸

Nilai yang didapatkan mahasiswa keperawatan pada saat latihan keterampilan termasuk

dalam kategori sedang, yaitu dengan rentang nilai 51-75%. Sementara pada saat evaluasi keterampilan, mahasiswa keperawatan tergolong memiliki keterampilan tinggi dalam melaksanakan prosedur pembalutan luka, yaitu dengan nilai > 75%. Keterampilan mahasiswa pada saat evaluasi dapat naik disebabkan oleh faktor pengalaman dari responden. Pengalaman dapat memengaruhi pengetahuan dan sikap seseorang. Pengalaman responden saat evaluasi bertambah karena sudah melakukan keterampilan tersebut lebih dari sekali. Pengalaman diketahui dapat menjadi penguat kemampuan seseorang dalam melakukan sebuah keterampilan.¹⁰

Berdasarkan hasil penelitian ini, didapatkan data bahwa rata-rata skor pada saat latihan dan evaluasi keterampilan berbeda. Secara umum, terdapat 10 nomor unit *Checklist* pembalutan luka pada pelatihan BTCLS. Unit nomor 2 menjelaskan tentang prosedur tindakan pembalutan luka. Kebanyakan dari responden langsung melakukan keterampilan pembalutan luka, tanpa melindungi diri mereka terlebih dahulu dengan APD, padahal prosedur tindakan pembalutan luka adalah prinsip yang harus dilakukan untuk menghindari infeksi pada luka pasien.

Pada saat latihan, sebanyak 1 responden (0,7%) bernilai 0 pada unit tentang mempersiapkan alat seperti kain steril dan *mitella*, dikarenakan responden tersebut salah dalam memilih alat pembalutan luka. Namun, pada saat evaluasi seluruh responden (100%) berhasil mempersiapkan alat dengan tepat. Persiapan alat penting untuk dilakukan sebelum bertemu pasien, tentunya dengan memilih alat yang tepat sesuai kebutuhan.¹¹ Begitu pula pada unit nomor 5 yang menjelaskan mengenai menutup luka dengan kasa steril. Menutup luka merupakan prosedur yang bertujuan untuk mencegah infeksi.¹²

Unit penilaian yang menjadi perhatian adalah nomor 9 yang menjelaskan tentang cara mengevaluasi balutan. Evaluasi balutan penting dilakukan untuk mengecek apakah balutan yang dipasang pada pasien sudah sesuai prosedur atau belum. Hal tersebut terdiri dari mengecek kekencangan balutan dan mengecek nadi *distal*. Mengecek kekencangan pembalutan maksudnya agar tidak menghambat *neurovascular distal*. Fungsi *neurovascular distal* (NVD) dikatakan normal apabila ditandai dengan terabanya nadi perifer, waktu pengisian kembali kapiler kurang dari 3 detik, ekstremitas menunjukkan warna dan suhu normal, serta tidak ditemukannya kehilangan sensasi.¹³

Hasil penelitian mengenai peningkatan nilai peserta menggambarkan bahwa latihan keterampilan dapat memberikan perubahan positif untuk evaluasi keterampilan. Hal ini sesuai dengan teori bahwa peningkatan keterampilan salah satunya dipengaruhi oleh latihan.¹⁴ Semakin sering seseorang berlatih melakukan suatu keterampilan tertentu, maka akan semakin terampil. Hal yang menjadi perhatian dalam tabel ini adalah unit dengan persentase perubahan sebesar 100%. Terdapat 1 unit yang memiliki perubahan paling sedikit, yaitu pada unit 6, hanya sebesar 9,5%. Unit nomor 6 ini menjelaskan tentang mengambil kain segitiga/*mitella* dan melipat sesuai dengan prosedur. Hasil evaluasi dari peneliti, perlu dijelaskan secara mendetail terkait pentingnya kain segitiga dengan model lipatan berada di dalam. Hal

ini bertujuan untuk membuat kain segitiga menjadi bentuk panjang yang nantinya digunakan untuk menutup luka. Lipatan yang digunakan untuk menutup luka adalah bagian yang rata atau tidak ada lipatan-lipatan di luar yang bisa menggores luka atau memperparah kondisi luka tersebut.

KESIMPULAN DAN SARAN

Gambaran keterampilan mayoritas mahasiswa keperawatan dalam melaksanakan prosedur pembalutan luka pada pelatihan BTCLS pada sesi latihan berada pada kategori sedang. Namun, pada sesi evaluasi dapat meningkat menjadi kategori tinggi ($\geq 75\%$).

Saran dalam penelitian ini adalah perlunya pengamatan pada saat sebelum pelatihan, saat pelatihan, dan setelah pelatihan. Hal ini untuk mengetahui adanya perubahan keterampilan yang terjadi pada kondisi sebelum pelatihan, saat pelatihan, dan setelah pelatihan, serta untuk mengetahui retensi pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki setelah mengikuti pelatihan tersebut.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih peneliti ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penelitian ini. Terima kasih juga peneliti ucapkan kepada Program Studi Ilmu Keperawatan UGM yang telah membantu pembiayaan dalam penelitian ini. Terima kasih kepada asisten penelitian, Aziz Ar Rafiq dan Fadhilah Shidiq, yang telah membantu proses pengambilan data sehingga penelitian ini dapat berjalan sukses dan lancar. Terima kasih juga untuk para mahasiswa yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Korlantas POLRI. Angka Kecelakaan Lalu Lintas [Internet]. 2017 [cited 2017 May 7]. Available from: <https://korlantas.polri.go.id/statistik-laka/>.
2. Ronald H. Pertolongan Pertama [Internet]. 2012 [cited 2022 May 7]. Available from: <https://docplayer.info/29824346-Pertolongan-pertama-ditulis-oleh-dr-hamidie-ronald-m-pd.html>
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) Mengurangi Tingkat Kematian dan Kecacatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
4. Susilowati R. Jurus Rahasia Menguasai P3K: Pertolongan Pertama pada Kecelakaan [Internet]. Jakarta: Lembar Langit Indonesia; 2015 [cited 2022 Nov 7]. Available from: https://books.google.co.id/books/about/Jurus_Rahasia_Menguasai_P3K.html?id=ShQwCwAAQBAJ&redir_esc=y
5. Lasmadasari N, Hakimi M, Huriah T. Efektivitas Pemberian Oral dan Topikal Gel Ekstrak Daun Kelor (*Moringa Oleifera*) dalam Penyembuhan Luka Sayat pada Tikus Putih (*Rattus Novergicus*) [Thesis]. Yogyakarta: Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta; 2013.
6. Wighus M, Bjørk IT. An Educational Intervention to Enhance Clinical Skills Learning: Experiences of Nursing Students and Teachers. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 Nov 7]; 29: 143–9. DOI: 10.1016/J.NEPR.2018.01.004. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29353107/>
7. Terry VR, Terry PC, Moloney C, Bowtell L. Face-to-Face Instruction Combined with Online Resources Improves Retention of Clinical Skills among Undergraduate Nursing Students. *Nurse Educ Today*. 2018; 61: 15–9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.10.014>.
8. Hourican S, McGrath M, Lyng C, McMahan C, Lehwaldt D. Effectiveness of Simulation on Promoting Student Nurses Management Skills. 2008 [cited 2022 Nov 7]; Available from: <http://doras.dcu.ie/538>.
9. Marsiyah M, Huriah T, Winarni T. Faktor-faktor Internal yang Memengaruhi Minat dan Motivasi Mahasiswa Semester IV Prodi Ilmu Keperawatan dalam Praktik Mandiri di Laboratorium Keperawatan Stikes Wira Husada Yogyakarta Tahun Akademik 2011/2012. *MIKKI (Majalah Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Indones)*. 2014; 2(1).
10. Widayatun TR. Ilmu perilaku [Internet]. Sagung Setyo. Jakarta: Sagung Setyo; 2009 [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=1121318>.
11. Anggraini Z. Gambaran Implementasi Prosedur Perawatan Luka Post-Operasi oleh Perawat di RSU

- PKU Muhammadiyah Bantul. 2016 Aug 27 [cited 2022 Nov 7]; Available from: <http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/2835>.
12. Hospital Care for Children. Prinsip Perawatan Luka [Internet]. 2016 [cited 2017 May 7]. Available from: <http://www.ichrc.org/932-prinsip-perawatan-luka>.
 13. Arista L. Analisis Praktik Residensi Keperawatan Medikal Bedah dengan Pendekatan Teori Self-care Orem pada Pasien Multiple Fraktur Ekstremitas Bawah di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta dan Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. Soeharso Surakarta [Skripsi]. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan, Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia; 2016.
 14. Hasibuan HMSP. Manajemen Sumber Daya Manusia [Internet]. Edisi Revisi. Jakarta: Bumi Aksara; 2005 [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=576827>.

Hubungan antara Stres dengan Kualitas Tidur Remaja di Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja Yogyakarta

Correlation between Stress and Sleep Quality among Adolescent in Youth Protection and Social Rehabilitation Center of Yogyakarta

Kusuma Ayu Rachmasari¹, Sri Hartini^{2*}, Itsna Lutfi Kholisa², Yayi Suryo Prabandari³

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

³Departemen Ilmu Perilaku, Lingkungan dan Sosial Kedokteran, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: The unresolved conflict which is experienced by adolescent may cause stress. Stress on adolescents is reversible but may lead to serious impact if not properly dealt with. Emotional disorder like stress may affect the quality of sleep on adolescents.

Objective: To identify the correlation of stress with quality of sleep in Youth Protection and Social Rehabilitation Center (Balai Perlindungan and Rehabilitasi Sosial Remaja/BPRSR) of Yogyakarta.

Method: This research was correlational descriptive with cross sectional design. The research was conducted at BPRSR Yogyakarta. There were 52 adolescents as sample which was determined by total sampling method. Data were collected using two questioners i.e. Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), to measure the quality of sleep, and Perceived Stress Scale (PSS-10) to measure stress on adolescents. Data were analyzed using spearman rank test to figure out the correlation between stress and quality of sleep of.

Result: The prevalence of moderate stress was 88,46% among respondents, while 80,77% of adolescents had poor quality of sleep. The analysis conducted showed no significant correlation between stress and quality of sleep ($p=0,564$). The analysis on external factor revealed the correlation between drug consumption and quality of sleep.

Conclusion: No significant relation is found between stress and quality of sleep among adolescent in Youth Protection and Social Rehabilitation Center (BPRSR) of Yogyakarta.

Keyword: adolescent, sleep quality, stress

ABSTRAK

Latar belakang: Konflik yang dialami oleh remaja dan tidak terselesaikan dengan baik dapat menyebabkan stres pada remaja. Stres pada remaja bersifat *reversible*, namun akan berdampak serius jika tidak ditangani dengan baik. Gangguan mental emosional berupa stres dapat memengaruhi kualitas tidur pada remaja.

Tujuan: Mengetahui hubungan stres dengan kualitas tidur pada remaja di Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja Yogyakarta (BPRSR).

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasional dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian yang dilakukan di BPRSR Yogyakarta ini, menggunakan sampel sebanyak 52 remaja, dengan metode *total sampling*. Data kualitas tidur dan stres pada remaja dikumpulkan melalui kuesioner *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI) dan *Perceived Stress Scale* (PSS-10). Analisis data menggunakan uji *Spearman Rank* untuk mengetahui hubungan antara stres dengan kualitas tidur remaja di BPRSR.

Hasil: Diketahui prevalensi stres level sedang, pada remaja di BPRSR sebesar 88,46% dan sebanyak 80,77% remaja memiliki kualitas tidur buruk. Hasil analisis uji hubungan menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stres dengan kualitas tidur ($p=0,564$). Hasil analisis faktor luar ditemukan adanya hubungan antara konsumsi obat dengan kualitas tidur.

Corresponding Author: Sri Hartini

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

Email: srihartini.psik@ugm.ac.id

Kesimpulan: Tidak terdapat hubungan signifikan antara stres dengan kualitas tidur remaja di BPRSR Yogyakarta.

Kata kunci: kualitas tidur, remaja, stres

PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan masa peralihan dari kanak-kanak menuju dewasa, yang melibatkan interaksi pada perkembangan faktor genetik, biologis, lingkungan dan sosial.¹ Pada masa ini, sering terjadi konflik antara remaja dengan dirinya, maupun lingkungan. Konflik yang tidak terselesaikan dengan baik, akan berdampak buruk pada proses perkembangan remaja, yang sering kali menyebabkan gangguan mental.²

Gangguan mental emosional atau distress psikologis merupakan tanda seseorang sedang mengalami perubahan psikologis. Gangguan ini bersifat *reversible*, tetapi akan berdampak serius jika tidak ditangani dengan baik.³ Gangguan atau masalah mental emosional yang ditunjukkan oleh remaja, di antaranya kecemasan, gangguan perilaku, gangguan suasana hati, penggunaan zat adiktif, stres, pengaruh teman sebaya, perilaku berisiko tinggi, kegagalan pembentukan identitas diri, dan gangguan perkembangan moral.^{4,5} Gangguan mental emosional dapat memengaruhi fungsi fisiologis, salah satunya memengaruhi kualitas tidur.⁶

Tidur merupakan kebutuhan fisiologis yang penting untuk proses tumbuh kembang remaja.⁷ National Sleep Foundation merekomendasikan rentang durasi tidur untuk remaja usia 14 – 17 tahun, yakni selama 8 hingga 10 jam per hari.⁸ Kekurangan jam tidur pada remaja memiliki dampak negatif, seperti sulit berkonsentrasi, prestasi sekolah menurun, adanya penurunan sistem imun, obesitas, dan berpengaruh pada emosi remaja. Hal ini dapat menyebabkan kemurungan yang akan memengaruhi penilaian, konsentrasi, dan kontrol impuls.⁷ Kualitas tidur yang buruk berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, psikologis, dan buruknya kesehatan fisik remaja.⁹

Penelitian yang dilakukan Lun *et al.*¹⁰ pada 1.125 mahasiswa rentang usia 17-24 tahun, menunjukkan sebanyak 60% mahasiswa memiliki kualitas tidur buruk. Penelitian yang dilakukan Romazini *et al.*¹¹ pada 125 remaja di Brazil dengan kerentanan sosial, menunjukkan hasil 80% remaja memiliki masalah tidur dan sebanyak 69,6% memiliki kualitas tidur yang buruk. Penelitian yang dilakukan Chen *et al.*¹² menunjukkan kualitas tidur yang buruk dialami oleh 20,9% dari 2.113 remaja di Taiwan, yang ditandai dengan adanya masalah tidur. Penelitian yang dilakukan oleh Utami¹³ pada 120 remaja SMP di Yogyakarta menunjukkan hasil bahwa 32,5% remaja memiliki kualitas tidur yang buruk.

Kualitas tidur yang buruk pada remaja mungkin disebabkan oleh berbagai faktor, terutama faktor psikologis.¹² Stres yang dirasakan remaja merupakan faktor risiko paling bermakna dalam terjadinya gangguan tidur.¹⁴

Proses perkembangan dan perubahan remaja pada masa peralihan ini berpotensi menimbulkan berbagai stresor. Stresor ini ditimbulkan dari berbagai hal di antaranya, kehidupan

dalam keluarga, kehidupan di sekolah, pertemanan, dan hubungan interpersonal.¹⁵

Penelitian yang dilakukan oleh Roy *et al.*¹⁶ menunjukkan prevalensi stres pada pelajar SMA laki-laki di India sebesar 55%. Penelitian yang dilakukan oleh Lyu *et al.*¹⁷ pada 869 tahanan remaja di Taiwan menunjukkan 44,1% tahanan remaja mengalami distres psikologis. Hasil penelitian Masdar *et al.*¹⁸ didapatkan prevalensi stres pelajar remaja di Indonesia sebesar 34,8%.

Data Riskesdas³ pada tahun 2013 menyebutkan Daerah Istimewa Yogyakarta menjadi salah satu daerah dengan prevalensi gangguan mental emosional dan gangguan jiwa berat, tertinggi di Indonesia. Daerah Istimewa Yogyakarta menempati urutan ke-4 untuk prevalensi gangguan mental emosional penduduk usia ≥ 15 tahun, yakni sebanyak 8,1%.³ Penelitian yang dilakukan pada 174 remaja SMA di Kota Yogyakarta menunjukkan hasil remaja usia 15-19 tahun yang mengalami stres berat, sebanyak 91,3%.¹⁹

Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja (BPRSR) Yogyakarta merupakan unit pelaksana teknis dalam pemberian pelayanan penyandang masalah kesejahteraan sosial dan masyarakat remaja terlantar di bawah naungan Dinas Sosial Daerah Istimewa Yogyakarta. Remaja yang berada di BPRSR berusia antara 12 hingga 21 tahun. Latar belakang remaja berasal dari keluarga tidak mampu, sebagian besar remaja putus sekolah, anak dari keluarga *broken home*, korban bencana, kerusuhan sosial dan pengungsian, anak rentan dan terlantar, korban kekerasan, serta pelaku anak yang berhadapan dengan hukum. Hal-hal tersebut menyebabkan kondisi mental remaja berisiko mengalami stres.

Penelitian terkait hubungan antara stres dengan kualitas tidur remaja belum pernah dilakukan sebelumnya di BPRSR. Oleh karena itu, peneliti merasa penelitian ini perlu dilakukan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara stres dengan kualitas tidur remaja di Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja di Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Gambaran karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 1. Penelitian ini termasuk penelitian analitik korelasional. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Variabel-variabel penelitian hanya dilakukan satu kali pengukuran pada satu waktu, kemudian dilihat hubungan antar variabel.

Penelitian dilakukan di Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja (BPRSR) Yogyakarta pada bulan April hingga Mei 2018. Sampel penelitian ini berjumlah 52 responden, yang diambil menggunakan teknik *total sampling*. Kriteria inklusi penelitian ini adalah remaja berusia 13 hingga 19 tahun yang tinggal di BPRSR Yogyakarta pada tahun 2017-2018 dan bersedia menjadi responden penelitian. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah remaja yang memiliki penyakit kronis, sehingga tidak dapat menjadi responden.

Kualitas tidur dalam 1 bulan terakhir, diukur menggunakan kuesioner *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI), yang dikembangkan oleh Buysse *et al.*²⁰ PSQI terdiri dari 10 unit

pertanyaan, sebanyak 9 unit merupakan pertanyaan untuk diri sendiri dan 1 unit pertanyaan untuk mengkaji responden terkait kepemilikan teman tidur. Kuesioner ini memiliki 2 cara pengisian, yaitu dengan cara mengisi jawaban dan memilih jawaban. Unit pertanyaan pilihan disediakan jawaban dengan 4 skala (0 = Tidak Pernah, 1 = kurang dari 1x seminggu, 2 = 1 atau 2x seminggu, 3 = 3x atau lebih seminggu).²¹ Kualitas tidur dikatakan baik, jika nilai total < 5 dan dikatakan kualitas tidur buruk jika nilai total > 5.

Persepsi atau perasaan stres remaja diukur menggunakan *Perceived Stress Scale-10* (PSS-10). Kuesioner PSS-10 ini dikembangkan oleh Sheldon Cohen pada tahun 1983, yang merupakan *self-reported* untuk mengukur stres pada remaja hingga dewasa pada 1 bulan terakhir.⁸ Kuesioner ini berisi 10 unit pertanyaan, setiap unit memiliki 5 rentang nilai yaitu 0 (tidak pernah) hingga 4 (sangat sering). Kuesioner ini memiliki 4 unit pernyataan positif (nomor 4, 5, 7, 8) dengan sistem skor terbalik (0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1, 4 = 0).²² Nilai 0-13 menunjukkan stres ringan, nilai 14 - 26 menunjukkan stres sedang, dan nilai 27 - 40 menunjukkan stres berat.²³

Data yang terkumpul, dianalisis menggunakan uji *Kolmogorov Smirnov* untuk mengetahui normalitas data. Data yang diperoleh tidak terdistribusi normal, sehingga dilakukan uji *Spearman Rank* untuk mengetahui korelasi antara stres dan kualitas tidur. Analisis *univariat* digunakan untuk mengetahui gambaran stres dan kualitas tidur remaja di BPRSR Yogyakarta.

Pengumpulan data dilakukan setelah memperoleh *ethical approval* dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada. *Ethical clearance* diterima pada tanggal 29 Maret 2018 dengan nomor Ref: KE/FK/0275/EC/2018.

HASIL

Responden penelitian ini mayoritas tergolong pada usia remaja akhir (15 - 19 tahun) sebanyak 44 orang (84,61%). Mayoritas jenis kelamin responden adalah laki-laki sebanyak 46 (88,5%) orang. Tingkat pendidikan terakhir responden di BPRSR lebih dari setengahnya adalah lulus Sekolah Menengah Pertama (SMP) (51,9%).

Pada karakteristik status gizi responden, mayoritas responden memiliki status gizi normal yaitu sebanyak 42 (80,8) orang. Sebagian besar responden menyampaikan pernah mengalami sakit selama tinggal di menderita sakit saat berada di BPRSR (75,0%). Mereka menyampaikan penyakit yang sering diderita, antara lain demam, flu, batuk, pusing, maag, dan gatal-gatal.

Data responden yang diperoleh, didapati lebih dari setengah dari total responden mengonsumsi rokok (61,5) dan 6 (11,53%) orang remaja mengonsumsi alkohol. Remaja yang merokok dan konsumsi alkohol semuanya adalah laki-laki. Rata-rata mereka mengonsumsi minimal satu batang rokok setiap hari.

Hasil pengukuran tingkat stres yang dialami oleh responden pada penelitian ini ditampilkan pada Tabel 2. Stres pada responden dikategorikan menjadi tiga tingkat, yakni stres ringan,

sedang, dan berat. Tabel 2 menunjukkan sebagian besar remaja (88,46%) memiliki stres tingkat sedang dan tidak terdapat remaja yang memiliki stres tingkat berat.

Tabel 1. Karakteristik responden remaja di BPRSR Yogyakarta bulan April-Mei 2018 (n = 52)

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean ± SD
Jenis Kelamin			
Laki-laki	46	88,5	
Perempuan	6	11,5	
Usia (tahun)			16,44 ± 1,557
10-14	8	15,4	
15-19	44	84,6	
Pendidikan			
SD	9	17,3	
SMP	27	51,9	
SMA	16	30,8	
Status gizi			
Kurus	4	7,7	
Normal	42	80,8	
Gemuk	6	11,5	
Pernah sakit			
Ya	39	75,0	
Tidak	13	25,0	
Konsumsi obat			
Ya	21	40,4	
Tidak	31	59,6	
Merokok			
Ya	32	61,5	
Tidak	20	38,5	
Konsumsi alkohol			
Ya	6	11,5	
Tidak	46	88,5	

Tabel 2. Gambaran stres berdasarkan laporan mandiri oleh remaja di BPRSR Yogyakarta (n = 52)

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Ringan	6	11,5
Sedang	46	88,5
Berat	0	0,0

Tabel 3 menunjukkan detail gambaran stres pada remaja di BPRSR dalam 1 bulan terakhir. Responden yang menyatakan sering dan sangat sering merasa kesal akibat hal yang tidak diharapkan, sebanyak 25,0%. Sebanyak 26,9% responden menyatakan bahwa mereka sering dan sangat sering, tidak dapat menghadapi hal yang terjadi dan seharusnya dilakukan. Responden yang tidak pernah dan jarang merasa yakin dalam menghadapi masalah personal sebanyak 21,5%. Sejumlah 42,3% responden menyatakan tidak pernah dan jarang merasa bahwa suatu hal terjadi sesuai harapan. Sebanyak 36,5% responden menyatakan tidak pernah

dan jarang berada pada puncak kejayaan.

Kualitas tidur pada penelitian ini dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu kualitas tidur baik dan buruk. Semakin tinggi nilai akhir PSQI, maka semakin buruk nilai kualitas tidur. Distribusi kualitas tidur responden dalam penelitian ditunjukkan dalam Tabel 4. Gambaran kualitas tidur pada remaja di BPRSR, sebagian besar remaja memiliki kualitas tidur yang buruk.

Tabel 3. Gambaran stres berdasarkan laporan mandiri oleh remaja di BPRSR Yogyakarta

Unit Pertanyaan	Gambaran Stress									
	Tidak pernah		Jarang		Kadang-kadang		Sering		Sangat sering	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Merasa kesal akibat kejadian yang tidak diharapkan.	4	7,7	12	23,1	23	44,2	9	17,3	4	7,7
Tidak dapat mengontrol hal penting dalam hidup.	7	13,5	14	26,9	25	48,1	5	9,6	1	1,9
Merasa gugup, tegang/stres.	13	25,0	17	32,7	13	25,0	8	15,4	1	1,9
Merasa tidak dapat menghadapi hal yang terjadi dan seharusnya dilakukan.	4	7,7	22	42,3	12	23,1	12	23,1	2	3,8
Merasa marah karena terjadi hal-hal yang di luar kendali.	4	7,7	23	44,2	15	28,8	7	13,5	3	5,8
Merasa berada dalam kesulitan yang berat.	9	17,3	24	46,2	16	30,8	2	3,8	1	1,9
Merasa yakin dalam menghadapi masalah personal.	4	7,7	7	13,5	18	34,6	14	26,9	9	17,3
Merasa segala hal terjadi sesuai harapan.	3	5,8	19	36,5	21	40,4	9	17,3	0	0,0
Dapat mengendalikan perasaan jengkel dalam kehidupan.	0	0,0	8	15,4	15	28,8	23	44,2	6	11,5
Merasa berada pada puncak kejayaan.	5	9,6	14	26,9	18	34,6	10	19,2	5	9,6

Tabel 4. Klasifikasi kualitas tidur pada remaja di BPRSR selama 1 bulan Terakhir (n = 52).

Komponen	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kualitas tidur		
Baik (0-5)	10	19,2
Buruk (>5)	42	80,8

Gambaran kualitas tidur remaja di BPRSR dilihat melalui hasil pengisian pelaporan mandiri kuesioner PSQI. Responden menjawab pertanyaan dengan cara mengisi dan memilih jawaban yang sesuai dengan kebiasaan tidur mereka selama 1 bulan terakhir. Tabel 5 menunjukkan gambaran kualitas tidur pada remaja di BPRSR dalam 1 bulan terakhir.

Tabel 5 menunjukkan domain kualitas tidur remaja pada kuesioner *Pittsburg Sleep Quality Index*. Domain kualitas tidur menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyebutkan kualitas tidur mereka buruk. Kualitas tidur yang buruk dan sangat buruk dirasakan oleh 55,77% responden. Mayoritas responden (73,08%) memiliki latensi tidur \leq 30 menit. Kurang dari 50% responden memiliki durasi tidur $>$ 7 jam per hari. Durasi tidur $<$ 7 jam menunjukkan angka yang

tinggi, yaitu sebesar 65,38%. Domain efisiensi kebiasaan tidur menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki efisiensi kebiasaan tidur >85%.

Tabel 5. Domain *Pittsburg Sleep Quality Index* remaja di BPRSR Yogyakarta pada bulan April-Mei 2018 (n=52)

Komponen	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kualitas tidur subjektif		
Sangat baik	7	13,5
Cukup baik	16	30,8
Buruk	21	40,4
Sangat buruk	8	15,4
Latensi tidur (menit)		
≤ 15	16	30,8
16-30	22	42,3
31-60	10	19,2
>60	4	7,7
Durasi tidur (jam)		
>7	18	34,6
06-Jul	14	26,9
05-Jun	10	19,2
<5	10	19,2
Efisiensi kebiasaan tidur		
>85%	46	88,4
75-84%	3	5,8
65-74%	3	5,8
<65%	0	0,0
Gangguan tidur		
Tidak pernah terganggu	0	0,0
1-3x sebulan	20	38,5
1-2x seminggu	32	61,5
3->3x seminggu	0	0,0
Penggunaan obat tidur		
Tidak pernah	51	98,0
1-3x sebulan	0	0,0
1-2x seminggu	1	2,0
3->3x seminggu	0	0,0
Disfungsi di siang hari		
Tidak mengantuk dan konsentrasi tidak terganggu	4	7,7
Mengantuk 1-3x sebulan, konsentrasi terganggu menyebabkan sedikit masalah	26	50,0
Mengantuk 1-2x seminggu, konsentrasi terganggu menyebabkan masalah	19	36,5
Mengantuk 3->3x seminggu, konsentrasi terganggu menyebabkan masalah besar	3	5,8

Tabel 6 menunjukkan uji beda kualitas tidur berdasarkan karakteristik responden. Hasil

uji analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kualitas tidur dengan konsumsi obat dengan nilai $p = 0,02$ ($p < 0,05$). Di mana remaja dengan kebiasaan tidur yang buruk cenderung mengkonsumsi obat-obatan untuk membantu agar remaja tersebut dapat tidur.

Tabel 6. Perbedaan Kualitas tidur berdasarkan karakteristik responden remaja di BPRSR Yogyakarta pada bulan April-Mei 2018 (n=52)

Karakteristik Responden	Kualitas Tidur		Nilai r	Nilai p
	Baik	Buruk		
	f (%)	f (%)		
Sakit			0,16	0,22
Tidak	4 (7,7)	9 (17,3)		
Ya	6 (11,5)	33 (63,5)		
Status gizi			0,26	0,14
Kurus	2 (3,8)	2 (3,8)		
Normal	8 (15,4)	34 (65,5)		
Gemuk	0 (0)	6 (11,5)		
Konsumsi obat			0,28	0,02*
Tidak	9 (17,3)	22 (42,3)		
Ya	1 (1,9)	20 (38,5)		
Merokok			0,18	0,18
Tidak	2 (3,8)	18 (34,6)		
Ya	8 (15,4)	24 (46,2)		
Konsumsi alkohol			0,12	0,30
Tidak	8 (15,4)	38 (73,1)		
Ya	2 (3,8)	4 (7,7)		

Keterangan: * Signifikan $p < 0,05$

Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui data terdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas kuesioner menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov* ($n > 50$). Hasil uji normalitas pada kuesioner PSS adalah normal ($p > 0,050$) dengan nilai $p = 0,200$. Sementara, uji normalitas pada kuesioner PSQI didapatkan hasil tidak normal ($p < 0,050$) dengan $p = 0,007$. Peneliti menggunakan analisis *Spearman Rank* dengan *raw score* masing-masing variabel untuk mengetahui hubungan stres dengan kualitas tidur pada remaja di BPRSR. Hasil analisis *Spearman Rank* dijabarkan pada Tabel 7.

Tabel 7. Hubungan stres dengan kualitas tidur pada remaja di BPRSR (n=52)

Variabel	Kualitas Tidur	
	Kekuatan korelasi (r)	Signifikansi (p)
Stres	-0,082	0,564

Berdasarkan hasil penghitungan statistik, didapatkan nilai korelasi antara stres dengan kualitas tidur sebesar -0,082. Nilai signifikansi (*p value*) didapatkan hasil sebesar 0,564 ($p > 0,05$). Hasil tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa hipotesis penelitian ditolak, dimana tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stres dengan kualitas tidur pada remaja di BPRSR Yogyakarta.

PEMBAHASAN

Jumlah remaja di BPRSR yang mengalami stres level sedang, ternyata sangat tinggi (88,46%). Stres yang dirasakan, digambarkan melalui pernyataan responden bahwa mereka sering merasa kesal karena merasa suatu hal terjadi tidak sesuai dengan harapan mereka. Mereka juga menyatakan tidak dapat menghadapi hal yang seharusnya dapat mereka lakukan. Mereka tidak merasa berada dalam puncak kejayaan (merasa bahagia, dihargai, sesuatu yang terjadi sesuai dengan harapan). Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Lyu *et al.*¹⁷ pada 869 tahanan remaja di Taiwan.

Hasil penelitian Lyu *et al.*¹⁷ didapatkan bahwa sebanyak 44,1% tahanan remaja mengalami distress psikologi. Stres yang dialami oleh tahanan remaja digambarkan dengan perasaan depresi, cemas, mudah marah, merasa lebih rendah dari orang lain, dan gangguan tidur.¹⁷ Angka prevalensi stres yang tinggi juga ditemukan pada sejumlah pelajar SMA di India. Sebanyak 55% dari 1153 remaja laki-laki mengalami stres.¹⁶ Di Indonesia, sebanyak 34,8% remaja SMA mengalami stres.¹⁸ Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa remaja di BPRSR yang mengalami stres lebih banyak jika dibandingkan dengan remaja pelajar SMA di Indonesia maupun di luar negeri.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas remaja (80,77%) yang tinggal di BPRSR Yogyakarta memiliki kualitas tidur buruk. Penelitian yang dilakukan oleh Galland *et al.*²⁴ menyatakan bahwa 56% remaja dengan usia rata-rata 16,9 tahun memiliki kualitas tidur yang buruk. Persentase kualitas tidur yang buruk dapat meningkat hingga 69,6% pada remaja yang memiliki kerentanan sosial.¹¹ Sementara itu, remaja di BPRSR merupakan remaja yang memiliki kerentanan sosial.

Durasi tidur yang kurang dan gangguan tidur menunjukkan angka prevalensi yang cukup tinggi dalam hasil penelitian ini. Hal tersebut menjadi salah satu penyebab tingginya angka prevalensi kualitas tidur yang buruk pada remaja di BPRSR. National Sleep Foundation merekomendasikan rentang durasi tidur untuk remaja usia 14 – 17 tahun adalah selama 8 hingga 10 jam per hari.⁸ Durasi tidur < 7 jam pada remaja di BPRSR menunjukkan angka yang tinggi, yaitu sebesar 65,38%. Penelitian Romanzini *et al.*¹¹ mendapatkan hasil bahwa rata-rata remaja rentan sosial memiliki durasi tidur 6 jam 30 menit setiap malam, sehingga sering kali mereka mengantuk di siang hari. Hal ini menunjukkan bahwa durasi tidur remaja di BPRSR dan remaja rentan sosial masih kurang dari jumlah yang direkomendasikan.

Kualitas dan kuantitas tidur dapat berpengaruh pada perilaku kenakalan remaja. Tidur yang kurang, diprediksi berdampak kuat pada munculnya perilaku tindak kriminal.²⁵ Sebagian remaja di BPRSR adalah remaja yang berhadapan dengan hukum, disebabkan kenakalan remaja. Durasi tidur yang kurang, dapat meningkatkan perilaku kenakalan pada remaja.

Prevalensi gangguan tidur yang dialami remaja di BPRSR adalah sebesar 61,54%. Nilai ini lebih tinggi dibanding hasil penelitian pada tahanan remaja. Gangguan tidur menjadi tanda gejala munculnya distress psikologi pada tahanan remaja di Taiwan. Gangguan tidur yang

dialami oleh tahanan remaja memiliki prevalensi sebesar 36,8%.¹⁷

Insomnia menjadi gangguan tidur yang dialami oleh tahanan remaja di Taiwan.¹⁷ Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa gangguan tidur yang paling banyak dialami remaja di BPRSR adalah terbangun di tengah malam, merasa kedinginan, merasa kepanasan, merasa nyeri saat tidur, dan terdapat alasan lain yang mengganggu tidur mereka.

Hasil wawancara dengan responden penelitian mengenai alasan lain yang dapat mengganggu tidur mereka (dalam hal ini remaja penghuni BPRSR). Gangguan tersebut di antaranya gangguan dari teman saat tidur, banyak pikiran, gigitan serangga, suara berisik, suhu yang ekstrem, dan kecenderungan kesulitan tidur malam. Ruang tidur di BPRSR, dalam satu kamar tidur dihuni oleh 4 hingga 6 remaja. Responden menyebutkan bahwa terdapat beberapa teman yang sering mengganggu teman lain yang sedang tidur dan membuat kegaduhan. Hal ini menyebabkan mereka tidak dapat tidur dengan tenang.

Romanzini *et al.*¹¹ menyatakan bahwa remaja yang memiliki kerentanan sosial, cenderung mengalami gangguan tidur lebih tinggi, dibanding remaja dengan kehidupan sosial yang baik. Gangguan tidur yang paling banyak dialami oleh remaja rentan sosial adalah merasa kedinginan dan kepanasan saat tidur, serta bermimpi buruk.¹¹ Gangguan tidur yang dialami oleh remaja dengan kerentanan sosial memiliki kesamaan dengan gangguan tidur yang dialami oleh remaja di BPRSR.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa stres tidak berhubungan dengan kualitas tidur remaja di BPRSR. Hasil ini mendukung penelitian Wulandari²⁶ yang melaporkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stres dengan gangguan tidur. Penelitian yang dilakukan oleh Schalkwijk²⁷ pada 154 remaja di Belanda juga memperoleh hasil yang sama, bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara stres dengan kualitas tidur.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian Almojali *et al.*²⁸ dan Mesquita & Reimao²⁹ yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara stres dengan kualitas tidur. Hasil penelitian yang dilakukan pada 160 remaja SMA di Brazil, diperoleh hasil bahwa stres memiliki kontribusi dalam memperburuk kualitas tidur remaja.²⁹ Perbedaan ini bisa disebabkan karena penelitian yang dilakukan oleh Mesquita & Reimao²⁹ dan Almojali *et al.*²⁸ memiliki jumlah sampel yang lebih besar. Hal ini dapat memengaruhi signifikansi, meskipun penelitian yang dilakukan peneliti saat ini sudah memenuhi kuota jumlah sampel. Namun, hasil yang didapatkan belum cukup data untuk mengatakan adanya hubungan antara kedua variabel.

Hasil analisis diperoleh nilai hubungan kontingensi antara konsumsi obat dengan kualitas tidur. Obat yang dikonsumsi seperti obat batuk, flu, asma, demam, sakit kepala, dan gangguan pencernaan. Obat-obatan ini dapat menyebabkan gangguan tidur, efek kantuk, dan kelelahan di siang hari. Jenis obat tersebut di antaranya adalah, *corticosteroids*, obat yang mengandung alkohol, kafein, dan *antihistamin*.³⁰

Corticosteroids yang digunakan untuk inflamasi dan asma dapat menyebabkan insomnia. Beberapa obat batuk, flu, dan demam mengandung alkohol yang dapat menyebabkan gangguan

tidur malam, dan menekan tidur pada tahap REM. Beberapa obat pereda nyeri dan sakit kepala memiliki kandungan kafein, hal ini menyebabkan seseorang tetap terjaga. Antihistamin yang biasanya terdapat pada obat demam dan alergi, memberikan efek kelelahan.^{30,31} Obat-obatan lain yang dapat memengaruhi kualitas tidur seseorang di antaranya obat golongan hipnotik, *betablocker*, narkotika, *transquilizer*, dan antidepresan. Betablocker dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk.³²

KESIMPULAN DAN SARAN

Remaja di BPRSR, sebagian besar memiliki stres tingkat sedang. Kualitas tidur yang buruk, dialami oleh lebih dari setengah jumlah total responden. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stres dengan kualitas tidur pada remaja di BPRSR Yogyakarta.

Pihak pengelola BPRSR Yogyakarta perlu meningkatkan rasa percaya diri remaja, sehingga mereka merasa percaya dan mampu mencapai tujuan hidup mereka. Upaya yang dapat dilakukan untuk menangani kualitas tidur yang buruk pada remaja di BPRSR adalah dengan mengurangi atau menghilangkan gangguan tidur yang mereka alami. Penelitian selanjutnya diharapkan memiliki cakupan yang lebih luas karena jumlah remaja di BPRSR Yogyakarta sedikit, agar dapat mewakili jumlah populasi remaja yang tinggal di BPRSR. Peneliti selanjutnya diharapkan melakukan penelitian terkait faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kualitas tidur remaja di BPRSR. Diperlukan instrumen yang lebih tepat untuk dapat menilai kualitas tidur dan tingkat stres pada remaja di BPRSR.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Balai Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial Remaja Yogyakarta beserta seluruh staf karyawan, atas izin dan bantuan yang diberikan sehingga penelitian ini dapat terlaksana. Selain itu, terima kasih kepada seluruh remaja di BPRSR, atas kesediaannya menjadi responden dalam penelitian ini.

Terima kasih kami sampaikan kepada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, atas sarana dan prasarana yang telah diberikan. Serta terima kasih juga kepada asisten penelitian atas bantuan dalam proses pengambilan data.

DAFTAR PUSTAKA

1. Santrock JW. Life-Span Development-13th Ed. New York: Erlangga; 2011.
2. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Masalah Kesehatan Mental Emosional Remaja [homepage on the internet]. 2013 [cited 2013 September 10]. Available from: <http://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/masalah-kesehatan-mental-mosional-remaja>.
3. Kemenkes. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
4. Merikangas KR, He J, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Swendsen J. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from The National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010; 49(10): 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>.
5. Wiguna, T. Masalah Kesehatan Mental Remaja di Era Globalisasi [homepage on the internet]. 2013 [cited 2013 September 10]. Available from: <http://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/masalah-kesehatan->

- [mental-remaja-di-era-globalisasi](#).
6. Moser D, Pablik E, Aull-Watschinger S, Patarraia E, Wober C, Seidel S. Depressive Symptoms Predict The Quality of Sleep in Patients with Partial Epilepsy-A Combined Retrospective and Prospective Study. *Epilepsy Behav.* 2015; 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.04.021>
 7. Maas JB, Robbins RS, Fortgang RG, Driscoll SR. *Adolescent Sleep.* Academic Press. 2011; 60. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-373951-3.00039-9>.
 8. National Sleep Foundation. *Teens and Sleep* [homepage on the internet]. c2017. [cited 2017 Jun 9]. Available from: <https://sleepfoundation.org/sleep-topics/teens-and-sleep>.
 9. Brand S, Kirov R. Sleep and Its Importance in Adolescence and in Common Adolescent Somatic and Psychiatric. *International Journal of General Medicine.* 2011; 425-442. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S11557>.
 10. Lund H, Reider B, Whiting A, Prichard J. Sleep Patterns and Predictors of Disturbed Sleep in A Large Population of College Students. *Journal of Adolescent Health.* 2010; 46(2), 124-132. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.06.016>.
 11. Romanzini LP, Santos AA, Nunes ML. Characteristics of Sleep in Socially Vulnerable Adolescents. *Journal of European Pediatric Neurology Society.* 2017; 21: 627-634. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2016.12.013>.
 12. Chen DR, Truong K, Tsai MJ. Prevalence of Poor Sleep Quality and Its Relationship with Body Mass Index Among Teenagers: Evidence from Taiwan. *Journal of School Health.* 2013; 83(8): 582-588. <https://doi.org/10.1111/josh.12068>.
 13. Utami NP. Hubungan Pola Tidur terhadap Asupan Energi dan Obesitas pada Remaja SMP di Kota Yogyakarta [Skripsi]. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada; 2013.
 14. Chung KF & Cheung MM. Sleep-Wake Patterns and Sleep Disturbance among Hongkong Chinese Adolescents. *Sleep.* 2008; 31(2): 189.
 15. Byrne D, Davenport S, & Mazanov J. Profiles of Adolescent Stress: The Development of The Adolescent Stress Questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence.* 2007; 30: 393-416.
 16. Roy K, Kamath VG, Alex J, Hegde A. Prevalence of Stress and Stress Tolerance Levels among Adolescent Boys - A District Level Cross Sectional Study in South India. *International Journal Adolescent Medical Health.* 2015;1-7.
 17. Lyu SY, Chi YC, Farabee D, Tsai LT, Lee MB, Lo FE, Morisky DE. Psychological Distress in An Incarcerated Juvenile Population. *Journal of The Formosan Medical Association.* 2015; 114(11): 1076-1081. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2014.03.011>.
 18. Masdar H, Saputri PA, Rosdiana D, Chandra F, Darmawi. Depresi, Ansietas, dan Stres serta Hubungannya dengan Obesitas pada Remaja. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia.* 2016; 12(4): 138-143. <https://doi.org/10.22146/ijcn.23021>
 19. Hanifah R. Hubungan Stres dan Asupan Natrium dengan Tekanan Darah pada Remaja SMA di Kota Yogyakarta [Skripsi]. Yogyakarta: Fakultas, Kedokteran Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada; 2016.
 20. Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, Kupfer D. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research.* 1989; 28(2): 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).
 21. Indrawati BN. Perbandingan Kualitas Tidur Mahasiswa yang Mengikuti UKM dan Tidak Mengikuti UKM pada Mahasiswa Reguler FIK UI [Skripsi]. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia; 2012.
 22. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior.* 1983; 24(4): 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>.
 23. Bhat R, Ramesh, Ganaraja B, Sameer M. Eustress in Education: Analysis of The Perceived Stress Score (PSS) and Blood Pressure (BP) During Examinations in Medical Student. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2011; 5(7): 1331-1335.
 24. Galland BC, Gray AR, Penno J, Smith C, Lobb C, Taylor RW. Gender Differences in Sleep Hygiene Practices and Sleep Quality in New Zealand Adolescents Aged 15 To 17 Years. *Sleep Health.* 2017; 3(2): 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.02.001>.
 25. Backman H, Laajasalo T, Saukkonen S, Salmi V, Kivivuori J, Aronen E. Are Qualitative and Quantitative Sleep Problems Associated with Delinquency When Controlling for Psychopathic Features and Parental Supervision?. *Journal of Sleep Research.* 2015; 5(24): 543-548. <https://doi.org/10.1111/jsr.12296>.
 26. Wulandari RP. Hubungan Tingkat Stres dengan Gangguan Tidur pada Mahasiswa Skripsi di Salah Satu Fakultas Rumpun Science-Technology UI [Skripsi]. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. 2012.
 27. Schalkwijk FJ, Blessinga AN, Willemen AM, Werf YD, Schuengel C. Social Support Moderates The Effects of Stress on Sleep in Adolescents. *Journal of Sleep Research.* 2015; 24(4): 407-413. doi: <https://doi.org/10.1111/jsr.12298>.
 28. Almojali AI, Almalki SA, Alouthman AS, Masuadi EM, Alaqeel MK. The Prevalence and Association of Stress with Sleep Quality among Medical Students. *Journal of Epidemiology and Global Health.* 2017;1-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2017.04.005>.
 29. Mesquita G, Reimao R. Stress and Sleep Quality in High School Brazilian Adolescents. *Annals of Brazilian Academy of Sciences.* 2010; 82(2); 545-551. <http://dx.doi.org/10.1590/S0001-37652010000200029>.

30. Harvard Health Publishing. Medication that Can Affect Sleep [homepage on the internet]. c2010. [cited 2018 Jul 16]. Available from https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/medications-that-can-affect-sleep
31. National Sleep Foundation. Sleepiness, Medication & Drugs: Why Your OTC Medications and Prescription Drugs Might Make You Tired. [homepage on the internet]. c2018. Available from <https://sleepfoundation.org/excessivesleepiness/content/sleepiness-medication-drugs-why-your-otc-medications-and-prescription-drugs-might-make-you>.
32. Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice (8th ed.). New Jersey: Pearson Education; 2008.