

### DAFTAR ISI

FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL YANG MEMPENGARUHI PERILAKU SEKSUAL LELAKI SEKS DENGAN LELAKI (LSL) PADA REMAJA DI KABUPATEN INDRAMAYU Idham Latif, Dian Fitriyani, Dartiwen .....	1
PENGARUH TERAPI SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (SEFT) TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) Ridho Kunto Prabowo, Elly Nurachmah, Debie Dahlia .....	8
GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT DALAM PENANGANAN NYERI NONFARMAKOLOGI PADA PASIEN PASCA OPERASI DI RUANG BEDAH RSUD KABUPATEN INDRAMAYU TAHUN 2017 Riyanto, Ridho Kunto Prabowo, Maya Rahayu.....	21
TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU DI RUANG ZAMRUD RSUD Dr. SLAMET GARUT Sri Nopia Peni, Dyah Setiorini, Hesti Platini.....	32
PENGARUH EFFLEURAGE MASSAGE TERHADAP PENURUNAN RASA NYERI PADA IBU POSTPARTUM MULTIPARA Irda Novrida Ashar, Achmad Suardi, Suryani Soepardan, Hidayat Wijayanegara, Jusuf Sulaeman Effendi, Ma'mun Sutisna .....	42
EFEKTIFITAS WAKTU PERUBAHAN POSISI TIDUR TERHADAP KEJADIAN DEKUBITUS PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT X KABUPATEN INDRAMAYU Wayunah .....	51
KARAKTERISTIK IBU YANG MELAHIRKAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI PUSKESMAS WILAYAH PANTURA KABUPATEN INDRAMAYU TAHUN 2017 Meran Dewina, Nanda Yansih Putri, Heri Sugiarto.....	60
EFEKTIVITAS HYPNOBREASTFEEDING TERHADAP PEMBERIAN ASI EKSLUSIF PADA IBU YANG MEMPUNYAI BAYI USIA 0 – 6 BULAN DI DESA BERONDONG KECAMATAN PASEKAN KABUPATEN INDRAMAYU TAHUN 2017 Dartiwen, Cucu Nurmala .....	71
TINGKAT STRES PADA MAHASISWA KEPERAWATAN YANG MENYUSUN SKRIPSI Wenny Nugrahati Carsita.....	76

# FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL YANG MEMPENGARUHI PERILAKU SEKSUAL LELAKI SEKS DENGAN LELAKI (LSL) PADA REMAJA DI KABUPATEN INDRAMAYU

## INTERNAL AND EXTERNAL FACTORS THAT AFFECT THE SEXUAL BEHAVIOR OF MEN SEX WITH MEN (MSM) ON TEENS IN INDRAMAYU

**Idham Latif\*), Dian Fitriyani\*), Dartiwen\*)**

\*)Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indramayu  
Jalan Wirapati tlp 0234272020– Sindang Indramayu 45222  
Hp: 081324431113 - idham\_latif2005@yahoo.co.id

### ABSTRAK

Perilaku seksual lelaki seks dengan lelaki (LSL) sudah menjadi permasalahan di Indonesia berkaitan dengan penularan HIV, terlebih karena perilaku seks tersebut dilakukan pada usia dini yaitu remaja. Perilaku tersebut pada remaja bisa berdampak negatif, baik dari segi kesehatan reproduksi maupun kehidupan sosial. Mengingat belum diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi fenomena perilaku seksual LSL, maka dilakukanlah penelitian dengan pendekatan kualitatif untuk menggali faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi perilaku LSL pada remaja di kabupaten Indramayu. Subyek dalam penelitian adalah pelaku LSL yang terdampak HIV, dimana pernah melakukan perilaku seksual LSL pada usia 10-20 tahun. Jumlah populasi penelitian tercatat di RS Bhayangkara sejumlah 25 klien. Sampel diambil dengan teknik purposive sampling. Jumlah informan yang berhasil ditemui dan diberi informasi dari sebanyak 25 klien, hanya sebanyak 17 klien yang bersedia menjadi responden, namun yang bersedia diwawancarai sebanyak 8 responden. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, dan data dianalisis menggunakan analisis tematik. Melalui penelitian ini, terungkap beberapa faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi perilaku LSL pada remaja di Kabupaten Indramayu, yaitu berkaitan karena sejak kecil telah memiliki perasaan suka terhadap sesama jenis, diasuh dalam lingkungan feminis, kurangnya kedekatan dengan ayah, kurangnya bimbingan religi, migrasi desa kota, pergaulan kota, dan peran internet khususnya media sosial. Rekomendasi dari hasil penelitian, kepada orang tua agar lebih memperhatikan lingkungan bermain anak laki-laki dari sejak kecil, berilah mainan/permainan yg sesuai jenis kelamin, jalin komunikasi yg baik antara anak dengan ayah, perkuat landasan religi, awasi dan batasi pergaulan sesama jenis, serta bijaksana menggunakan internet.

**Kata kunci:** Perilaku, Seks, Remaja, LSL

### LATAR BELAKANG

Masa remaja merupakan periode transisi perkembangan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa yang mencakup aspek biologik, kognitif dan perubahan sosial (Santrock, 2007). World Health Organization (WHO) menetapkan batas usia 10-20 tahun sebagai batasan usia remaja (Sarwono, 2012).

Usia remaja sebagai masa transisi, merupakan masa yang labil. Satu sisi remaja tidak mau disebut anak-anak namun belum

dapat menjadi orang dewasa. Oleh karenanya, usia remaja sangat berisiko untuk terjadinya masalah kesehatan, mengingat secara fisiologis system reproduksi pada remaja sudah mulai matur sehingga tuntutan terhadap pemenuhan kebutuhan reproduksi meningkat. Menurut Freud dalam Sumiati, pada masa ini remaja sudah dapat mengalami orgasme, merasakan perkembangan personal, kebutuhan mendapatkan kepuasan birahi yang coba diintegrasikan dengan kebutuhan interpersonal

lainnya, yaitu kebutuhan akan rasa aman (Sumiati, 2009). Pada sisi lain usia remaja masih dapat dipengaruhi oleh orang lain sehingga kondisi psikologis remaja cenderung masih labil. Pada masa remaja banyak kepercayaan, sikap dan perilaku terkait kesehatan yang diadopsi dan diperkuat oleh teman sebayanya. Akibatnya remaja menjadi kelompok usia yang paling berisiko dan banyak mengalami masalah kesehatan reproduksi. Salah satu masalah kesehatan reproduksi pada remaja, adalah akibat terjangkitnya infeksi menular seksual (IMS) dimana terjadi karena perilaku seksual pra nikah yang dilakukannya.

Dari Fact Sheet yang dikeluarkan oleh PKBI Pusat, BKKBN dan UNFPA, sebanyak 15% remaja Indonesia pernah melakukan hubungan seksual (PKBI, 2005). Secara umum perilaku seksual remaja dipengaruhi oleh perubahan hormon seksual yang terjadi. Namun selain faktor biologis, banyak hal, baik internal maupun eksternal, yang dianggap mendorong remaja melakukan hubungan seks sebelum menikah di bawah usia 20 tahun.

Salah satu infeksi menular seksual yang saat ini menjadi ancaman kesehatan masyarakat termasuk remaja sehubungan dengan perilaku seksual, adalah tertularnya HIV. Pada tahun 2011 kasus HIV baru di Indonesia, 18 persen didalamnya merupakan anak kelompok usia 15-24 tahun. Orang muda menempati proporsi sekitar 30 persen dari populasi berisiko, dengan prevalensi HIV lebih tinggi (Unicef, 2012). Termasuk dalam golongan umur tersebut, adalah kelompok remaja yang populasinya di dunia cukup banyak. WHO menyatakan hampir

1,2 miliar atau 20% populasi dunia adalah remaja berusia 10-19 tahun, dan 85% diantaranya terdapat di negara berkembang. Populasi remaja di Indonesia dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2012 menyatakan jumlah penduduk Indonesia mencapai 237.641.326 jiwa dan 26,67% diantaranya adalah remaja. (BKKBN, 2011)

Berdasarkan kelompok berisiko, penularan kasus AIDS di Indonesia paling banyak terjadi pada kelompok heteroseksual (61,5%), diikuti pengguna narkoba injeksi (IDU) sebesar 15,2%, dan homoseksual (2,4%) (Kemenkes RI, 2014). Meskipun kelompok risiko homoseksual hanya sebesar 2,4%, namun pada tahun-tahun mendatang, Kementerian Kesehatan memprediksi kelompok tersebut akan menempati proporsi tertinggi tertular HIV. “Walaupun epidemi HIV di Indonesia biasanya dihubungkan dengan pengguna jarum suntik (Penasun) dan pekerja seks perempuan (WPS), ternyata situasi epidemi HIV dan AIDS telah berubah. Pada tahun-tahun mendatang, jumlah terbesar infeksi HIV baru akan terjadi diantara laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), diikuti oleh perempuan pada populasi umum ....” (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan data kasus HIV-AIDS tahun 1993--2015 dari Dinas Kesehatan kabupaten Indramayu, tercatat dari total kasus HIV-AIDS yang ditemukan di Indramayu sebanyak 1.908 kasus, terdapat 326 kasus (17,1%) telah tertular HIV-AIDS pada usia remaja. Dari jumlah itu, 47 kasus (14,42%) diantaranya adalah remaja laki-laki dimana 15 kasus (31,95%)

penularannya melalui perilaku seksual lelaki seks dengan lelaki (LSL) (Dinkes Indramayu, 2016).

Perilaku seksual berbeda dengan orientasi seksual, karena orientasi seksual berkaitan dengan perasaan dan konsep diri. Meskipun seringkali berkaitan, orientasi seksual tidak dapat meramalkan perilaku seksual seseorang, demikian sebaliknya, perilaku seksual tidak dapat menunjukkan orientasi seksual seseorang. Dalam hal pasangan seksual, seorang heteroseksual mungkin saja berhubungan seksual dengan sesama jenisnya.

Pada perilaku seksual, baik heteroseksual, homoseksual, maupun biseksual dapat melakukan perilaku seksual yang sama, seperti berpelukan, berciuman, petting, oral seks, kecuali pasangan gay tidak dapat melakukan seks vaginal, dan pasangan lesbian tidak dapat melakukan seks vaginal dan seks anal. (PKBI, 2005)

Dalam perilaku seksual meliputi segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun sesama jenis. Menurut Sarwono, bentuk-bentuk tingkah laku ini dapat beraneka ragam, mulai dari perasaan tertarik hingga tingkah laku berkencan, bercumbu, dan bersenggama (Sarwono, 2012). Pada sumber lain disebutkan, perilaku seksual adalah tindakan atau perbuatan yang dilakukan karena adanya dorongan seksual untuk mendapatkan kepuasan seksual. Perilaku seksua antara lain: seks anal, seks vaginal, ciuman, pelukan, petting, adu anggar, dan lain-lain. (Depkes, 2009).

Perilaku seksual seseorang akan berbeda dengan orang lain, karena perilaku seksual berkaitan dengan orientasi seksual. Menurut Depkes, yang dimaksud orientasi seksual adalah ketertarikan secara seksual dan emosi terhadap jenis kelamin tertentu. Mengacu pada orientasi seksual, maka seseorang akan memperkenalkan identitas seksualnya di masyarakat sebagai apakah/siapaakah dirinya tersebut, misalnya apakah sebagai homoseksual termasuk didalamnya gay, heteroseksual, atau biseksual. Identitas seksual tersebut merupakan "pengakuan" seseorang kepada masyarakat tentang orientasi seksualnya. Identitas seksual seseorang bisa sama dengan orientasi seksualnya, bisa pula berbeda (Depkes, 2009).

Secara umum perilaku seksual remaja dipengaruhi oleh perubahan hormon seksual yang terjadi. Namun selain faktor biologis, banyak hal, baik internal maupun eksternal, yang dianggap mendorong remaja melakukan hubungan seks sebelum menikah di bawah usia 20 tahun (PKBI, 2005).

Secara khusus menurut Hidayana, perilaku seksual pada kalangan LSL, terbentuk dari pendidikan seksual yang diberikan dari keluarga sejak masih remaja yang membentuk pemahaman untuk mengontrol perilaku seksualnya seperti menunda hubungan seks pertama dan memilih menggunakan kondom (Hidayana I, 2003). Penelitian Suwarni menyimpulkan, orang tua yang kurang berkomunikasi dan kurang dalam pengawasan terhadap anaknya akan menimbulkan konflik hubungan sehingga dapat berdampak pada perilaku seksual remaja (Suwarni L, 2009).

Sedangkan menurut Suryoputro dalam Purwanza at all, menyatakan, faktor yang berpengaruh terhadap perilaku seksual berisiko pada remaja antara lain adalah faktor personal termasuk variabel seperti pengetahuan, sikap seksual dan gender, kerentanan terhadap risiko kesehatan reproduksi, gaya hidup, harga diri, kegiatan sosial, self efficacy. Pada variabel demografi seperti umur pubertas, jenis kelamin, peranan orang tua, status religiusitas, suku dan perkawinan. Faktor lingkungan termasuk variabel seperti akses dengan sumber informasi, dukungan, social budaya, nilai dan norma sebagai dukungan social (Purwanza, 2017). Sumber lain lain, Santroc dalam Herdina Indrijati, menyatakan remaja yang terpapar media pornografi secara terus-menerus semakin besar hasrat seksualnya dan faktor media memberikan pengaruh cukup besar pada perilaku seksual remaja (Herdina Indrijati, 2017). Referensi lain Muntengi dalam Forman NS, dkk menyatakan, seseorang akan melakukan perilaku seksual berisiko tinggi jika tidak ada komunikasi/informasi dari orang tua mengenai perilaku seksual. (Forman NS, 2017).

Salah satu bentuk perilaku seksual berisiko tinggi, adalah aktifitas lelaki seks dengan lelaki (LSL). Pengertian LSL menurut Depkes, adalah setiap laki - laki yang memiliki perilaku berhubungan seks dengan laki-laki, tidak dibatasi pada orientasi seksual tertentu (Depkes, 2009). Laki-laki dengan orientasi seksual heteroseksual memutuskan berhubungan seksual dengan laki-laki lain dengan orientasi homoseksual dikarenakan mendapat godaan ketika dalam kondisi psikis tidak baik seperti

dalam masa pencarian anggota keluarga, sedang tidak harmonis dalam keluarga atau istri, dan ketika membutuhkan rasa kasih sayang dari lelaki dewasa akibat tidak memiliki orangtua lengkap sejak lahir. Menurut Baron dan Byrne dalam Susi Aryanti, seseorang menjadi seorang LSL terbentuk karena mengamati model. Anak mengamati model yang memberikan contoh perilaku maskulin atau feminin. Anak hanya meniru tanpa memikirkan objek tiru berperilaku maskulin atau feminin yang sesuai dengan gender atau tidak. (Zusy Aryanti, 2016).

Hasil penelitian Darmayanti tentang faktor penyebab perilaku laki-laki suka berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) di Kota Bukit Tinggi, menyatakan penyebab perilaku LSL adalah: 1). Pola asuh orang tua terhadap penampilan fisik, ibu menginginkan anak perempuan sehingga menerapkan penampilan fisik seperti perempuan. Bentuk pola asuh orang tua menggunakan otoriter, permisif dan demokratis. 2). Dampak pola asuh orang tua. 3). Suka curhat ke teman, lari dari rumah dan menginap di kosan teman. 4). Aspek dinamika psikologis. 5). Peran ayah tidak efektif, kurang kasih sayang, kekerasan sehingga mencari sosok ayah di luar rumah. 6). Ibu lebih menginginkan anak perempuan sehingga memberlakukan anak laki-laki seperti perempuan. 7). Pernah mengalami kekerasan seksual dengan jenis kelamin sama waktu masih sekolah SMP, SMA serta guru. 8). Pelecehan seksual. 9). Dampak yang dirasakan setelah mengalami pelecehan seksual (Darmayanti, 2018).

Fenomena perilaku seksual LSL penting diteliti, karena kaitannya dengan risiko

penyebaran penyakit yang diperkirakan akan mengalami kecenderungan meningkat pada kalangan ini. Penyakit dimaksud adalah timbulnya Infeksi Menular Seksual (IMS), antara lain HIV-AIDS. Meskipun saat ini berdasarkan kelompok berisiko, penularan kasus AIDS di Indonesia paling banyak terjadi pada kelompok heteroseksual, namun pada tahun-tahun mendatang, Kementerian Kesehatan memprediksi kelompok LSL akan menempati proporsi tertinggi tertular HIV (Kemenkes RI, 2013). Kondisi tersebut sangat beralasan, mengingat fakta hasil survey perilaku, bahwa 78,9 % pada gay, 60,2% pada waria, dan 52,7% pada kucing, mereka pernah berhubungan seks dengan pria tanpa dibayar (Arizal Ahnaf dkk, 2005). Dari data tersebut, dengan asumsi jika semakin banyak laki-laki dengan sukarela mau diajak tanpa dibayar untuk berhubungan seks dengan gay, waria, dan kucing, maka akan semakin besar pula peluang penularan perilaku LSL dan semakin besar pula peluang tertular HIV-AIDS dikalangan LSL/homoseks.

Menurut Le TM dkk yang meneliti faktor risiko HIV pada laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki di Kota Ho Chi Minh, Vietnam, hasil analisis multivariate menemukan bahwa: age and level of formal education completed, to be significantly associated with HIV infection. MSM aged over 25 were more likely to be HIV (+) than the younger group; as were participants who had low educational and medium educational levels. In addition, those participants who had anal sex with male partners and whose sexual partners injected drugs and who felt at risk of HIV infection had

a higher risk of HIV infection” (Le TM, Lee PC, Stewart DE, Long TN, Quoc CN, 2016).

Terkait penularan HIV-AIDS pada LSL dengan identitas seksualnya yang mengacu pada orientasi seksualnya, menurut Depkes risiko penularan IMS dan HIV tersebut, tidak ditentukan oleh orientasi seksual tetapi oleh perilaku seksual (Depkes, 2009).

Tingginya jumlah remaja laki-laki yang tertular HIV akibat perilaku seksual LSL, merupakan fenomena yang sangat memprihatinkan karena dapat menimbulkan berbagai dampak negatif, baik terhadap kesehatan reproduksi maupun kehidupan sosial.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka tema sentral penelitian ini adalah: Perilaku seksual lelaki seks dengan lelaki merupakan suatu masalah yang sudah menjadi permasalahan di Indonesia berkaitan dengan penularan HIV, terlebih karena perilaku seks tersebut dilakukan pada usia dini yaitu remaja.

Mengingat belum diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi fenomena perilaku LSL pada remaja, maka dilakukanlah penelitian dengan pendekatan kualitatif untuk menggali faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi perilaku seksual LSL pada remaja di kabupaten Indramayu.

## **SUBJEK DAN METODE**

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kualitatif, bertujuan untuk menggali faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi perilaku seksual LSL pada remaja. Paradigma penelitian ini adalah konstruktivisme.

Subyek penelitian terpilih karena memiliki pengalaman yang dianggap cukup panjang, menjadi obyek ideal, dan berkenaan dengan kesadarannya atas faktor yang menyebabkannya sebagai bukti yang melatarbelakangi perilaku seksual LSL. Penelitian ini mengeksplorasi faktor-faktor yang mendorong informan penelitian melakukan perilaku seksual LSL diusia remaja. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual LSL, digali melalui wawancara mendalam. Sebelum dilakukan wawancara, subyek diberi informasi dan menandatangani persetujuan/inform consent. Pelaksanaan penelitian, diawali dengan melakukan proses kaji etik penelitian pada Komite Etik Fakultas Kedokteran Unpad Bandung.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam (Indepth Interview) dan observasi. Seluruh proses wawancara direkam menggunakan audio recorder kemudian dicatat dalam bentuk transkrip. Wawancara mendalam dilakukan oleh peneliti sendiri.

Analisis pada penelitian ini menggunakan analisis tematik. Analisis Data dilakukan, sebagai berikut:

- a. Dimulai dengan mendengarkan hasil rekaman, menyalin rekaman kedalam tulisan/transkrip, membaca transkrip sampai memperoleh pemahaman tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual LSL.

- b. Melakukan transkripsi,
- c. Melakukan reduksi,
- d. Melakukan koding dan kategorisasi,
- e. Melakukan interpretasi data.

## HASIL PENELITIAN

Data hasil penelitian yang dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan informan, disajikan pada tabel berikut:

**Tabel 1**

### **Karakteristik Informan Penelitian**

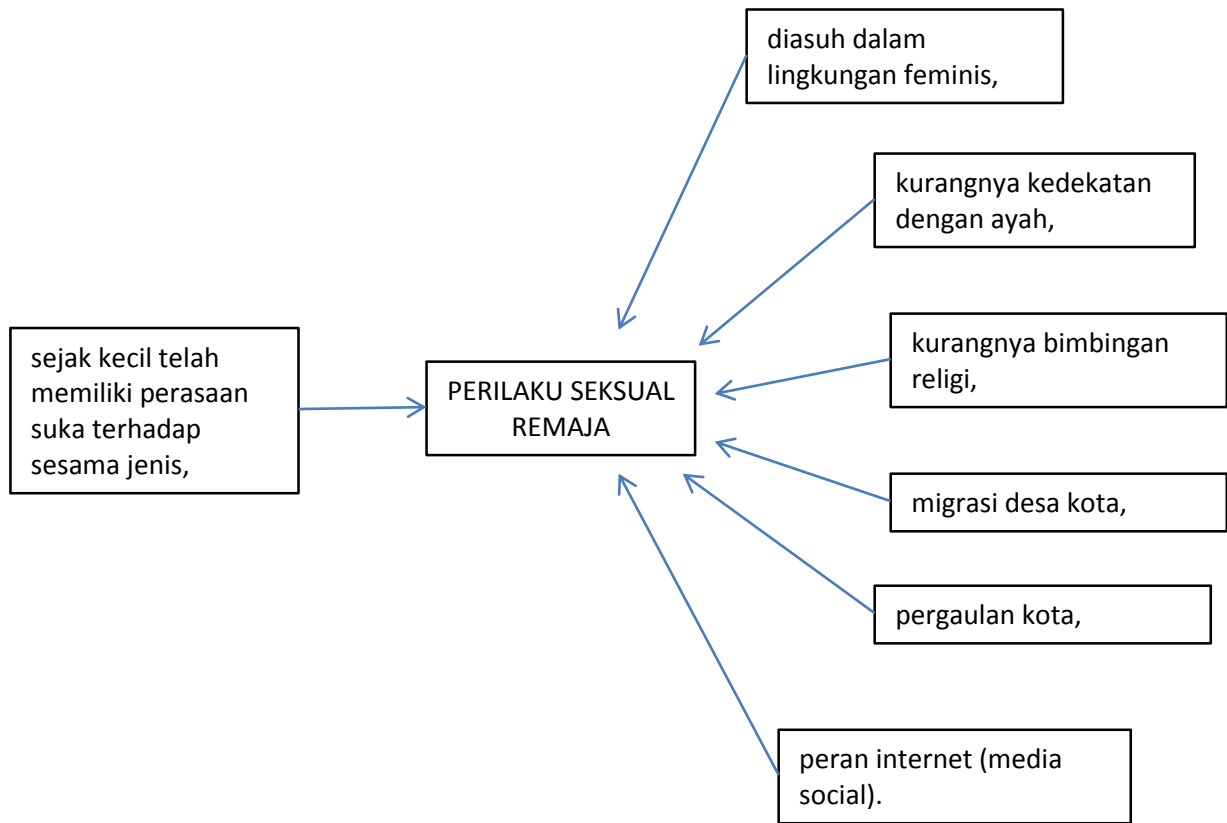
NO	NAMA	UMUR	IDENTITAS SEKSUAL
1	Rama	28	Gay
2	Dedi SP	34	Gay
3	Ramdani	28	Gay
4	Micky	27	Gay
5	Warid	40	Gay
6	Devi	44	Waria
7	Tn J	35	Gay
8	Telo	31	Gay

Dari tabel 1 di atas, diketahui distribusi informan berdasarkan rata-rata usia saat diwawancarai adalah 33 tahun (SD=6.139742 tahun), dengan usia termuda 27 tahun dan usia tertua 44 tahun. Dari 8 informan, 1 diantaranya beridentitas seksual sebagai waria, dan 7 sebagai gay.

Selanjutnya, gambaran faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi perilaku LSL, digambarkan pada diagram sebagai berikut:

## FAKTOR INTERNAL

## FAKTOR EKSTERNAL



**Diagram 1**

**Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual LSL pada remaja di kabupaten Indramayu**

### 1. Perasaan Suka Terhadap Sesama Jenis

Sebagaimana digambarkan pada diagram 1 di atas, bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual LSL pada remaja di kabupaten Indramayu, secara internal dipengaruhi oleh faktor biologis, yaitu sejak kecil adanya perasaan suka terhadap sesama jenis. Penuturan informan:

“.....ya sebenarnya saya merasakan hal seperti ini dari sejak mulai akil balik saya sudah merasakan kalo saya memang sudah tertarik dengan sesama jenis atau sesama laki-laki eeee tepatnya pada saat SMP heem entah kenapa saya pikir bukan karena pelecehan seksual seperti teman-teman LSL lain alami tapi memang saya

mengalami hal ini sepertinya sudah sejak *sepertinya sudah bawaan lahir saya*” (Mr.J).

Penuturan informan lain:

“.....kalo, saya pribadi memang dari kecil sudah ada, nah kebetulan lingkungannya bukan di indramayu, kalo disana kan kita siapa kamu, siapa aku ya udah gitu jadi terjadilah dan secara terus-menerus berkelanjutan akhirnya terjerumus salah seperti ini dan menyesal seperti ini menyesal pun, bukan berarti menyesal begitu saja tapi ini terjadi karna salahnya saya mungkin disyukuri saja.” (Ramdani)

Penuturan lain:

“SMP saya mulai remaja mulai mengerti, mengerti cowok, cowok ganteng apa jadikalo ada yang liat dari majalah dari tv-tv apa selalu menghayalnya itu saya cewek dan dia cowoknya. Jadisemakin eh.. pas smp bukan semakin berubah malah semakin menjadi, keinginan saya untuk jadi seorang wanita” (Rama).

Perasaan bahwa sejak kecil suka terhadap sesama jenis tersebut timbul pada usia yang berbeda-beda pada tiap responden, yaitu antara usia 12–15 tahun (masa SLTP-SLTA).

Adapun faktor eksternal yang mempengaruhi perilaku seksual LSL pada remaja di kabupaten Indramayu, adalah karena faktor: diasuh dalam lingkungan feminis, kurangnya kedekatan dengan ayah, kurangnya bimbingan religi, migrasi desa kota, pergaulan kota, peran internet khususnya media social. Berikut penjelasan secara khusus.

## 2. Diasuh dalam Lingkungan Feminis

Menurut informan bahwa masa kecil mereka mengalami asuhan sebagai anak perempuan. Mereka dibiarkan bermain dengan anak perempuan, memainkan mainan anak perempuan (boneka), bahkan didandani dengan pakaian perempuan. Penuturan informan:

“..... dari semenjak saya SMP e.. apa yah jati diri saya itu kaya bukan sewajarnya anak laki-laki jadi kaya feminim, mainan dari mainan aj.. mainan saya sebanyak mainan cewek boneka bonekaan terus mungkin dari jati dirinya emang udah bawaannya begitu ditambah lagi dengan lingkungannya, lingkungan e.. waktu saya umur 5 tahun apa 6 tahun itu saya sering di dandanin kaya dandanin cewek gitu.” (Rama).

Penuturan informan lain:

“keluarga saya kan perempuan semua, tidak ada laki-laki jadi semua permainan saya ikut. Jadi apa ya, sebenarnya kan gak boleh kalo kita belajar psikolog, karna dia pasti akan ngikut itu si ewe-cewe dan terbawa jadi lingkungan dari kecil udah jadi gitu bu, jadi gak bisa dipisahin.” (Ramdani)

Pola asuh yang kurang tepat, berdampak buruk kepada perilaku anak, sehingga anak akan berperilaku LSL. Hal itu sejalan dengan hasil penelitian tentang penyebab perilaku LSL di Kota Bukit Tinggi, diantaranya diakibatkan oleh “pola asuh orang tua terhadap penampilan fisik, ibu menginginkan anak perempuan sehingga menerapkan penampilan fisik seperti perempuan.” (Darmayanti, Sumitri, 2018). Kondisi di atas, juga bisa berakibat negatif manakala sang anak dalam pertumbuhannya, juga mengidolakan seseorang yang sesuai dengan dandanan yang ia pakai, karena menurut Baron dan Byrne, bahwa anak mengamati model yang memberikan contoh perilaku maskulin atau feminim. Anak hanya meniru tanpa memikirkan objek tiru berperilaku maskulin atau feminim yang sesuai dengan gender atau tidak (Baron, R dan Byrne, 2003).

## 3. Kurangnya Kedekatan dengan Ayah

Kurangnya kedekatan dengan ayah, diakui oleh informan. Kurangnya kedekatan dengan ayah antara lain dikarenakan informan tidak tinggal dengan ayahnya karena alasan orang tua bercerai sejak kecil, ibu bekerja diluar negeri sementara ayah bekerja di luar kota, atau meski

merasa dekat dengan ayah namun jauh dari sisi komunikasi. Penuturan informan:

“..... mmmm iya, belum terbuka kan pertama kan ga ada pengawasan jadi orang tua juga kan jadi bebas terserah kita” (Miki).

Penuturan lain:

“....bapak saya tidak peduli sehingga setelah lulus SMP saya ingin segera bekerja. Saya diajak teman untuk bekerja di Jakarta dengan bayaran yang tinggi dan saya tau pekerjaannya apa... ya.....begitu deh. Hehehe... dan saya mau” (Dedi).

Kurangnya kedekatan dengan ayah dapat menimbulkan kurangnya kasih sayang ayah kepada anaknya. Hal demikian juga menjadi faktor yang mempengaruhi timbulnya perilaku LSL pada remaja di Indramayu. Hal itu sejalan dengan hasil penelitian Darmayanti, bahwa faktor penyebab perilaku LSL adalah “..... pola asuh orang tua: kurang kasih sayang dari orang tua sehingga mencari sosok ayah di luar rumah.” (Darmayanti, Sumitri, 2018). Kesimpulan tersebut diperkuat dengan pendapat Carroll dalam Akhir, mengemukakan bahwa semua anak laki-laki mempunyai ketertarikan erotik yang normal terhadap wanita, akan tetapi beberapa laki-laki memiliki ibu posesif yang terlalu dekat dan juga terlalu intim, sebaliknya ayah mereka tidak bersahabat atau absen, kurangnya kasih sayang dari ayah menyebabkan anak laki-laki mencari kasih sayang dari laki-laki lainnya (Akhir Aprilla Irawan, 2015).

Kurangnya kedekatan ayah dengan anak karena kurangnya komunikasi, juga berdampak pada perilaku seksual remaja, sebagaimana

disimpulkan Suwarni L, bahwa “orang tua yang kurang berkomunikasi dan kurang dalam pengawasan terhadap anaknya akan menimbulkan konflik hubungan sehingga dapat berdampak pada perilaku seksual remaja. (Suwarni L, 2009). Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa, seseorang akan melakukan perilaku seksual berisiko tinggi jika tidak ada komunikasi/informasi dari orang tua mengenai perilaku seksual (Muntengi, A Ferede A, 2014).

#### 4. Kurangnya Bimbingan Religi

Kurangnya bimbingan religi, dirasakan oleh informan, karena meskipun mereka tinggal bersama kedua orang tuanya, namun orang tua jarang memberikan pengajaran agama atau memberikan petuah-petuah yang berisi ajaran agama. Penuturan informan tentang pengamalan agama yang dianut:

“.....saya merasa buruk merasa banget” (Miki).

Penuturan informan lain:

“.....kalo orang tua ya lebih dekat lagi sama anaknya, apa yang anak butuhkan ya sebagai orang tua, ya mendengarkan apa yang dipengen dari anak. jadi kan bimbingan dari agama juga memang benar. karna aku kan dari dulu gak terlalu dapet makanya aku gak ngerti, dari keluarga juga gak terlalu dekat. mungkin untuk sekarang solusinya ke anaknya, solusi agama harus, pendidikan iya, dekat sama anaknya iya.” (Ramdani)

Peran agama sangat penting dalam membentengi perilaku seksual yang menyimpang menurut agama, karena

pengamalan ajaran agama dapat mencegah perbuatan tidak baik. Menurut Siti Musdah Mulia, dalam tulisannya tentang Islam dan Homoseksualitas, menyatakan bahwa, "Seksualitas dipengaruhi oleh interaksi faktor-faktor biologis, social, ekonomi, politik, agama dan spiritual." (Siti Musdah Mulia, 2010).

Peran pendidikan agama sangat penting. Dalam ajaran Islam telah mengatur ketentuan segala aspek kehidupan, juga telah diajarkan kepada siapa melampiaskan nafsu sahwat. Dalam Al Quran surat Al-Araf 80-81 Allah berfirman, yang artinya "dan (kami telah mengutus) Luth (kepada kaumnya) mengapa kalian mengerjakan perbuatan fashiyah itu, yang belum pernah dikerjakan oleh seorangpun (di dunia ini) sebelum kalian? Sesungguhnya kalian mendatangi lelaki untuk melepaskan nafsu kalian (kepada mereka), bukan kepada wanita, maka kalian ini adalah kaum yang melampaui batas."

### 5. Migrasi Desa ke Kota

Migrasi desa kota, dialami oleh sebagian besar informan, mengingat alasan ingin bekerja/berpetualang di kota, atau alasan merasa tidak nyaman tinggal di rumah bersama orang tua. Penuturan informan:

".... ehm di rumah ga nyaman dengan keadaan orang rumah yang ees.. apa yah gak support sepenuhnya, dengan itu terus dia bales kalo suruh ke Jakarta." (Rama)

Penuturan informan lain:

" ..... waktu itu saya ada masalah dengan keluarga jadi gak betah di rumah.

Akhirnya saya nekat pergi ke Jakarta padahal saya belum tahu kehidupan di Jakarta. Sesampai di Jakarta, saya bingung. Saya duduk lama di pinggir jalan, lalu ada cowok baik yang mendatangi saya dan mengajak saya...." (Micky).

Migrasi desa ke kota, berdasar informasi di atas, menjadi penyebab seorang remaja terjerumus kedalam perilaku seksual berisiko LSL.

### 6. Pergaulan Kota

Pergaulan kota setelah berada di Jakarta, diakui pengaruhnya oleh responden sebagai pemicu munculnya perilaku LSL oleh informan. Mereka merasa nyaman dengan teman sepergaulan, yang ternyata teman mereka adalah pelaku LSL. Penuturan informan:

"Awalnya sih pergaulan, pergaulan bla bla gitu ya setidaknya kita kan ke diskotik kaya gini kaya gitu di Jakarta juga ternyata setelah itu suka sesama jenis....." (Telo)

Penuturan informan lain:

"Waktu itu saya Usia 19-20an masih remaja, karna kan lingkungan di Jakarta. Bapak dan ibu tau sendiri lingkungan disana bagaimana, bebas. ditambah saya tinggal sendirian. Ya udah terjadilah perilaku yang aneh-aneh atau menyimpang" (Waik).

Peran pergaulan kota, sangat mempengaruhi perkembangan remaja. Jika lingkungan pergaulan baik, maka remaja akan tumbuh memiliki kepribadian yang baik, begitu juga dalam perilaku seksual, sangat dipengaruhi pergaulan. Remaja kota cenderung lebih berani dibandingkan remaja desa. Oleh karenanya,

seorang remaja desa yang datang ke kota, jika tidak dibentengi dengan nilai-nilai agama dan tidak memiliki prinsip, maka dia cenderung akan terbawa arus pergaulan kota.

## 7. Peran Internet (Media Sosial)

Peran internet khususnya media social, juga diakui pengaruhnya oleh informan sebagai turut memperdalam dan memudahkan akses dengan komunitas LSL. Penuturan informan:

”sekarang kan banyak ya pak videonya juga, videonya itu banyak kok, videonya gay. Di internetan kan banyak pasti keluar deh video kaya gitu, gitu aja sih” (Telo)

Penuturan informan lain:

“*Friendster sih waktu itu, waktu zaman dulu friendster kaya facebook gitu. kan kalo sekarang ada aplikasi yang dikhususkan untuk kaum seperti saya seperti itu. Tinggal kita pindah ke suatu daerah misal di Indramayu ya orang-orangnya orang Indramayu dan misal ke Jakarta ya orang-orang Jakarta. ya gak jauh beda sama facebook, ya tergantung kita menggunakannya baik atau engga*” (Ramdani).

Peran media audio visual melalui jaringan internet sangat berpengaruh terhadap pembentukan perilaku seksual seseorang. Hal demikian, selain diakui informan sebagaimana pernyataan di atas, juga diperkuat dengan pendapat Santrock, bahwa remaja yang terpapar media pornografi secara terus-menerus semakin besar hasrat seksualnya dan faktor media memberikan pengaruh cukup besar pada perilaku seksual remaja (Santrock, John W, 2004). Peran internet dalam mempermudah

akses memperoleh media audio visual, pengaruhnya ditentukan pula oleh frekuensi penggunaannya. Hasil penelitian Herdina Indrijati, menemukan bahwa frekuensi penggunaan internet yang tinggi bisa dijadikan predictor perilaku seksual pranikah pada remaja (Herdina Indrajati, 2017).

## KESIMPULAN DAN SARAN

Melalui penelitian ini, terungkap faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi perilaku seksual lelaki seks dengan lelaki pada remaja di Kabupaten Indramayu, terjadi karena: 1). sejak kecil telah memiliki perasaan suka terhadap sesama jenis, 2). diasuh dalam lingkungan feminis, 3). kurangnya kedekatan dengan ayah, 4). kurangnya bimbingan religi, 5). migrasi desa kota, 6). pergaulan kota, 7). peran internet khususnya media social. Rekomendasi dari hasil penelitian, kepada orang tua agar lebih memperhatikan lingkungan bermain dari sejak kecil, berilah mainan/permainan yg sesuai, jalin komunikasi yg baik antara anak dengan ayah, perkuat landasan rerigi, awasi dan batasi pergaulan sesama jenis, bijaksana menggunakan internet.

## UCAPAN TERIMAKASIH

1. Direktur Riset dan Pengabdian Masyarakat - Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan – Kementrian Riset, Teknologi, dan Pendidikan tinggi Republik Indonesia.
2. Direktur Rumah Sakit Bhayangkara Polri Losarang Kabupaten Indramayu.

3. Komisi Penanggulangan Aids Kabupaten Indramayu.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu.

Hidayana I. Perilaku seksual dan risiko seksual di kalangan laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki di Jakarta : sebuah studi kualitatif, Jakarta : 2003.

Herdina Indrijati, Penggunaan Internet dan Perilaku Seksual pranikah remaja, Prosiding Temu Ilmiah 10, Ikatan Psikologi perkembangan Indonesia, 2017; 44-51

Kaplan, P.S. Adolenscence. Boston: Houghton Mifflin Company;2004.

Kemenkes RI, Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016, 2013

PKBI, 2005, diunduh dari [http://pkbi-diy.info/?page\\_id=3489](http://pkbi-diy.info/?page_id=3489) diakses tanggal 9 Juni 2017 pukul 13.16 wib.

Purwanza Et all, Hubungan Parental monitoring dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di desa Puger Kulon kecamatan Puger kabupaten Jember, E-Jurnal Pustaka Kesehatan Vol5 no 1, 2017: 99-107.

Le TM, Lee PC, Stewart DE, Long TN, Quoc CN, What are the risk factors for HIV in men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam? - A cross-sectional study, BMC Public Health. 2016 May 16;16:406. Diakses dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27184025> tanggal 3 November 2018 pkl 13.30 wib.

Muntengi, A Ferede A, Effect of Parent Child Communication Regarding Sexuality, Family Planning, HIV on Reproductive Health Outcomes Among Unmarried Adolescent Girl in Rural Tanzania. 2014).

Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J. Dick B, Ezech AC, et all. Adolescence: a foundation. Lancet. 2012;379:1630-40.

Sumiati, dkk, R. 2009. Kesehatan Jiwa Remaja dan Konseling. Jakarta : Trans Info Media.

Suwarni L. Monitoring parental dan perilaku teman sebaya terhadap perilaku seksual remaja SMA di Kota Pontianak. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia,

## DAFTAR PUSTAKA

Akhir Aprilla Irawan, Aku adalah gay (motif yang melatarbelakangi pilihan sebagai gay), jurnal bimbingan dan konseling edisi 2 1 tahun ke-4, 2015

Alwasilah, Caedar. Pokoknya Kualitatif, Pustaka Jaya,Bandung ;Hlm 52-9.

Arizal Ahnaf dkk, Situasi Perilaku Berisiko Tertular HIV di Indonesia, BPS dan Depkes, 2005.

Baron, R dan Byrne, Psikologi Sosial, 2003. alih bahasa : Ratna Juwita. Jakarta: Erlangga

BKKBN. Kajian profil penduduk remaja, Seri I No.6/Pusdu-BKKBN/Desember.Jakarta : 2011.

PKBI, 2005, diunduh dari <http://pkbi-diy.info/?p=4217> diakses 12 Juni 2017 pukul 10,02 wib.

Cresswell, John. Pendekatan kualitatif kuantitatif dan mixed, Yogyakarta ; Pustaka Pelajar ; 2013. Hlm 259-90.

Depkes, Modul 9-Orientasi Seksual, Perilaku Seksual Dan Identitas Seksual, 2009, Jakarta.

Darmayanti, Sumitri. Faktor penyebab perilaku laki-laki suka berhubungan seks dengan laki-laki (LSL) di Kota Bukit Tinggi. Jurnal Endurance, 3 (2) Juni 2018 (213-225).

Elizabeth Hurlock, Psikologi Perkembangan, Erlangga Jakarta, 2012.

Forman Novrindo Sidjabat, Henry Setyawan, Muchlis AU Sofro, Suharyo Hadisaputro : Lelaki Seks Lelaki, HIV/AIDS dan Perilaku Seksualnya di Semarang. Jurnal Kesehatan Reproduksi, 8(2), 2017 : 131-142

Forman Novrindo Sidjabat, Henri S, Muchlis, Suharyo, Lelaki seks lelaki, HIV AIDS, dan Perilaku Seksualnya di Semarang, Kesehatan Reproduksi 8(2), 2017: 131-142.

Vol.4/No.2/Agustus 2009. Diakses melalui <http://ejournal.undip.ac.id>

Sarwono. 2012. Psikologi Remaja. Jakarta: Rajawali Pers

Siti Musdah Mulia, Islam dan Homoseksualitas, Jurnal Gamdrung Vol.1 No.1 juni 2010.

Sugiono, Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif R&D., Jakarta; 2013. Hlm 287-297.

Santrock, John W. 2004. Adolescent. New York : Mc Graw Hill

Unicef Indonesia, Ringkasan Kajian, 2012.

Zusy Aryanti, Faktor risiko terjadinya LGBT pada anak dan remaja, Nizham, Volume 5 nomor 01, 2016: 42-49.

# PENGARUH TERAPI SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (SEFT) TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)

Ridho Kunto Prabowo<sup>1</sup>, Elly Nurachmah<sup>2</sup>, Debie Dahlia<sup>2</sup>

1. Program Studi Sarjana Keperawatan, STIKes Indramayu

2. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

## ABSTRAK

Kecemasan merupakan suatu masalah yang sering dialami oleh pasien Congestive Heart Failure (CHF). Masalah ini dikaitkan dengan adanya tekanan psikologis dan masalah fisik yang dihadapi oleh pasien Congestive Heart Failure (CHF) yang akan berdampak pada penurunan Health-Related Quality of Live (HRQoL). Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh pemberian terapi SEFT terhadap tingkat kecemasan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF). Desain yang digunakan adalah quasi eksperimen dengan melibatkan 40 orang responden yang dipilih dengan menggunakan teknik consecutive sampling yang dibagi menjadi dua kelompok. Hasil uji bivariat dengan menggunakan uji parametrik yakni independent t test menunjukkan bahwa terdapat perbedaan penurunan kecemasan yang bermakna antara kedua kelompok ( $p$  value = 0,0001). Disimpulkan bahwa terapi SEFT berpengaruh terhadap penurunan kecemasan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF). Hasil penelitian ini dapat direkomendasikan untuk diterapkan sebagai upaya mengatasi kecemasan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF).

**Kata Kunci:** Congestive Heart Failure (CHF), Kecemasan, SEFT

## ABSTRACT

Anxiety is a problem that is often experienced by patients with Congestive Heart Failure (CHF). This problem is attributed to the psychological pressure and physical problems faced by those patients that will impact on the decrease on Health-Related Quality of Live (HRQoL). This study aimed to determine the effect of SEFT therapy on anxiety among patients with Congestive Heart Failure. A Quasi experiment design was used in this study by involving 40 respondents which selected by using a consecutive sampling technique and divided into two groups. The result of independent t-test showed that there is a significant difference mean of anxiety between two groups ( $p$  value = 0.0001). It was concluded that SEFT therapy has effect on anxiety reduction among patients with Congestive Heart Failure. The results of this study can be recommended as an intervention to overcome anxiety among patients with Congestive Heart Failure.

**Keywords:** Anxiety, Congestive Heart Failure (CHF), SEFT

## PENDAHULUAN

Gagal jantung dapat didefinisikan sebagai abnormalitas dari fungsi struktural jantung atau sebagai kegagalan jantung dalam mendistribusikan oksigen sesuai dengan yang dibutuhkan pada metabolisme jaringan, meskipun tekanan pengisian normal atau adanya peningkatan tekanan pengisian (Mc Murray et al., 2012). Menurut American Heart Association (AHA) tahun 2012 dilaporkan bahwa ada 5,7

juta penduduk Amerika Serikat yang menderita gagal jantung, sedangkan di Indonesia pada tahun 2012 menurut data dari Departemen Kesehatan mencapai 14.449 jiwa penderita yang menjalani rawat inap di rumah sakit.

Perkembangan penyakit kardiovaskuler dipengaruhi oleh beberapa faktor jika dilihat dari aspek psikologis diantaranya perasaan marah, depresi, isolasi sosial, kecemasan dan stres (Januzzi et al, 2000). Pasien gagal jantung

mengalami kecemasan yang bervariasi dari kecemasan ringan sampai dengan kecemasan berat. Kecemasan yang dialami pasien mempunyai beberapa alasan diantaranya cemas akibat sesak napas, cemas akan kondisi penyakitnya, cemas jika penyakitnya tidak bisa sembuh, cemas dan takut akan kematian. Yohannes et al (2010) dalam sebuah review study mengemukakan bahwa kecemasan merupakan hal yang umum terjadi pada pasien gagal jantung, prevalensi kecemasan pada pasien gagal jantung sekitar 11-45% dari beberapa penelitian yang diikutsertakan dalam studi tersebut.

Pengkajian dan penanganan kecemasan harus menjadi bagian dari perawatan pasien jantung terutama gagal jantung kongestif tujuannya adalah untuk memulihkan dan mengurangi resiko kekambuhan berikutnya (Moser, 2007). Faktor kecemasan sering dialami oleh pasien jantung dan menjadi dampak yang serius bila tidak ditangani. Pasien dalam kondisi mengalami kecemasan memiliki respon yang berbeda-beda, termasuk respon spiritual pasien. Harapan dan keyakinan pasien terhadap penyakit yang dideritanya sangat mempengaruhi respon spiritual pasien. Respon spiritual inilah yang harus dipahami oleh seorang perawat profesional dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif yaitu meliputi biopsikososiokultural.

Perawat mempunyai peranan yang sangat penting untuk merawat pasien dengan gagal jantung kongestif yang mengalami kecemasan akibat proses penyakitnya. Pengkajian sampai pemberian intervensi atau terapi digunakan

untuk memulihkan dan mengurangi resiko serangan atau kekambuhan yang berulang (Moser, 2007). Penanganan atau pemberian intervensi kecemasan pada pasien CHF bisa menggunakan terapi farmakologi dan non farmakologi.

Upaya penanganan yang biasanya diberikan kepada pasien dengan kecemasan adalah dengan terapi farmakologis yaitu penggunaan obat-obatan anti ansietas. Namun menurut Townsend (2008) menyatakan bahwa penggunaan obat-obatan anti ansietas tersebut dapat mengakibatkan depresi susunan saraf pusat secara menyeluruh. Obat-obatan anti ansietas juga berpotensi menyebabkan ketergantungan fisik atau psikologis, penggunaannya tidak dianjurkan dalam jangka panjang. Sehingga dibutuhkan suatu terapi non farmakologis yang dapat mengatasi masalah yang melibatkan unsur spiritual atau emosional dan fisik pada pasien CHF.

Ada beberapa terapi non farmakologi yang dapat digunakan oleh perawat untuk mengatasi kecemasan salah satunya dapat menggunakan terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT). Terapi ini termasuk kedalam teknik relaksasi dan merupakan sistem energi tubuh dengan terapi spiritual dengan teknik tapping atau ketukan ringan pada titik-titik tertentu ditubuh.

SEFT adalah suatu bentuk mind body therapy dari terapi alternatif dan komplementer keperawatan. Prinsip kerja SEFT hampir sama dengan akupunktur dan akupresur yaitu menstimulus titik-titik kunci pada 12 jalur energi tubuh. Intervensi ini merupakan teknik

mengatasi emosi yang dilakukan dengan cara mengetuk ringan ujung jari dengan stimulus titik-titik meridian tertentu pada tubuh individu sambil dirasakan masalah yang sedang dihadapi (Craig, 2003). Pada praktik klinis, EFT terbukti efektif untuk mengatasi berbagai masalah psikologis. Hasil penelitian dari Rowe dan Allen (2004) menunjukkan bahwa EFT efektif mengatasi psikologis jangka panjang.

Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengidentifikasi pengaruh terapi Spiritual Freedom Technique (SEFT) terhadap tingkat kecemasan pada pasien Congestive Heart Failure (CHF).

## **METODE**

Penelitian melibatkan 40 responden untuk masing-masing kelompok intervensi dan kontrol. Desain yang digunakan adalah quasi eksperimen dengan consecutive sampling. Kriteria inklusi adalah pasien yang terdiagnosa CHF grade II dan III saat akan dilakukan penelitian, pasien yang mengalami kecemasan, kesadaran komposmentis dan belum pernah mendapatkan terapi SEFT sebelumnya. Kriteria eksklusi adalah pasien CHF dengan gangguan penglihatan dan pendengaran, dengan penurunan kognitif (demensia), pasien CHF dengan penyakit penyerta selain hipertensi, DM, dan gagal ginjal, home visit tidak terjangkau dan menolak menjadi responden penelitian. Penelitian dilakukan di RSUD Kabupaten Indramayu dan RSUD M.A Sentot Indramayu. Selama penelitian tidak terdapat responden yang drop out.

Alat ukur yang digunakan adalah lembar isian karakteristik responden yang berisi usia, jenis kelamin, penyakit penyerta, lama menderita CHF dan medikasi. Kecemasan diukur dengan State Trait Anxiety Inventory (STAI), instrumen ini bertujuan untuk mengukur dua konsep kecemasan yaitu kecemasan sesaat (State Anxiety) dan kecemasan dasar (Trait Anxiety) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970; McDowell, 2006).

## **HASIL PENELITIAN**

### **Analisis Univariat**

Penelitian menunjukkan bahwa rerata usia responden adalah kelompok intervensi yaitu 51.95 tahun dengan standar deviasi 12.40 tahun, sedangkan rata-rata umur responden kelompok kontrol yaitu 56.10 dengan standar deviasi 15.81 tahun. Rata-rata lama menderita CHF kelompok intervensi yaitu 25.65 bulan dengan standar deviasi 27.5 bulan, sedangkan rata-rata lama menderita CHF responden kelompok kontrol yaitu 12.30 bulan dengan standar deviasi 12.28 bulan. Jenis kelamin pada kedua kelompok mayoritas responden perempuan yaitu 57,5% (23 responden), berdasarkan klasifikasi CHF, responden mayoritas menderita CHF NYHA 2 pada kedua kelompok yaitu sebesar 60,0% (24 responden), responden yang memiliki penyakit penyerta terbanyak adalah hipertensi sebesar 55,0% (22 responden), dan medikasi yang paling banyak diberikan adalah antihipertensi sebesar 67,5% (27 responden).

Berdasarkan hasil univariat kecemasan menunjukkan adanya perubahan rerata kecemasan pada responden pada kelompok

intervensi sebelum dan sesudah dilakukan terapi SEFT, dimana rerata kecemasan pada responden kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi SEFT sebesar 123,60 dengan standar deviasi 18,00 dan setelah dilakukan terapi SEFT pada responden kelompok intervensi nilai rerata sesudah 1 sebesar 86,10 dengan standar deviasi 7,80, nilai rerata sesudah 2 sebesar 91,45 dengan standar deviasi 7,94 dan nilai rerata sesudah 3 sebesar 95,90 dengan standar deviasi 7,10.

Distribusi karakteristik responden berdasarkan rerata umur dan lama menderita CHF dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini

**Tabel 1.1**  
**Distribusi karakteristik responden berdasarkan rerata umur dan lama menderita CHF (N=40)**

Variabel	Mean	SD
<b>Umur</b>		
Kel. Kontrol	51.95	12.40
Kel. Intervensi	56.10	15.81
<b>Lama Menderita CHF</b>		
Kel. Kontrol	25.65	27.5
Kel. Intervensi	12.30	12.28

Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, klasifikasi CHF, penyakit penyerta, dan medikasi dapat dilihat pada tabel 1.2 berikut ini :

**Tabel 1.2**  
**Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, klasifikasi CHF, penyakit penyerta, dan medikasi (N=40)**

Karakteristik Responden	f	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	17	42,5
Perempuan	23	57,5
<b>Klasifikasi CHF</b>		
NYHA 2	24	60
NYHA 3	16	40
<b>Penyakit Penyerta</b>		
Hipertensi	22	55
DM	11	27,5
Gagal Ginjal	7	17,5
<b>Medikasi</b>		
Antihipertensi	27	67,5
Analgesik	4	10
Antibiotik	9	22,5

#### Analisis Bivariat

Perbedaan rerata kecemasan pada responden sebelum dan sesudah pemberian terapi SEFT antara kelompok intervensi dan kontrol dapat dilihat pada tabel 1.3 berikut :

**Tabel 1.3**  
**Analisis Perbedaan Rerata Kecemasan Responden Sebelum dan Sesudah Pemberian Terapi SEFT antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol (n = 40)**

Variabel	Kelompok	Mean±SD	Beda Mean	p value
Kecemasan Sebelum	Intervensi	123,60±18,00	13,20	0,057
	Kontrol	110,40±22,06		
Kecemasan Sesudah	Intervensi 1	86,10±7,80	-25,35	0,0001*
	Kontrol 1	111,45±20,04		
	Intervensi 2	91,45±7,94	-23,15	0,0001*
	Kontrol 2	114,60±17,34		
	Intervensi 3	95,90±7,10	-19,70	0,0001*
	Kontrol 3	115,60±14,59		

\*Bermakna pada **p value** <  $\alpha$ ,  $\alpha = 0.05$

Analisis perbedaan rerata kecemasan sesudah pemberian terapi SEFT pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan bahwa perbedaan skor kecemasan sebelum kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebesar 13,20, dengan rata-rata skor kecemasan pada kelompok intervensi 123,60 dengan standar deviasi  $\pm 18,00$  dan rata-rata skor kecemasan pada kelompok kontrol 110,40 dengan standar deviasi  $\pm 22,06$ . Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan kecemasan yang bermakna antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ( $p$  value = 0,057).

Sedangkan pada kelompok intervensi 1 dan kelompok kontrol 1 sesudah pemberian terapi SEFT sebesar -25,35, dengan rata-rata skor kecemasan pada kelompok intervensi 86,10 dengan standar deviasi  $\pm 7,80$ , perbedaan skor kecemasan kelompok intervensi 2 dan kelompok kontrol 2 sesudah pemberian terapi SEFT sebesar -23,15, dengan rata-rata skor kecemasan pada kelompok intervensi 91,45 dengan standar deviasi  $\pm 7,94$ , dan perbedaan skor kecemasan kelompok intervensi 3 dan kelompok kontrol 3 sesudah pemberian terapi SEFT sebesar -19,70, dengan rata-rata skor kecemasan pada kelompok intervensi 95,90 dengan standar deviasi  $\pm 7,10$ . Sedangkan pada kelompok kontrol 1 rata-rata skor kecemasan 111,45 dengan standar deviasi  $\pm 20,04$ , kontrol 2 rata-rata skor kecemasan 114,60 dengan standar deviasi  $\pm 17,34$ , dan kontrol 3 rata-rata skor kecemasan 115,60 dengan standar deviasi  $\pm 14,59$ . Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan

penurunan kecemasan yang bermakna antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ( $p$  value = 0,0001).

### **Analisis Multivariat**

Pada pemodelan akhir didapatkan hasil bahwa nilai koefisien determinasi (R square) sebesar 0,358, hal ini berarti bahwa seluruh variabel confounding, baik umur, jenis kelamin, lama menderita CHF, klasifikasi CHF, penyakit penyerta, dan medikasi dapat menjelaskan kecemasan pada pasien CHF setelah dilakukan terapi SEFT sebesar 35,8 %, sedangkan sisanya dijelaskan oleh faktor yang lain. Setelah melalui analisis regresi linier berganda dan dilakukan uji asumsi didapatkan hasil sig. Anova 0,362 dan durbin watson 2,180 sehingga model tidak dapat digunakan untuk memprediksi kecemasan setelah dilakukan terapi SEFT. Untuk uji interaksi tidak dilakukan karena secara substansi antar variabel dipandang tidak berinteraksi.

## **PEMBAHASAN**

### **Umur**

Hasil penelitian menunjukkan rerata umur pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak jauh berbeda yaitu rata-rata usia untuk kelompok intervensi adalah 51,95 tahun sedangkan pada kelompok kontrol usia rata-rata adalah 56,10 tahun. Meningkatnya usia merupakan faktor resiko utama pada kejadian kematian akibat CHF. CHF bisa terjadi pada semua umur, akan tetapi kejadian kematian CHF terjadi pada umur 59 (36-75) tahun (Maria et al. 2017). Semakin tua umur seseorang atau semakin tinggi tingkat perkembangan seseorang

maka semakin banyak pengalaman hidup yang dimiliki. Pengalaman hidup yang banyak itu, dapat mengurangi kecemasan. Beberapa penelitian menyatakan bahwa semakin muda usia seseorang, tingkat kecemasan semakin tinggi (Mahat & Scoloveno, 2003) walaupun beberapa penelitian juga menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan tingkat kecemasan (Brewer et al, 2006 dalam Tsai 2007).

### **Jenis Kelamin**

Sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah perempuan yaitu sebanyak 23 orang atau sebesar 57,5%. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa responden perempuan lebih banyak daripada laki-laki, pasien yang berjenis kelamin perempuan sebesar 59,6% dan laki-laki 40,4% (34,0%) (Bots et al. 2017). Jenis kelamin dapat mempengaruhi tingkat kecemasan, perempuan memiliki tingkat kecemasan lebih tinggi dibanding laki-laki (Mahat & Scoloveno, 2003; Stubbe, 2008). Satu dari empat perempuan Amerika meninggal karena penyakit kardiovaskular meskipun memiliki kesadaran yang kuat untuk mengurangi kejadian kondisi ini (Murphy et al. 2017).

### **Lama Menderita CHF**

Rerata lama menderita CHF pada kelompok intervensi 25,65 bulan (2,14 tahun) dan rerata lama menderita CHF kelompok kontrol 12,30 bulan (1,025 tahun). Hasil penelitian sebelumnya rata-rata lama menderita gagal jantung adalah 6,6 tahun ( $\pm$  3,3)

(Aggelopoulou et al. 2017). Penelitian lain yang dilakukan Graven et al. 2017 menunjukkan lama menderita CHF paling banyak pada rentang 1-5 tahun sebanyak 46 responden (30,0%), dan rentang 5-10 tahun sebanyak 41 responden (26,0%). Lama menderita CHF juga akan menyebabkan pasien dengan CHF sering dilakukan rawat ulang serta lama hari rawat dapat mempengaruhi kecemasan seseorang yang sedang dirawat juga keluarga dari pasien tersebut. Kecemasan pada pasien yang belum memiliki pengalaman dirawat sebelumnya akan tetap tinggi hingga pasien menjalani perawatan lebih dari dua minggu (Stubbe, 2008). Lain halnya temuan dalam penelitian yang dilakukan oleh Coyne dan Dip (2006) yang menyatakan bahwa lama hari rawat tidak berpengaruh pada kecemasan (Coyne dan Dip, 2006 dalam Stubbe, 2008).

### **Klasifikasi CHF**

Responden yang menderita CHF NYHA 2 pada kelompok intervensi yaitu berjumlah 24 responden (60,0%), sedangkan yang menderita CHF NYHA 3 berjumlah 16 responden (40,0%). Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan tingkat keparahan gagal jantung pada 41,1% pasien berada pada tingkat III menurut Klasifikasi NYHA, dan NYHA II sebesar 38,9% (Aggelopoulou et al. 2017), sedangkan menurut penelitian lainnya menunjukkan bahwa 78 pasien (50,0%) mengalami CHF NYHA II, dan 36 pasien (23,1%) mengalami CHF NYHA I (Graven et al. 2017). Depresi, kecemasan dan buruknya kualitas hidup dapat mempengaruhi tingkat

keparahan penyakit. Pasien dengan gagal jantung tahap II (berdasarkan NYHA) memiliki lebih sedikit gejala kecemasan dan depresi serta kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan mereka yang menderita CHF NYHA III atau IV. Sedangkan, pasien dengan CHF NYHA III dan IV secara signifikan akan mengalami cemas dan mengalami penurunan kualitas hidup.

### **Medikasi**

Responden yang mendapatkan obat Antihipertensi sebesar 67,5% (27 responden), Analgesik 10% (4 responden) dan Antibiotik 22,5% (9 responden). Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan medikasi yang paling banyak diberikan adalah ACE inhibitor dan diuretik yaitu sebesar masing-masing 24 responden (82,8%), sedangkan  $\beta$  blocker sebanyak 21 responden (72,4%) (Shimizu et al. 2014).

Medikasi merupakan terapi yang diprogramkan secara rutin oleh medis untuk mengobati kesehatan atau masalah pada klien CHF. Data tentang penggunaan obat pada responden baik itu kelompok intervensi maupun kontrol didapatkan dari catatan rekam medis obat. Medikasi dapat dihubungkan dengan penyakit yang melatar belakangi terjadinya CHF misalnya hipertensi, gagal ginjal dan diabetes mellitus. Untuk mengatasi rasa cemas pada pasien CHF diberikan obat anticemas yang selama ini dikenal obat golongan benzodiazepine. Obat ini adalah obat yang mempunyai efek menenangkan dengan berfokus menekan fungsi GABA di otak. Efeknya membuat pasien bisa menenangkan (sedasi) dan

atau juga membuat tidur (hipnotik). Namun penggunaan obat anticemas untuk kasus gangguan kecemasan terbatas untuk gangguan panik dan gangguan cemas menyeluruh (International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2012). Sehingga meskipun sudah mendapatkan terapi antidepresan, pasien CHF masih merasakan kecemasan.

### **Penyakit Penyerta**

Hasil analisis data menunjukkan bahwa responden pasien CHF yang menderita/memiliki penyakit hipertensi berjumlah 22 responden (55,0%), diabetes mellitus 11 responden (27,5%) dan gagal ginjal 7 responden (17,5%). Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan hasil yang sama dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti yaitu penyakit penyerta yang paling banyak adalah hipertensi sebesar 51,7% (15 responden) dan diikuti diabetes mellitus 48,3% (14 responden) dan gagal ginjal 10,3% (3 responden) (Shimizu et al. 2014). Data penyakit penyerta (komorbid) didapatkan dengan cara menanyakan kepada responden tentang adanya penyakit lain selain CHF yang dialami responden saat ini. Hasilnya didapatkan beberapa keluhan yang sering muncul yaitu hipertensi, diabetes mellitus, dan gagal ginjal. Peningkatan fungsi fisik dapat diperkirakan berdasarkan komorbid yang dimiliki, karena komorbid khususnya berkaitan dengan kelemahan tubuh seseorang dan membutuhkan perhatian yang lebih karena dapat menurunkan fungsi fisik pasien CHF. Peneliti berpendapat bahwa komorbid merupakan faktor yang perlu dikaji sehingga dapat dilakukan pengontrolan

agar tidak memperburuk perjalanan penyakit seseorang.

### **Pengaruh Pemberian Terapi SEFT terhadap Tingkat Kecemasan**

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa rata-rata tingkat kecemasan sebelum dilakukan terapi SEFT yaitu 123,60 pada kelompok intervensi dan 110,40 pada kelompok kontrol. Hasil uji kesetaraan tingkat kecemasan antara kedua kelompok menunjukkan hasil yang setara ( $p \text{ value} > 0,322$ ;  $\alpha 0,05$ ). Beberapa responden mengungkapkan secara verbal bahwa kemampuan saat ini sangat menurun dibandingkan sebelum sakit CHF dan juga sering cemas, susah untuk tidur dan sekarang lebih banyak dibantu untuk melakukan aktifitas sehari-hari.

Kecemasan yang terjadi pada yang terjadi pada pasien CHF merupakan gejala multidimensional yang mencakup aspek fisik, mental dan emosional, pengalaman kecemasan yang dirasakan sebagai tanda dan gejala atau efek dari CHF yang diderita karena kecemasan pada pasien dengan CHF biasa dikaitkan pada adanya gangguan psikologis. Dengan mekanisme kecemasan yang terjadi pada pasien CHF masih sangat mungkin untuk dapat dikembangkan intervensi yang efektif dengan target mekanisme kecemasan tersebut sehingga dapat menurunkan keluhan utama penderita.

Penelitian yang dilakukan merupakan salah satu upaya untuk menemukan intervensi yang tepat dalam manajemen kecemasan pada pasien CHF dan disesuaikan dengan mekanisme kecemasan yang terjadi pada pasien

CHF. Penelitian ini menggunakan terapi SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique) dalam pelaksanaannya. Hasil penelitian membuktikan bahwa terdapat penurunan skor kecemasan pada pasien CHF yang mengalami kecemasan yang sudah diberikan terapi SEFT selama 3 hari, 3 kali terapi turun dari skor 133,60 menjadi 86,10 pada post test hari ketiga, 91,45 pada post test hari ketujuh dan 95,90 pada post test hari keempat belas dengan  $p\text{-value}$  0,0001 ( $p < 0,05$ ).

Hasil penelitian yang didapatkan menunjukkan bahwa terapi SEFT yang dilakukan selama tiga hari, tiga kali terapi mempunyai dampak yang signifikan terhadap penurunan kecemasan pada responden. Selama terapi diberikan tidak ada keluhan yang dirasakan oleh responden dan tidak ada responden yang drop out dari penelitian ini. Temuan dalam penelitian ini mendukung penelitian dari Saftri dan Sadif (2013) menjelaskan penggunaan terapi SEFT menurunkan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronik, Hofer et. al. (2014) tentang pemberian terapi mindfulness-enhanced yang merupakan bagian dari neuro-psikoterapi yang efektif untuk mengatasi kecemasan. Penelitian Baker dan Hoffman (2014) menjelaskan bahwa EFT (Emotional Freedom Technique) dapat menurunkan kecemasan pasien dengan kanker payudara. Penelitian yang dilakukan Bakara et al (2013) yang berjudul "Efek Spiritual Emotional Freedom Technique terhadap Stres, Cemas dan Depresi, Sindrom Koroner Akut", hasil yang diperoleh dari penelitian ini menunjukkan bahwa terapi SEFT akan dapat

menurunkan stres, depresi dan tingkat kecemasan pada pasien Sindrom Koroner Akut (P value <0,05).

Kozier, Erb, Berman, dan Snyder (2010), keyakinan spiritual ini akan memberikan rasa tenang dan harapan positif bagi yang mengalami sakit, sehingga diharapkan dapat menurunkan kecemasannya. Menurut Lewis, Dirkse, Heitkemper, Bucher, dan Camera (2004), pendekatan spiritual dapat dan membantu mengatasi permasalahan psikososial akibat penyakit. Syed (2003), terapi spiritual menimbulkan respons relaksasi dan kesehatan, dapat menimbulkan keyakinan dalam perawatan diri, dan bermanfaat terhadap kecemasan dan panik pada pasien terminal yang dapat menimbulkan ketenangan. Hasil penelitian lain menyebutkan terdapat perbedaan penurunan tingkat depresi pada pasien gagal jantung yang mendapatkan bimbingan spiritual, dimana bimbingan spiritual dapat meningkatkan motivasi sosial, gejala fisik dan peningkatan status kesehatan yang berhubungan dengan depresi (Bekelman, dkk., 2007).

Hasil penelitian ini juga terbukti mendukung teori dari Smeltzer dan Bare (2002), salah satu intervensi keperawatan pada pasien gagal jantung adalah menghilangkan kecemasan. Pasien cemas atau stres tidak akan dapat istirahat dengan cukup. Stres emosional mengakibatkan pembuluh darah mengalami vasokonstriksi sehingga mengakibatkan tekanan arteri meningkat dan denyut jantung cepat. Keadaan ini akan memperberat beban jantung yang sudah mengalami kegagalan dalam menjalankan fungsinya. Pasien gagal jantung

kongestif yang mengalami kecemasan dapat memperparah kondisi pasien seperti pasien akan gelisah yang berlebih sampai berteriak-teriak, sesak nafas, tekanan darah meningkat, denyut nadi cepat dan tidak patuh dalam pengobatan sehingga penyakitnya tidak kunjung sembuh. Selain itu pasien mengalami gangguan dalam istirahat, terkadang terjadi halusinasi (Smeltzer & Bare, 2002).

Terapi SEFT termasuk ke dalam kriteria terapi relaksasi, dimana terapi ini adalah bentuk dari mind- body therapy yang menggabungkan body energy system (sistem energi tubuh) atau yang disebut juga dengan energy medicine dengan spiritual therapy (terapi spiritual) (Zainuddin, 2012, Saputra, 2012, Thayib, 2010). Teknik SEFT ini dikembangkan dari EFT yang bersumber dari energi terapi. Pengembangan teknik ini meliputi gabungan teknik relaksasi yang memiliki unsur meditasi dengan melibatkan faktor kepasrahan dan keyakinan. Responden melakukan teknik ini dengan melakukan pengulangan secara verbal tentang kepasrahannya secara spiritual, tahap ini disebut Tune In dalam SEFT yang merupakan bagian dari self hypnotherapy sehingga responden saat relaksasi tersebut dapat mengeluarkan hormon dengan lebih stabil, tubuh akan menguraikan ketegangan otot-otot, pikiran menjadi lebih tenang dan tentram (Zainuddin, 2012).

Dengan melakukan tapping pada salah satu titik sistem meridian sehingga peranan endorfin yang merupakan substansi atau neurotransmitter menyerupai morfin yang dihasilkan tubuh secara alami dapat dikeluarkan oleh periaqueductal grey matter. Keberadaan

endorphin pada sinaps sel-sel saraf mengakibatkan dapat membuat relaks pada tubuh (Zainuddin, 2014; Smelzer & Bare, 2002).

SEFT bekerja dengan prinsip yang kurang lebih sama dengan akupunktur dan akupresur. Ketiganya berusaha merangsang titik-titik kunci pada sepanjang 12 jalur energi (energi meridian) tubuh, SEFT selain menggunakan unsur spiritual cara yang digunakan lebih aman, lebih mudah, lebih cepat dan lebih sederhana dibandingkan pendahulunya (akupunktur dan akupresur), karena SEFT hanya menggunakan ketukan ringan (tapping).

Akupunktur akan merangsang titik-titik tertentu dengan menggunakan jarum, akupresur merangsangnya dengan menekan titik pada kaki dengan kuat sedangkan SEFT hanya dengan ketukan-ketukan ringan. Titik-titik yang dirangsang pada 3 metode diatas berbeda, tetapi prinsipnya tetap sama, yaitu merangsang simpul-simpul energi meridian tubuh. Hal ini telah dibuktikan secara visual dengan pemotretan menggunakan SPECT (Single Photon Emission Computerized Tomography) menggunakan pendekatan biomolekuler kedokteran nuklir untuk membuktikan keberadaan titik accupoint pada sistem meridian serta menjelaskan bahwa titik sistemmeridian tersebut memiliki karakteristik tegangan tinggi hambatan rendah (Saputra, 2012).

Penggunaan titik-titik jalur energi meridian pada orang yang mengalami kecemasan CHF dapat dijelaskan secara Neuro-fisiologi dari sistem meridian akupunktur analgesia. Sesuai dengan teori Hans Sclye oleh

Szabo et. al. (2012) yaitu tentang adaptasi stress secara umum sindrom stress berawal dari situasi dimana tubuh secara tidak spesifik berespon terhadap berbagai stimulus. Pada kondisi stress hipotalamus berperan dalam menstimulus hipofisis, sehingga adrenal akan memproduksi kortisol sehingga secara langsung maupun tidak langsung akan tersekresi steroid ACTH (adrenocorticotropic hormone), GnRH (gonadotropin-releasing hormone), Somatostatin serta faktor pelepas (releasing) hormon hipotalamus dan hipofisis lainnya.

Kegagalan tubuh dalam beradaptasi terhadap stressor akan memunculkan berbagai tanda seperti, tekanan darah tinggi dan serangan jantung. Oleh karena itu upaya untuk beradaptasi perlu diajarkan pada penderita stress ini, agar mampu beradaptasi dengan kondisinya sehingga tidak sampai terjadi pada gejala-gejala diatas, salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan pemberian terapi SEFT yang dilakukan dalam penelitian ini. Tujuan dari pemberian terapi untuk meningkatkan penyimpanan energi dan memberikan efek rileks pada tubuh sebagai upaya untuk manajemen stress, sehingga diharapkan dapat meminimalisir kecemasan yang dialami oleh responden (Zainuddin, 2012; Saputra 2012).

Secara sistem neurotransmitter, secara ilmiah bahwa endogenous opiod substance terdapat tiga jenis golongan yaitu enkefalin, beta endorfin, dan dinofrin. Dimana ketiga golongan tersebut dapat dikeluarkan oleh Periaqueductal grey matter dari sistem kontrol Descenden dengan merangsang dari salah satu titik energi meridian (Saputra, 2012; Smeltzer & Bare,

2011). Beta endorfin adalah analgetik yang jauh lebih baik daripada enkefalin, sedangkan dinofrin 50 kali lebih kuat dari pada beta endorfin (Price & Wilson, 2012)

Hasil post test kedua yang dilakukan pada hari ketujuh dan post test ketiga yang dilakukan pada hari keempat belas ternyata menunjukkan kecemasan naik kembali, hal ini dikarenakan pada post test kedua dan ketiga tidak dilakukan terapi SEFT. Kecemasan ini naik karena pengalaman terhadap suatu penyakit akan timbul kembali yang meliputi berbagai perasaan dan reaksi stres, termasuk frustrasi, kecemasan, kemarahan, penyangkalan, rasa malu dengan kondisi saat ini, berduka dan ketidakpastian.

Pada post test kedua dan ketiga pasien sudah kembali ke rumah, pasien yang menderita CHF bersama keluarganya akan menyesuaikan diri kembali dengan kondisinya. Pertanyaan pada diri pasien akan timbul kembali mengenai prognosis, kemungkinan sembuh dan kemungkinan kambuh, perubahan fungsi tubuh dan reaksi orang lain, terutama orang-orang terdekat. Pikiran pasien bahwa penyakitnya akan kambuh kembali dan harus dirawat inap ulang dapat meningkatkan kecemasan. Dengan demikian orang yang menderita penyakit tertentu seperti CHF terkadang menjadi sangat peka dan rentan. Pasien akan dibayangi dengan kekambuhan dan pengalaman dirawat dirumah sakit, dan hal-hal mengenai kematian, ketergantungan, ketidakberdayaan dan gangguan harga diri akan sering muncul.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Terima kasih kepada Direktur RSUD Kab. Indramayu dan RSUD M.A Sentot Patrol Indramayu yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian, serta bagian diklat, kepala ruangan dan perawat yang telah memberi dukungan kepada peneliti saat pengambilan data.

## **KESIMPULAN**

Pada penelitian ini didapatkan rerata umur responden pada kelompok intervensi 51.95 tahun dan pada kelompok kontrol 56.10 tahun. Jenis kelamin responden baik kelompok intervensi dan kontrol didapatkan lebih banyak perempuan sebesar 57,5% (23 responden). Rerata lama menderita CHF pada kelompok intervensi 25.65 bulan dan pada kelompok kontrol 12.30 bulan. Klasifikasi CHF baik pada kelompok intervensi dan kontrol lebih banyak yang menderita CHF NYHA 2 sebesar 60% (24 responden). Penyakit penyerta pada kelompok intervensi dan kontrol yang paling banyak adalah hipertensi 55% (22 responden) dan medikasi pada kelompok intervensi dan kontrol yang paling banyak adalah antihipertensi 67,5% (27 responden).

Dari hasil penelitian diketahui terdapat pengaruh pemberian terapi SEFT terhadap penurunan kecemasan sebelum dan sesudah intervensi secara bermakna.

## DAFTAR PUSTAKA

- AHA. (2012). Types of heart failure. Februari 10, 2017. [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure\\_UCM\\_306328\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp).
- Aggelopoulou, Z. et al., 2017. The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. *Applied Nursing Research*, 34, pp.52–56. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.01.003>.
- Bakara, D.M., et al. (2013). Efek Spiritual Emotional Freedom Technique terhadap Cemas dan Depresi, Sindrom Koroner Akut. <http://jkip.fkep.unpad.ac.id/index.php/jkip/article/view/51>
- Bekelman, D.B., Becker, D.M., Wittstein, I. Hendricks, D. E., Yamashita, T.E., & Gottlieb, S.H. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*, 22(4), 470–477. doi:10.1007/s11606-006-0044-9.
- Bots, M.L. et al., 2017. Trends in comorbidity in patients hospitalised for cardiovascular disease, 248, pp.382–388.
- Craig, G. (2003). Emotional freedom technique (EFT). United Kingdom: Dragon Rising.
- Dixhoorn, J. V. & White. A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12, 193–202.
- Graven, L.J. et al., 2017. International Journal of Nursing Studies Predictors of depression in outpatients with heart failure: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 69, pp.57–65. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.014>.
- Halm, M.A. (2009), Relaxation: A self-care healing modality reduces harmful effects of anxiety. *The American Association of Critical-Care Nurses AACN*, 18, 169–172. doi: 10.4037/ajcc2009867.
- Januzzi, J.L, Jr., Stern, T.A., Pasternak, R.C., & De Sanctis, R.W. (2000). The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. American Medical Association, 160.
- Kalkhoran & Karimollahi, M. (2007). Religiousness and preoperative anxiety: A correlational study. *Annals of General Psychiatry*, 6, 17. doi:10.1186/1744-859X-6-17.
- Lewis, S.L., Dirkse, S.R., Heitkemper, M.M., Bucher, L., & Camera, I. (2004). *Medical surgical nursing : Assessment and management of clinical problems*. USA: Mosby Year.
- Maria, J., Gallego, P., Elvira, A., Garcia-hamilton, D., Avila, P., Alonso, A., ... Fernandez-aviles, F. (2017). Impact of age and sex on survival and causes of death in adults with congenital heart disease. *International Journal of Cardiology*, 245(December 1989), 119–124. <http://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.06.060>
- McDowell, I. (2006). The state-trait anxiety inventory (C.H. Spielberger, 1968, 1977). Excerpt from Ian McDowell, "Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires". Copyright © Oxford University Press, New York, 2006.
- McMurray, J.J.V., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Bohm, M. and Dickstein, K. et al. 2012, ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, *European Heart Journal*, 33:1787-1847
- Moser, D.K. (2007). The rust of life: Impact of anxiety on cardiac patients. *Am J Crit Care*, 16, 361–369.
- Moyad, M., & Hawks, J.H. (2009). *Complementary and alternative therapies*, dalam Black, J.M., & Hawks, J.H. *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*, (8th edition). Elsevier Saunders.

- Murphy, N., Alderman, P., Harvey, K. V., & Harris, N. (2017). Women and Heart Disease: An Evidence-Based Update. *TJNP: The Journal for Nurse Practitioners*, 13(9), 610–616. <http://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.07.011>
- Price dan Wilson (1994). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Alih bahasa : Anugrah, P., EGC, Jakarta.
- Ramos, S., Prata, J., Gonclaves, F., & Coelho, R. (2014). Congestive heart failure and quality of life. *Applied Research in Quality of Life*, 9(4), 803–817.
- Roger, V., Go, A., Lloyd-Jones, D., Adams, R., Berry, J., & Brown, T. (2011). Heart Disease and Stroke Statistics - 2011 update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*, 123(4), e18–e209.
- Rowe, M. M. & Allen, R. G. (2004). Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. Diunduh dari <http://findarticles.com>.
- Safitri, R. Pratiwi & Sadif R. Safaria (2013). Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) to reduce depression for chronic renal failure patients are in Cilacap Hospital to undergo Hemodialysis. *International Journal of Social and Humanity*. Vol. 3 (3). 300-303. DOI: 10.7763/IJSSH.2013.V3.249
- Saputra, A. (2012). *Buku Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique*. Yogyakarta :NQ Publising.
- Shimizu, Y., Suzuki, M. & Okumura, H., 2014. Risk factors for onset of depression after heart failure hospitalization. *Journal of Cardiology*, 64(1), pp.37–42. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjcc.2013.11.003>.
- Smeltzer, Suzanne C. & Bare, Brenda G. (2002). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing 8<sup>th</sup> ed.* (Agung Waluyo et al., Penerjemah). Philadelphia: Lippincott.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI manual: For the state trait anxiety inventory (self-evaluation questionnaire)*. Florida: Consulting Psychologists Press Inc.
- Syed. I.B. (2003). *Spiritual medicine in the history of islamic medicine*. Medicine University of Louisville School of Medicine Louisville.
- Thayib, S. (2010). *Preview Spiritual Emotional Freedom Technique*, Surabaya : LoGOS Institute.
- Thuczek, A., Henriques, J. B., & Brown, R. L. (2009). Support for the reliability and validity of a six-item state anxiety scale derived from the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Nursing Measurement*, 17(1), 19.
- Townsend, C.M. (2008). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (4<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Yohannes A.M., Willgoss T.G., Baldwin R.C., Connolly M.J. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International Journal Geriatr Psychiatry*. 2010 Dec;25(12):1209-21. doi: 10.1002/gps.2463.
- Zainuddin, A.F. (2012). *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) for healing + success + happiness + greatness*. Jakarta : Afzan Publishing.

# GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT DALAM PENANGANAN NYERI NONFARMAKOLOGI PADA PASIEN PASCA OPERASI DI RUANG BEDAH RSUD KABUPATEN INDRAMAYU TAHUN 2017

Riyanto<sup>1)</sup>, Ridho Kunto Prabowo<sup>2)</sup>, Maya Rahayu<sup>3)</sup>

Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

Dosen Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan dan Mahasiswa Ilmu Keperawatan (STIKes) Indramayu, Jl. Wirapati Sindang Indramayu, 45222, Indonesia

Email : [riyanto@gmail.com](mailto:riyanto@gmail.com), hp : 081324778233

## ABSTRAK

Pengetahuan merupakan hal yang sangat penting bagi seorang perawat. Mengenai hal ini tentang pengetahuan perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi belum sepenuhnya dilaksanakan dengan baik. Sehingga penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran pengetahuan perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi. Metode yang digunakan kuantitatif dengan teknik deskriptif, populasi penelitian ini perawat di ruang bedah, dengan teknik total sampling sebanyak 30 perawat. Hasil didapatkan pengetahuan perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu sebanyak 27 responden (90.0 %) dengan pengetahuan kurang, tentang massase kulit sebanyak 17 responden (56.7 %) dengan pengetahuan kurang, kompres 23 responden (76.7 %) dengan pengetahuan kurang, hipnotis sebanyak 19 responden (63.3 %) dengan pengetahuan kurang, acupressure sebanyak 16 responden (53.0 %) dengan pengetahuan cukup, relaksasi sebanyak 21 responden (70.0 %) dengan pengetahuan kurang, dan tentang distraksi sebanyak 17 responden (56.7 %) dengan pengetahuan kurang. Pengetahuan perawat dapat ditingkatkan dengan membaca media elektronik, evidence-based practice, dan mengikuti seminar atau workshop.

**Kata kunci** : Pengetahuan, Nyeri, Nonfarmakologi

## ABSTRACT

*Knowledge is very important for a nurse. On this subject knowledge of nurse knowledge in the treatment of nonpharmacological pain in postoperative patients has not been fully implemented properly. So this study aims to determine the description of knowledge of nurses in the treatment of nonpharmacological pain in postoperative patients. The method used is quantitative with descriptive technique, this research population is nurse in surgery room, with total sampling technique counted 30 nurses. The result was obtained by nurse knowledge in non-pharmacology pain treatment in postoperative patient in surgical room of regional public hospital reGENCY of Indramayu with 27 respondents (90.0%) with less knowledge, about skin mass as much as 17 respondents (56.7%) with less knowledge, compress 23 respondents (76.7%) with less knowledge, hypnosis as much as 19 respondents (63.3%) with less knowledge, acupressure as many as 16 respondents (53.0%) with enough knowledge, relaxation as much as 21 respondents (70.0%) with less knowledge, and about distraction as many as 17 respondents (56.7%) with less knowledge. The nurse's knowledge can be improved by reading electronic media, evidence-based practice, and attending seminars or workshops.*

**Keyword** : Knowledge, pain, non-pharmacological

## PENDAHULUAN

yang rusak, prosedur pembedahan merupakan Pembedahan atau operasi adalah semua penanganan penyakit atau gangguan dengan prosedur bedah yang dilakukan untuk menggunakan prosedur yang membutuhkan memperbaiki atau mengambil bagian tubuh operasi untuk memotong, mengambil,

memanipulasi jaringan, organ atau anggota tubuh.<sup>[1]</sup>

Nyeri sendiri merupakan kondisi atau keadaan yang tidak menyenangkan yang bersifat subjektif dikarenakan sifat nyeri pada setiap orang berbeda begitu pula dengan tingkatannya.<sup>[2]</sup>

Penatalaksanaan nyeri adalah cara meringankan atau mengurangi nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dapat diterima klien. Penatalaksanaan nyeri meliputi dua tipe dasar intervensi keperawatan yaitu intervensi farmakologi dan nonfarmakologi.<sup>[3]</sup>

Meskipun demikian, pelaksanaan manajemen nyeri non-farmakologi di lapangan belum sepenuhnya dilakukan oleh perawat dalam mengatasi nyeri. Kebanyakan perawat melaksanakan program terapi hasil dari kolaborasi dengan dokter, diantaranya adalah pemberian analgesik yang memang mudah dan cepat dalam pelaksanaannya dibandingkan dengan penggunaan intervensi manajemen nyeri non-farmakologi dengan teknik relaksasi. Jika dengan manajemen nyeri non-farmakologi belum juga berkurang atau hilang maka barulah diberikan analgesik.<sup>[4]</sup>

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hellibi (2014), tentang gambaran tingkat nyeri pada pasien post operasi di ruang rawat inap bedah RSUD Kabupaten Indramayu, sebanyak 44,4% responden dengan tingkat nyeri sedang. Berdasarkan hari pertama post operasi responden sebanyak 50% dengan sangat nyeri, dapat dikontrol.<sup>[5]</sup>

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 16 – 23 Februari 2017

didapatkan data bahwa terdapat 30 perawat ruangan Manalagi 1 & 2 yang terdiri dari Ruang Manalagi 1 sejumlah 15 dan Ruang Manalagi 2 sejumlah 15. Hasil wawancara pada 10 pasien mengalami nyeri, diantaranya: 2 orang mengalami nyeri ringan, 7 orang mengalami nyeri sedang, dan 1 orang mengalami nyeri berat masih dapat dikontrol. Pasien mengatakan untuk mengatasi nyeri hanya dengan pemberian obat yang dilakukan oleh perawat ruangan.

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti dan perawat bahwa selama pasien mengalami keluhan nyeri selama pasca operasi perawat hanya memberikan terapi kolaborasi dengan pemberian analgetik, serta menyarankan pasien untuk melakukan teknik distraksi yaitu dengan nafas dalam. Pernyataan ini berbanding terbalik dengan apa yang disampaikan oleh pasien bahwa penanganan nyeri yang dilakukan selama pasca operasi hanya diberikan obat-obatan oleh perawat ruangan.

Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran pengetahuan seorang perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Indramayu.

## **METODE PENELITIAN**

Rancangan penelitian yang digunakan adalah Deskriptif. Yang mana pada penelitian ini hanya menggambarkan.<sup>[6]</sup> Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat di Ruang Manalagi 1&2 RSUD Kabupaten Indramayu sebanyak 30 orang. Metode yang digunakan adalah Total Sampling.

Tempat penelitian di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Indramayu, dan waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus 2017.

Dalam penelitian ini alat untuk mengumpulkan data penelitian yang digunakan berupa kuesioner, berisi pertanyaan seperti massase kulit, kompres, hipnotis, acupressure, relaksasi, dan distraksi. Tipe skala pengukuran yang digunakan adalah skala Guttman. Analisa data yang digunakan adalah analisa univariat.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **1. Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan**

Berdasarkan hasil penelitian dapat dijelaskan bahwa karakteristik dari 30 responden yang diteliti menunjukkan perawat berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 15 orang (50, 0%). Sehingga dapat diketahui perawat berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 10 orang (50, 0%).

Dilihat dari hasil penelitian bahwa distribusi perawat di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu terbagi rata yaitu laki-laki 50% dan perempuan 50%. Dengan demikian sumber daya yang dimiliki bersifat sama rata. Hal ini dibuktikan dengan perawat yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan sama-sama menjalankan tugas dengan baik. Hal ini didukung dengan tingkat pendidikan yang sudah didapatkan, karena pendidikan dapat mempengaruhi tugas seorang perawat.

Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah pula menerima informasi, pengetahuan yang dimilikinya akan semakin banyak. Pendidikan yang rendah akan

menghambat perkembangan terhadap informasi.[7] Hasil penelitian menunjukkan bahwa 63, 3% perawat yang bekerja di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu masih berpendidikan DIII Keperawatan, dan hanya 3,3 % merupakan pendidikan S1. Hal ini sangat disayangkan dengan tingkat pendidikan demikian. Untuk diakui sebagai praktisi kesehatan terutama perawat haruslah mengikuti program profesi atau Ners untuk dapat diakui professional dan mampu bersaing dengan tenaga medis lainnya. Dengan demikian, tingkat pendidikan perawat sangat berpengaruh pada penatalaksanaan medis terutama nonfarmakologi pada pasien pasca operasi.

Hal ini dapat diketahui bahwa distribusi jenis kelamin dan pendidikan responden yang bekerja di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu dapat dilihat pada tabel 1.

**Tabel 1**

**Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden Berdasarkan Hasil Penelitian Di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Indramayu Tahun 2017**

Karakteristik	Distribusi	Frekuensi	Persentase
Jenis Kelamin	Laki-laki	15	50,0
	Perempuan	15	50,0
	<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Pendidikan	DIII	19	63,3
	S1	1	3,3
	Ners	10	33,3
	<b>Jumlah</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**2. Karakteristik Perawat Berdasarkan Umur dan Lama Kerja**

Pengetahuan perawat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu dilihat dari umur dan lama kerja. Pengalaman belajar dan bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan ketrampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan.<sup>[8]</sup>

Hasil analisis didapatkan umur termuda 27 tahun dan umur tertua 56 tahun. Sedangkan, lama kerja tercepat 2 tahun dan terlama 29 tahun. Peneliti berpendapat bahwa semakin tuanya usia maka semakin baik pula tingkat pengetahuannya, dan semakin lama perawat bekerja maka semakin baik pula tingkat pemahamannya tentang penanganan nyeri secara nonfarmakologi pada pasien pasca operasi di ruang bedah.

Karakteristik responden berdasarkan umur dan lama kerja ini dapat diketahui pada tabel 2, yaitu sebagai berikut:

**Tabel 2**

**Karakteristik Perawat Berdasarkan Umur dan Lama Kerja di RSUD Kabupaten Indramayu Tahun 2017**

Variabel	N	Mean	Med	Std. Deviation	Min-Max	95 % CI
Umur	30	35,17	33,50	7,400	27-56	32,40-37,93
Lama Kerja	30	9,90	7,50	7,590	2-29	7,07-12,73

**3. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Nyeri Nonfarmakologi**

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa pengetahuan perawat tentang

penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi terbanyak adalah kategori kurang sebanyak 27 responden dengan persentase 90,0%.

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.<sup>[6]</sup>Keperawatan didefinisikan oleh Definition of Nursing and Standards for Nursing Practice bahwa bahwa praktik keperawatan dapat didefinisikan secara umum sebagai hubungan yang dinamik, penuh perhatian dan pertolongan di mana perawat membantu klien untuk mencapai dan mempertahankan kesehatan optimalnya.<sup>[9]</sup>

Nyeri sendiri merupakan kondisi atau keadaan yang tidak menyenangkan yang bersifat subjektif dikarenakan sifat nyeri pada setiap orang berbeda begitu pula dengan tingkatannya.<sup>[2]</sup>

Peneliti berasumsi bahwa sebagai tenaga kesehatan atau seorang perawat pada hakikatnya harus memiliki wawasan serta pengetahuan yang baik, sehingga dalam memberikan penanganan dapatlah tepat dan cepat dengan mempertimbangkan kenyamanan klien. Asuhan keperawatan utama yang harus diberikan ialah secara mandiri dan kemudian kolaborasi. Menambah keahlian atau skill adalah tugas seorang perawat agar dapat menambah ilmu baru agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat. Berdasarkan tingkat pengetahuan responden dalam penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi sebanyak 27 responden memiliki pengetahuan kurang. Hal ini berbanding terbalik dengan latar belakang pendidikan dan lama kerja responden.

Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah pula menerima informasi, pengetahuan yang dimilikinya akan semakin

banyak. Pendidikan yang rendah akan menghambat perkembangan terhadap informasi. Hasil penelitian menunjukan bahwa 63,3% perawat yang bekerja di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu masih berpendidikan DIII Keperawatan, dan hanya 3,3% merupakan pendidikan S1. Hal ini sangat disayangkan dengan tingkat pendidikan demikian. Untuk diakui sebagai praktisi kesehatan terutama perawat haruslah mengikuti program profesi atau Ners untuk dapat diakui profesional dan mampu bersaing dengan tenaga medis lainnya. Dengan demikian, tingkat pendidikan perawat sangat berpengaruh pada penatalaksanaan medis terutama nonfarmakologi pada pasien pasca operasi.

Undang-Undang Keperawatan No. 38 tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan pasal 30 ayat (2) huruf m yang berbunyi “dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, perawat berwenang melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternatif”. Dengan ini perawat berwenang dalam melakukan tindakan nonfarmakologi pada pasien pasca operasi.

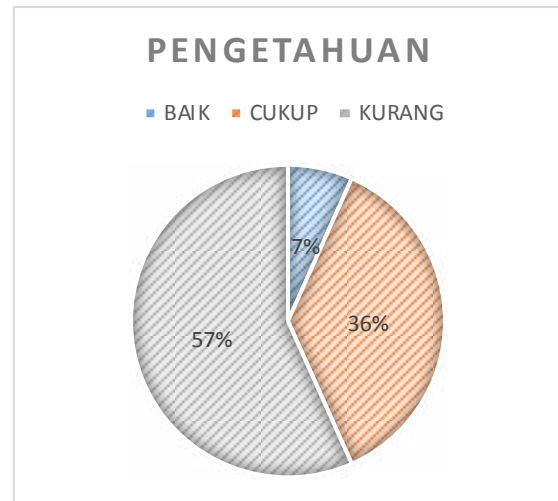
Peneliti berasumsi bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya. Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah lama kerja atau pengalaman. Pengalaman didapatkan dari belajar dan bekerja dengan itu seseorang dapat memberikan pengetahuan dan ketrampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan

kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang keperawatan.<sup>[8]</sup>

Sehingga dalam penanganan nyeri secara nonfarmakologi perawat mampu menangani secara mandiri kemudian kolaborasi. Hal ini didukung dengan hasil penelitian bahwa lama kerja tercepat 2 tahun dan terlama 29 tahun. Pengalaman seseorang didapatkan dari sebuah kondisi yang dimana seseorang tersebut mampu memahami, kemudian mengaplikasikannya. Lama kerja seorang perawat dapat menentukan skill atau keahlian dalam bidangnya, terutama penanganan nyeri secara mandiri yang dilakukan oleh perawat. Sehingga dengan ilmu serta keterampilannya perawat mampu memberikan tindakan mandiri bagi pasien yang mengalami nyeri akibat sayatan atau pembedahan.

Meskipun demikian, pelaksanaan manajemen nyeri secara nonfarmakologi dilapangan belum sepenuhnya dilakukan oleh perawat dalam mengatasi nyeri. Kebanyakan perawat melaksanakan program terapi hasil dari kolaborasi dengan dokter, dengan pemberian analgesic yang memang mudah dan cepat dalam pelaksanaannya.

Distribusi frekuensi pengetahuan perawat tentang penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu dapat dilihat pada Gambar 1.



**Gambar 1**

### **Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat dalam Penanganan Nyeri Nonfarmakologi**

#### **4. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tentang Massase**

Dari hasil penelitian dapat diketahui distribusi pengetahuan perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi tentang massase pada pasien pasca operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu tahun 2017 diketahui persentase tertinggi sebanyak 17 responden (56,7%) dengan pengetahuan kurang.

Sebagai pelayanan dan fungsi seorang perawat adalah memberikan kenyamanan pada kliennya dengan memberikan pelayanan yang tepat. Penatalaksanaan nyeri non farmakologi terdiri atas berbagai strategi penatalaksanaan nyeri fisik dan kognitif perilaku. Intervensi fisik dari nonfarmakologi ialah Massase kulit yang merupakan stimulasi kulit tubuh secara umum, dipusatkan pada punggung dan bahu, atau dapat dilakukan sekitar beberapa menit pada masing-masing bagian tubuh untuk mencapai hasil relaksasi yang maksimal.<sup>[10]</sup>

Peneliti berasumsi bahwa sebagai tenaga kesehatan atau seorang perawat pada hakikatnya harus memiliki wawasan serta pengetahuan yang baik, sehingga dalam memberikan penanganan dapatlah tepat dan cepat dengan mempertimbangkan kenyamanan klien. Penatalaksanaan nyeri pada pasien pasca operasi dengan memberikan massase kulit dapat mengurangi nyeri yang diderita oleh klien. Sedangkan pada hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti bahwa pengetahuan perawat mengenai penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasaca operasi tentang massase sebanyak 17 responden (56.7%) dengan pengetahuan kurang. Sehingga hasil yang didapatkan dari penelitian ini sebagian perawat berpengatahuan kurang tentang penanganan nyeri nonfarmakologi terutama massase.

Distribusi frekuensi pengetahuan perawat tentang massase dapat diketahui pada tabel 4, yaitu sebagai berikut:

**Tabel 4**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat**  
**Tentang Massase**

Pengetahuan	F	%
Cukup	13	43,3
Kurang	17	56,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**5. Distribusi Frekuensi Pengetahuan**  
**Tentang Kompres.**

Dari hasil penelitian dapat diketahui distribusi pengetahuan perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi tentang kompres pada pasien pasca operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu tahun 2017

diketahui persentase tertinggi sebanyak 23 responden (76,7%) dengan pengetahuan kurang.

Menurut Zakiyah (2015), mengungkapkan bahwa kompres dingin dan hangat dapat dijadikan salah satu strategi untuk menurunkan nyeri yang efektif pada beberapa kondisi, terapi kompres dingin dan panas bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor) dalam reseptor yang sama seperti pada cedera.<sup>[11]</sup>

Pada saat pemberian terapi ini, perawat harus memahami respon tubuh terhadap variasi temperature lokal, dan integritas bagian tubuh. Kemampuan klien terhadap sensasi temperature bervariasi dan hal ini dapat mempengaruhi jalannya tindakan dengan baik. Tubuh manusia dapat menoleransi variasi temperature yang luas. Temperature permukaan kulit yang normal 34° C, tetapi temperatur penerima biasanya beradaptasi dengan cepat ke temperatur lokal melebihi batas tersebut.

Distribusi frekuensi pengetahuan tentang kompres dapat diketahui pada tabel 5, yaitu sebagai berikut:

**Tabel 5**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat**  
**Tentang Kompres**

Pengetahuan	F	%
Baik	5	16,7
Cukup	2	6,7
Kurang	23	76,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**6. Distribusi Frekuensi Pengetahuan**  
**Tentang Hipnotis.**

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti dapat diketahui distribusi pengetahuan perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi tentang hipnotis pada pasien pasca operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu tahun 2017 diketahui persentase tertinggi sebanyak 29 responden (63.3%) dengan pengetahuan kurang.

Hipnotis menurut Society for Psychological Hypnosis (2005) dalam Zakiyah (2015) yaitu “Hipnotis merupakan teknik terapi di mana klinisi (ahli psikologi, dokter, perawat, dsb.) membuat saran atau sugesti kepada individu yang telah menjalani prosedur yang dirancang agar santai dan berfokus pada pikiran mereka”.<sup>[11]</sup>

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti bahwa sebanyak 19 responden (63.3%) memiliki pengetahuan kurang mengenai hipnotis. Peneliti berasumsi bahwa penanganan nyeri ini pada dasarnya membutuhkan keahlian dan memerlukan keterampilan khusus. Perawat harus mampu meyakinkan klien bahwa apa yang dilakukannya tidak membahayakan dan mengancam jiwa. Walaupun sepenuhnya tindakan hipnotis belum dilakukan oleh perawat, akan tetapi pengetahuan tentang hipnotis haruslah menguasai dan berpengetahuan baik.

Distribusi frekuensi pengetahuan tentang hipnotis dapat dilihat pada tabel 6, yaitu sebagai berikut:

**Tabel 6**

**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat Tentang Hipnotis**

<b>Pengetahuan</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Baik	1	3,3
Cukup	10	33,3
Kurang	29	63,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

### **7. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tentang Acupressure.**

Dari hasil penelitian yang dilakukan dapat diketahui distribusi pengetahuan perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi tentang acupressure pada pasien pasca operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu tahun 2017 diketahui dengan persentase tertinggi sebanyak 16 responden (53.0%) dengan pengetahuan cukup.

Acupressure dikembangkan dari ilmu pengobatan kuno Cina dengan menggunakan sistem akupunktur. Terapis memberi tekanan jari-jari pada berbagai titik organ tubuh seperti pada akupunktur.<sup>[10]</sup>

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, peneliti berasumsi bahwa pengetahuan perawat tentang acupressure dalam penanganan nyeri pada pasien pasca operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu bahwa pengetahuan perawat dalam hal ini memiliki pengetahuan cukup, dan dengan pengetahuan baik hanya 10.0 %. Dalam hal ini responden perlu meningkatkan pengetahuan mengenai penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi, sehingga apa yang sudah didapatkan oleh responden dapat

dijadikan referensi dan wawasan untuk penanganan nyeri bagi pasien pasca operasi.

Distribusi frekuensi pengetahuan tentang acupressure dapat diketahui pada tabel 7, yaitu sebagai berikut:

**Tabel 7**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat**  
**Tentang Acupressure**

Pengetahuan	F	%
Baik	3	10,0
Cukup	16	53,0
Kurang	11	35,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

### 8. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tentang Relaksasi.

Dari hasil penelitian dapat diketahui distribusi pengetahuan perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi tentang relaksasi pada pasien pasca operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu tahun 2017 diketahui persentase tertinggi sebanyak 21 responden (70.0%) dengan pengetahuan kurang.

Menurut Zakiyah (2015) relaksasi merupakan strategi untuk membantu peregangan dan pelepasan otot. Relaksasi merupakan metode efektif, terutama pada klien yang mengalami nyeri kronis. Latihan pernapasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernapasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus nyeri-ansietas-ketegangan otot. Relaksasi memberikan efek positif untuk klien yang mengalami nyeri.<sup>[11]</sup>

Hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai tingkat

pengetahuan kurang. Dengan demikian perawat ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu perlu meningkatkan pengetahuan tentang relaksasi dalam penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi. Pengetahuan tersebut mampu dimiliki oleh perawat dengan cara mengikuti seminar atau membaca media massa ataupun media elektronik. Sedangkan dari segi pendidikan, umur, pengalaman merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan dari seorang perawat.

Distribusi frekuensi pengetahuan perawat tentang relaksasi dapat diketahui pada tabel 8, yaitu sebagai berikut:

**Tabel 8**  
**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat**  
**Tentang Relaksasi**

Pengetahuan	F	%
Baik	3	10,0
Cukup	6	20,0
Kurang	21	70,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

### 9. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Tentang Distraksi

Dari hasil penelitian dapat diketahui distribusi pengetahuan perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi tentang distraksi pada pasien pasca operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu tahun 2017 diketahui persentase tertinggi sebanyak 17 responden (56.7%) dengan pengetahuan kurang.

Distraksi adalah pengalihan dari fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulus yang lain. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivasi retukuler

menghambat stimulus nyeri, jika seseorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan klien). Ada banyak macam teknik distraksi yang dapat dilakukan adalah: distraksi visual, distraksi pernapasan, distraksi pendengaran, distraksi intelektual, dan distraksi terbimbing.<sup>[10]</sup>

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti bahwa sebanyak 17 responden (56.7%) dengan pengetahuan kurang. Sehingga peneliti berasumsi bahwa hasil yang didapatkan berbanding terbalik dengan apa yang sudah didapatkan perawat pada masa pendidikan akademik dan lama masa kerja. Berdasarkan lama kerja responden didapatkan rata-rata adalah 8.97 tahun dengan Lama kerja tercepat 2 tahun dan terlama 29 tahun. Pengetahuan ini mampu didapatkan melalui pengembangan ilmu terbaru dan memahami kembali tentang penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien bedah RSUD Kabupaten Indramayu.

Distribusi frekuensi pengetahuan tentang distraksi dapat diketahui pada tabel 9, sebagai berikut:

**Tabel 9**

**Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat Tentang Distraksi**

Pengetahuan	F	%
Baik	2	6,7
Cukup	11	36,7
Kurang	17	56,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten

Indramayu yang dilaksanakan pada tanggal 2 sampai 5 Agustus 2017 dapat diketahui bahwa gambaran pengetahuan perawat dalam penanganan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu sebanyak 27 responden (90.0%) dengan pengetahuan kurang. Pengetahuan perawat tentang massase sebanyak 17 responden (56.7%) dengan pengetahuan kurang, pengetahuan perawat tentang kompres sebanyak 23 responden (76.7%) dengan pengetahuan kurang, pengetahuan perawat tentang hipnotis sebanyak 16 responden (53.0%) dengan pengetahuan cukup, pengetahuan perawat tentang acupressure sebanyak 16 responden (53.0%) dengan pengetahuan cukup, pengetahuan perawat tentang relaksasi sebanyak 21 responden (70.0%) dengan pengetahuan kurang, dan pengetahuan perawat tentang distraksi sebanyak 17 responden (56.7%) dengan pengetahuan kurang.

**SARAN**

**Bagi Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Indramayu**

Dalam melakukan penatalaksanaan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi tentunya berdasarkan pengetahuan yang dimiliki dan tidak hanya dengan pengalaman pada masa kerja. Pengetahuan tetap terus dimiliki dengan ilmu pengetahuan baru, serta mengikuti workshop seminar atau pelatihan tentang penanganan nyeri nonfarmakologi. Serta diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan tentang penatalaksanaan nyeri nonfarmakologi pada pasien pasca operasi.

### **Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan dapat melanjutkan penelitian selanjutnya mengenai penatalaksanaan nyeri yang tentunya dapat dibandingkan dengan penatalaksanaan nyeri lain, memperluas cakupan responden atau sampel dalam penelitian, serta untuk mengetahui pengetahuan perawat tentang penanganan nyeri nonfarmakologi dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan atau dari lama kerja perawat di ruang bedah RSUD Kabupaten Indramayu.

### **Bagi Pasien Post Operasi**

Diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan tentang penanganan nyeri yang dirasakan ataupun yang dikeluhkan.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- [1] Paramita. 2013. Kamus keperawatan, Edisi kedua. Jakarta: Indeks
- [2] Hidayat, A. Aziz. Uliyah, M. 2014. Pengantar kebutuhan dasar manusia, Edisi 2- Buku 1. Jakarta Selatan: Salemba Medika
- [3] Koziar. 2010. Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan Praktik. Edisi 7, Volume 2. Jakarta: EGC
- [4] Brunner & Suddart. 2005. Buku ajar keperawatan medical bedah, (Edisi8). Alih bahasa Andry Hartono Kuncara, Elyna S. Laura Siahaan & Agung Waluyo. Jakarta: EGC
- [5] Hellibi, Dicky A. 2014. Gambaran tingkat nyeri pada pasien post operasi di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD Indramayu. STIKes Indramayu
- [6] Setiadi. 2013. Konsep dan praktik penulisan riset keperawatan, Edisi kedua. Yogyakarta: Garaha Ilmu
- [7] Mubarak, Wahid Iqbal, et al. 2011. Promosi kesehatan: sebuah pengantar proses belajar mengajar dalam pendidikan. Edisi: Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu
- [8] Notoatmodjo, S. 2012. Metodologi penelitian kesehatan, Ed. Rev. Jakarta: Rineka Cipta
- [9] Potter, P.A & Perry, A.G. 2005. Buku ajar fundamental keperawatan Volume 2. Jakarta: EGC
- [10] Tamsuri, A. 2006. Konsep dan penatalaksanaan nyeri. Jakarta: EGC
- [11] Zakiyah. 2015. Nyeri: Konsep dan penatalaksanaan dalam praktik keperawatan berbasis bukti. Jakarta: Salemba Medika

# TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU DI RUANG ZAMRUD RSUD Dr. SLAMET GARUT

Sri Nopia Peni<sup>①</sup>, Dyah Setiorini<sup>②</sup>, Hesti Platini<sup>③</sup>

srinopiapeni@gmail.com dyahsetyorini60@gmail.com hesti13001@unpad.ac.id

Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran

## ABSTRAK

Dampak tuberculosis paru diantaranya dapat menyebabkan kecemasan bagi pasien yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, khawatir dengan keadaannya, takut tidak bisa menuntaskan pengobatannya dan takut menularkan penyakitnya pada orang lain. Tujuan penelitian untuk mengetahui tingkat kecemasan pasientu berkulosis paru di Ruang Zamrud RSUD Dr. Slamet Garut.

Jenis penelitian ini deskriptif kuantitatif dengan menggunakan teknik total sampling, yaitu dengan mengambil semua pasien tuberculosis paru di Ruang Zamrud RSUD Dr. Slamet Garut sebanyak 31 responden. Pengumpulan data menggunakan Kuesioner *HARS-A (Hamilton Rating Scale For Anxiety)*. Analisa data dalam penelitian ini, yaitu: univariat dan penyajian data menggunakan distribusi frekuensi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien tuberculosis paru sebagian kecil tidak mengalami kecemasan sebanyak 5 responden (15.6%), yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 6 responden (18.8%), hampir setengahnya mengalami kecemasan sedang sebanyak 14 responden (43.8%), dan sebagian kecil mengalami kecemasan berat sebanyak 6 responden (18.8%). Kesimpulan dari penelitian ini, yaitu: tingkat kecemasan pada pasien tuberculosis paru di Ruang Zamrud RSUD dr.Slamet Garut adalah hampir setengahnya mengalami kecemasan sedang dengan persentase 43.8%. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar untuk peneliti selanjutnya, seperti hubungan tingkat kecemasan dengan lama pengobatan.

Kata Kunci : Kecemasan, Tuberkulosis Paru

## ABSTRACT

*One of the impact of pulmonary tuberculosis is that it can cause anxiety for patients. The anxiety can be caused by a lack of knowledge, feeling anxious about their condition, fear of not being able to complete their medication, and fear of transmitting the disease to others. The aim of this research is to figure out the anxiety level of pulmonary tuberculosis patients in Zamrud Room of RSUD Dr. Slamet Garut.*

*The type of the research is quantitative research. In selecting the participants, the study utilized total sampling technique. As a result, all patient of pulmonary tuberculosis in Zamrud Room in RSUD Dr. Slamet Garut., 31 people in total, were selected as the respondents. The data were collected using HARS-A Questionnaire (Hamilton Rating Scale for Anxiety). The data were then analysed by using univariate analysis and presented using frequency distribution.*

*The results show that the patients of pulmonary tuberculosis who almost have zero anxiety level were 5 respondents (15.6%), and those who experienced mild anxiety were 6 respondents (18.8%). Meanwhile, almost half of the respondents, 14 respondents, (43.8%) have moderate anxiety level, and 6 other respondents (18.8%) have severe anxiety level. The present study concluded that the level of anxiety in patients with pulmonary tuberculosis in Zamrud Room of RSUD Dr. Slamet Garut. is within the range of moderate anxiety level (43.8%). The result of the study is expected to become a basic data for future studies that intend to investigate the same area such as investigating the relationship of anxiety levels with the duration of treatment.*

Keywords : Anxiety, pulmonary tuberculosis

## PENDAHULUAN

Angka kejadian tuberkulosis paru di dunia menurut WHO ([*World Health Organization*], 2015) menunjukkan bahwa tuberkulosis paru membunuh 1,5. Indonesia menempati posisi ke 2 di dunia dengan 1.000.000 kasus. Kejadian di Indonesia menurut data Kemenkes RI (2016), dalam 1 tahun menunjukkan adanya peningkatan menjadi 647 per 100.000 penduduk dari 271 per 100.000 penduduk pada tahun sebelumnya. Jumlah kasus tuberkulosis yang tertinggi di Indonesia adalah di Jawa Barat sebanyak 70.715 kasus, yang kedua di Jawa Timur sebanyak 48.808 kasus, dan yang ketiga di Jawa Tengah sebanyak 35.743 kasus.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Barat (2016), menunjukkan bahwa Garut menempati posisi ke 8 dengan jumlah 2.711 kasus dalam satu tahun setelah Depok dengan jumlah 2.823 kasus. Angka kejadian tuberkulosis paru di Kabupaten Garut mengalami peningkatan dari 2.711 kasus pada tahun 2016 menjadi 3.078 kasus pada tahun 2017 (Dinkes Garut [Dinas Kesehatan Kabupaten Garut], 2017). Angka kejadian kematian pasien tuberkulosis selama pengobatan di Jawa Barat, Garut menempati posisi ke 5 dengan 28 kasus kematian setelah Cianjur, Cirebon, Kota Bandung, dan Kuningan (Dinkes Jabar, 2016).

Data Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut, menunjukkan bahwa angka kejadian pasien tuberkulosis paru yang dilakukan rawat inap di RSUD Dr. Slamet Garut dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Pada tahun 2015 pasien yang dirawat inap dengan kasus

tuberkulosis paru sebanyak 723 kasus, sedangkan pada tahun 2016 sebanyak 872 kasus dan pada tahun 2017 sebanyak 1052 kasus pasien yang dirawat inap di RSUD Dr. Slamet Garut.

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi menular yang menyerang parenkim paru-paru disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat menyebar pada bagian tubuh lain seperti: meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe (Somantri, 2008). Kasus tuberkulosis paru apabila dibiarkan akan berdampak pada meningkatnya jumlah kasus tuberkulosis paru. Selain itu akan berdampak negatif pada pasien itu sendiri secara fisik, psikologis, psikososial dan ekonomi. Dampak tuberkulosis secara fisik yaitu: badan lemah, nyeri dada, berkeringat, batuk, berat badan menurun dan demam, sedangkan dampak psikologis pasien mengalami masalah emosional seperti perasaan bosan, kurang motivasi, sedih, marah hingga akhirnya pasrah, putus asa dan tidak memiliki makna untuk hidup. Selain itu masalah psikososial dapat menyebabkan stigma masyarakat terhadap pasien, sehingga pasien merasa dikucilkan dan tidak percaya diri, karena menderita penyakit menular. Ada juga masalah ekonomi, ini terjadi karena pengobatan tuberkulosis memerlukan jangka waktu yang panjang, sehingga membutuhkan biaya yang cukup besar (Suryani et. al, 2016).

Penyakit tuberkulosis paru sangat mempengaruhi kondisi psikologis pasien (Terok, Tololiu & Podung, 2013). Ada juga penelitian politer et. al (2012) yang menemukan tingginya tingkat tekanan psikologis diantara

pasien yang menderita penyakit tuberkulosis paru. Dampak dari penyakit tuberkulosis paru dapat menyebabkan suatu stressor yang menekan dan mengancam kehidupan pasien sehingga menyebabkan adanya kecemasan (Nuraeni, 2015).

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang membuat seseorang gelisah dan perasaan yang tidak menentu, ini menjadi reaksi umum dari ketidakmampuan seseorang dalam mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut akan menimbulkan perubahan fisiologis dan psikologis seseorang (Rochman, 2010). Faktor penyebab terjadinya kecemasan yaitu: rasa cemas muncul akibat adanya tanda bahaya yang mengancam dirinya, Cemas karena merasa berdosa atau bersalah, karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani, dan kecemasan yang berupa adanya penyakit. Adapun faktor penyebab kecemasan pada pasien tuberkulosis paru, yaitu: takut akan menularkan penyakitnya pada orang lain, merasa tidak berdaya dengan kondisinya, menurunnya kemampuan seseorang untuk bekerja (terisolasi sosial) dan stigma sosial yang melekat pada penyakit tuberkulosis paru (Paschi et, al. 2013).

Selain itu ada faktor yang mempengaruhi kecemasan, yaitu: faktor predisposisi, meliputi: psikoanalitik, interpersonal, perilaku dan biologis. Faktor presipitasi, yaitu: faktor eksternal, meliputi: ancaman integritas fisik dan ancaman sistem diri. Faktor internal meliputi: usia, stressor, keadaan fisik, jenis kelamin,

ekonomi, pendidikan dan pengetahuan. Klasifikasi tingkat kecemasan menurut Videbeck (2008), antara lain: kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat dan kecemasan berat sekali (panik).

Pasien yang mengalami kecemasan lebih banyak terjadi pada pasien yang dilakukan rawat inap di banding dengan pasien rawat jalan, sesuai dengan hasil penelitian Nuralita dan Hadjam (2002) yang menunjukkan bahwa pasien yang dilakukan rawat inap lebih mengalami kecemasan, disebabkan oleh gejala-gejala penyakit yang dirasakan pasien, prosedur medis yang harus dijalani, pasien tidak tahu tentang penyakitnya, cemas dengan kondisinya, dan khawatir dengan pengobatannya.

Kecemasan apabila dibiarkan akan menimbulkan masalah bagi pasien, seperti pada fisik menyebabkan hilangnya nafsu makan, berat badan menurun, insomnia, hypersomnia, gangguan pola tidur, kelelahan fisik, dan ketidaknyamanan, adapun dampak pada psikososialnya, meliputi: rasa khawatir, gelisah, merasa tidak berharga, harga diri rendah, mudah marah, perasaan bersalah, putus asa, menyalahkan diri sendiri, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, kurang perhatian, ketidakmampuan untuk membuat keputusan, dan yang paling serius resiko bunuh diri (Miller, 2009).

Saat dilakukan studi pendahuluan di Ruang Zamrud RSUD Dr. Slamet Garut melalui wawancara kepada 5 pasien tuberkulosis paru, beberapa pasien terlihat gelisah pada saat dilakukan wawancara, sebagian dari pasien mengatakan sulit tidur, kurang nafsu makan,

mengatakan merasa khawatir dengan keadaan penyakit yang dideritanya dan mengatakan bingung harus berbuat apa, karena dari beberapa mereka belum mengetahui tentang penyakit tuberkulosis paru. Ada juga yang mengetahui tentang penyakit tuberkulosis paru dari perawat, dan ada pasien yang mencari tahu penyakitnya di internet.

Selain itu, Mereka juga mengatakan khawatir tidak akan tuntas dalam pengobatan, karena waktu pengobatan yang cukup lama dan khawatir dengan kondisinya saat ini, karena saat ini beberapa dari mereka mengalami komplikasi ada yang komplikasi dengan penyakit jantung, lambung, hati dan ada yang efusi pleura. Selain itu mereka sangat khawatir dapat menularkan penyakitnya pada keluarga atau pada orang yang berada disekitarnya dan khawatir akan dijauhi atau dikucilkan oleh keluarga, tetangga, teman kerja dan masyarakat yang ada disekitarnya karena menderita penyakit menular. Beberapa dari mereka adalah seorang kepala rumah tangga, mereka mengatakan takut tidak bisa menafkahi atau mengurus anak dan istrinya karena kondisinya saat ini yang membutuhkan pengobatan yang cukup lama.

Menurut salah satu perawat di Ruang Zamrud mengatakan bahwa 2 bulan yang lalu ada 1 pasien yang meninggal akibat syok setelah terdiagnosa tuberkulosis paru yang mengakibatkan kecemasan berat, kemudian pasien tersebut meninggal karena kondisinya yang semakin memburuk. Selain itu perawat tersebut juga mengatakan banyak pasien yang bertanya tentang penyakitnya yang bisa menularkan pada orang lain dan tentang

kondisinya saat ini, dan ada juga beberapa pasien yang tampak murung dan kurang bersosialisasi dengan orang yang ada di sekitarnya. Di ruang Zamrud belum ada program pendidikan kesehatan dan leaflet tentang penyakit tuberkulosis paru yang menyebabkan kurangnya pengetahuan pasien. Perawat tersebut juga mengatakan sebelumnya belum ada yang melakukan penelitian tentang tingkat kecemasan pasien tuberkulosis paru, tetapi sudah ada yang meneliti tentang kecemasan perawat dalam merawat pasien tuberkulosis paru.

Dengan melihat fenomena yang terjadi saat ini peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai kecemasan pasien tuberkulosis paru dengan tema “Tingkat Kecemasan Pasien Tuberkulosis Paru Di Ruang Zamrud RSUD Dr. Slamet Garut”.

## **METODE**

Penelitian ini merupakan deskriptif kuantitatif, yaitu: menggambarkan tingkat kecemasan pasien tuberkulosis paru yang dirawat di ruang zamrud RSUD dr. Slamet Garut, dengan menggunakan teknik total sampling, yaitu dengan mengambil semua pasien tuberkulosis paru yang dirawat di Ruang Zamrud RSUD Dr. Slamet Garut sebanyak 31 responden. Pengumpulan data menggunakan Kuesioner HARS-A (Hamilton Rating Scale For Anxiety). Analisa data dalam penelitian ini, yaitu: univariat dan penyajian data menggunakan distribusi frekuensi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### HASIL PENELITIAN

Karakteristik demografi pada penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, status

pernikahan, pendidikan, pekerjaan dan lama terdiagnosa. Penjelasan berupa penyajian tabel distribusi frekuensi untuk masing-masing karakteristik responden pada tabel 4.1.

**Tabel 1**

**Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografi Pasien Tuberkulosis Paru Di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut (n=31)**

Data Demografi		Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Usia</b>	Remaja Akhir (17-25 tahun)	3	9.7
	Dewasa Awal (26-35 tahun)	14	45.8
	Dewasa Akhir (36-45 tahun)	3	9.7
	Lansia Awal (46-55 tahun)	5	16.1
	Lansia Akhir (56-65 tahun)	6	19.4
<b>Jenis Kelamin</b>	Laki-laki	17	53.1
	Perempuan	14	43.8
<b>Status Pernikahan</b>	Menikah	24	75.0
	Belum Menikah	7	21.9
<b>Pendidikan</b>	SD	16	50.0
	SMP	11	34.4
	SMA	4	12.5
<b>Pekerjaan</b>	PNS	1	3.1
	Wiraswasta	3	9.4
	Swasta	6	18.8
	Petani	2	6.3
	Ibu Rumah Tangga	9	28.1
	Tidak Bekerja	1	3.1
	Buruh	1	3.1
	Lain-lain	8	25.8
<b>Lama Terdiagnosa</b>	Baru	19	59.4
	Lama	12	37.5

Berdasarkan tabel 1 hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut kepada 31 responden, diperoleh data sebagai berikut: terdapat sebagian kecil usia remaja akhir sebanyak 3 responden dengan persentase 9.7%, hampir setengahnya usia dewasa awal yaitu 14 responden dengan persentase 45.2%, sebagian kecil dewasa akhir 3 responden dengan persentase 9.4%, lansia awal 6 responden dengan persentase 15.6%, dan

lansia akhir 6 responden dengan persentase 18.8%. Sebagian besar berjenis kelamin laki-laki 17 responden dengan persentase 53.1% dan hampir setengahnya perempuan 14 responden dengan persentase 43.8%. Status pernikahan responden sebagian besar sudah menikah yaitu: 24 responden dengan persentase 75.0%, dan sebagian kecil belum menikah sebanyak 7 responden dengan persentase 21.9%. Riwayat pendidikan responden setengahnya

berpendidikan SD 16 responden dengan persentase 50.0%, hampir setengah responden SMP sebanyak 11 responden dengan persentase 34.4%, dan sebagian kecil berpendidikan SMA sebanyak 4 responden dengan persentase 12.5%. Adapun pekerjaan responden meliputi: hampir setengahnya sebagai ibu rumah tangga sebanyak 9 responden dengan persentase 28.1%, sebagian kecil bekerja swasta 6 responden dengan persentase 18.8%, wiraswasta 3 responden dengan persentase 9.4%, petani 2 responden dengan persentase 6.3%, PNS 1 orang dengan persentase 3.1%, Buruh 1 responden dengan persentase 3.1%, yang tidak

bekerja 1 responden dengan persentase 3.1%, dan yang bekerja lain-lain sebanyak 8 responden dengan persentase 25,8%. Selanjutnya, yaitu lama terdiagnosa, dimana didapatkan data sebagian besar merupakan pasien baru sebanyak 19 responden dengan persentase 59.4% dan hampir setengahnya pasien lama sebanyak 12 responden dengan persentase 37.5%.

**Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien Tuberkulosis Paru Di Ruang Zamrud RSUD dr.Slamet Garut.**

**Tabel 2**

**Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien Tuberkulosis Paru Di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut (n=31)**

Tingkat Kecemasan Pasien Tuberkulosis Paru	Kategori		Kecemasan Ringan		Kecemasan Sedang		Kecemasan Berat	
	Tidak Ada Kecemasan		f	%	f	%	f	%
Tingkat Kecemasan	5	15.6	6	18.8	14	43.8	6	18.8

Berdasarkan hasil penelitian kepada 31 pasien tuberkulosis paru di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut, di dapatkan data sebagai berikut: sebagian kecil responden tidak ada kecemasan sebanyak 5 responden dengan persentase 15.6%, kecemasan ringan 6 responden dengan persentase 18.8%, hampir setengahnya mengalami kecemasan sedang 14 responden dengan persentase 43.8%, dan sebagian kecil reponden mengalami kecemasan berat 6 responden dengan persentase 18.8%.

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut kepada 31 responden. Hampir setengahnya responden mengalami tingkat kecemasan sedang, yaitu sebanyak: 14 responden dengan persentase 43.8%, sebagian kecil responden mengalami kecemasan berat sebanyak 6 responden dengan persentase 18.8%, pasien yang mengalami kecemasan ringan sebanyak 6 responden dengan persentase 18.8%, dan tidak ada kecemasan sebanyak 5 responden dengan persentase 5.6%. Penelitian ini sejalan

dengan hasil penelitian Andika (2016) yang menunjukkan bahwa pasien mengalami kecemasan ringan, sedang dan berat. Penelitian lain menurut Irawan (2015), menunjukkan bahwa hampir setengahnya responden mengalami tingkat kecemasan sedang dengan persentase 44%. Berbeda dengan penelitian Sumartini (2016) dari 30 responden hampir setengahnya pasien tuberkulosis paru mengalami kecemasan berat sebanyak 12 responden dengan persentase 40% dibandingkan dengan responden yang mengalami kecemasan ringan 33.3% dan kecemasan sedang 26.7%. Pasien tuberkulosis paru bisa mengalami kecemasan, hal ini disebabkan penyakit yang dideritanya dapat menularkan pada orang lain. Selain itu juga disebabkan karena tidak tahu tentang penyakitnya, dan takut tidak bisa sembuh, serta pengobatannya yang membutuhkan waktu yang cukup lama, sehingga berakibat pada keterbatasan aktifitasnya untuk bisa melakukan perannya seperti sebelum sakit.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut kepada 31 responden, didapatkan data bahwa sebagian kecil usia remaja akhir sebanyak 3 responden dengan persentase 9.7%, hampir setengahnya usia dewasa awal yaitu 14 responden dengan persentase 45.2%, sebagian kecil dewasa akhir 3 responden dengan persentase 9.4%, lansia awal 6 responden dengan persentase 15.6%, dan lansia akhir 6 responden dengan persentase 18.8%. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti tentang tingkat kecemasan pasien tuberkulosis paru terhadap

usia, yaitu: didapatkan data hampir setengahnya usia dewasa awal lebih mengalami kecemasan dengan persentase 45,2%. Hal ini sejalan dengan penelitian Soep 2014 yang menunjukkan bahwa mayoritas responden yang mengalami kecemasan adalah pada usia dewasa awal dengan 13 responden dengan persentase 35.1%. Usia dewasa awal mengalami kecemasan, karena pada saat usia dewasa awal yang seharusnya bekerja, tetapi tidak bisa bekerja karena penyakit yang dideritanya saat ini, sehingga menyebabkan usia dewasa awal lebih cemas di bandingkan dengan usia lainnya.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut kepada 31 responden. Didapatkan data bahwa jenis kelamin laki-laki 17 responden dengan persentase 53.1% dan perempuan 14 responden dengan persentase 43.8%. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti tentang tingkat kecemasan pasien tuberkulosis paru terhadap jenis kelamin, laki-laki lebih mendominasi mengalami kecemasan dari pada perempuan. Hal ini sejalan dengan penelitian Soep (2014) yang menunjukkan bahwa laki-laki lebih cenderung mengalami kecemasan dengan persentase 56.8% di bandingkan dengan perempuan 43.2%, hal ini dikarenakan laki-laki lebih sensitif terhadap permasalahan dibandingkan dengan perempuan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut kepada 31 responden. Didapatkan data bahwa status pernikahan responden hampir seluruhnya sudah menikah yaitu: 24 responden dengan persentase 75.0%, dan yang belum

menikah sebanyak 7 responden dengan persentase 21.9%. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti tentang tingkat kecemasan pasien tuberkulosis paru terhadap status pernikahan, yaitu: orang yang sudah menikah lebih mendominasi mengalami kecemasan di bandingkan dengan orang yang belum menikah. Status pernikahan mempengaruhi kecemasan seseorang karena yang sudah menikah akan lebih mengalami kecemasan, apabila seorang kepala keluarga maka harus bekerja untuk anak dan istrinya, dengan kondisinya saat ini, menyebabkan tidak bisa bekerja sehingga mengalami kecemasan, karena takut tidak bisa mengurus keluarganya

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut kepada 31 responden. Riwayat pendidikan responden paling banyak yaitu: SD 16 responden dengan persentase 50.0%, SMP sebanyak 11 responden dengan persentase 34.4%, dan SMA sebanyak 4 responden dengan persentase 12.5%. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti tentang tingkat kecemasan pasien tuberkulosis paru terhadap pendidikan, yaitu: yang berpendidikan SD lebih mengalami kecemasan di bandingkan dengan SMP dan SMA. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Soep (2014) yang menunjukkan bahwa Responden yang tidak sekolah lebih mendominasi mengalami kecemasan dengan 12 responden dengan persentase 40%. Status pendidikan seseorang mempengaruhi tingkat kecemasan, karena pendidikan seseorang yang rendah akan menyebabkan orang tersebut mengalami kecemasan karena pengetahuannya

yang kurang, berbeda dengan yang status pendidikannya tinggi, mungkin akan mencari tahu sendiri tentang penyakitnya, sehingga bisa mengurangi tingkat kecemasan.

Hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut kepada 31 responden, didapatkan hasil mengenai pekerjaan yang paling banyak yaitu: ibu rumah tangga sebanyak 9 responden dengan persentase 28.1%, swasta 6 responden dengan persentase 18.8%, wiraswasta 3 responden dengan persentase 9.4%, petani 2 responden dengan persentase 6.3%, PNS 1 orang dengan persentase 3.1%, Buruh 1 responden dengan persentase 3.1%, yang tidak bekerja 1 responden dengan persentase 3.1%, dan yang bekerja lain-lain sebanyak 8 responden dengan persentase 25,8%. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti tentang tingkat kecemasan pasien tuberkulosis paru terhadap pekerjaan, yaitu: ibu rumah tangga lebih mengalami kecemasan di bandingkan dengan pekerjaan yang lain. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Terok, Tololiu, dan Podung (2013) yang menunjukkan bahwa mereka yang terkena penyakit tuberkulosis paru adalah pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga 44%. Ibu rumah tangga lebih mengalami kecemasan dibandingkan dengan pekerjaan yang lain, karena seorang ibu rumah tangga harus mengurus keluarganya yaitu: anak dan suaminya, seorang ibu berperan penting dalam tugas keluarga, sehingga menyebabkan ibu rumah tangga mengalami kecemasan, karena takut tidak bisa mengurus anak dan suaminya.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet

Garut kepada 31 responden. Didapatkan data pasien baru sebanyak 19 responden dengan persentase 59.4% dan pasien lama sebanyak 12 responden dengan persentase 37.5%. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti tentang tingkat kecemasan pasien tuberkulosis paru terhadap lama terdiagnosa yaitu: pasien yang terdiagnosa baru lebih banyak mengalami kecemasan dibandingkan dengan pasien yang sudah terdiagnosa lama. Orang yang baru terdiagnosa lebih mengalami kecemasan di bandingkan dengan yang sudah terdiagnosa lama, karena orang yang baru terdiagnosa belum tahu tentang penyakitnya, takut akan menularkan penyakitnya pada orang lain, tidak tahu tentang cara pencegahan, takut tidak bisa menyelesaikan pengobatannya karena pengobatannya yang cukup lama, cemas tidak bisa sembuh dari penyakitnya, dan bingung harus berbuat apa, sehingga menyebabkan pasien tersebut mengalami kecemasan.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pengolahan data mengenai tingkat kecemasan tuberkulosis paru pada pasien tuberkulosis paru di ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut dapat disimpulkan bahwa hampir setengah responden mengalami kecemasan sedang dengan persentase 43.8%.

### **SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, bahwa terdapat beberapa saran yang dapat dikemukakan sebagai berikut:

Hasil penelitian ini dapat direkomendasikan menjadi acuan untuk meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang dibutuhkan oleh pasien, dan diharapkan perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit tuberkulosis paru, agar pasien tahu tentang penyakitnya, terlebih jika pendidikan kesehatan tersebut bisa dibuatkan leaflet yang bisa dibaca setiap saat, baik oleh pasien, keluarga dan pengunjung.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Dinas Kesehatan Garut. (2017). Profil Kesehatan Kabupaten Garut. Garut: Dinkes Garut.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. (2016). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2016. Bandung: Dinkes Jabar.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016. Jakarta: Kemenkes RI.
- Nuraeni, R. (2015). Hubungan Pengetahuan Tentang Tuberkulosis (Tb) Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Tb Paru Di Rsud Cideres Kabupaten Majalengka Tahun 2015. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan MEDISINA AKPER YPIB Majalengka# Volume I Nomor*.
- Nuralita, A., & Hadjam, M. N. R. (2002). Kecemasan Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Persepsi tentang Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit. *Anima, Indonesian Psychological Journal*, 17(2), 150-160.
- Pachi, A., Bratis, D., Moussas, G., & Tselebis, A. (2013). Psychiatric morbidity and other factors affecting treatment adherence in pulmonary tuberculosis patients. *Tuberculosis research and treatment*, 2013.
- Peltzer, K., Naidoo, P., Matseke, G., Louw, J., Mchunu, G., & Tutshana, B. (2012). Prevalence of psychological distress and associated factors in tuberculosis

patients in public primary care clinics in South Africa. *BMC psychiatry*, 12(1), 89.

Rekam Medik RSUD dr. Slamet Garut. 2018

Rochman, Kholil Lur. 2010. *Kesehatan Mental*. Purwokerto: Fajar Media Press.

Somantri, Irman. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.

Suryani, S., Widiyanti, E., Hernawati, T., & Sriati, A. (2016). Psikoedukasi Menurunkan Tingkat Depresi, Stres dan Kecemasan pada Pasien Tuberkulosis Paru. *Jurnal Ners*, 11(1), 128-133.

Terok, M., Tololiu, T., & Podung, J. (2013). Profil Tingkat Kecemasan Pasien Tuberkulosis Paru Di Irina C Blu Rumah Sakit Prof. dr. rd kandou Manado. *JUIPERDO-Jurnal Ilmiah Perawat Manado*, 2(1), 30-37.

Videbeck, Sheila L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

World Health Organization. 2015. *Global TB Report 2015*.

# PENGARUH *EFFLEURAGE MASSAGE* TERHADAP PENURUNAN RASA NYERI PADA IBU POSTPARTUM MULTIPARA

Irda Novrida Ashar, Achmad Suardi, Suryani Soepardan,  
Hidayat Wijayanegara, Jusuf Sulaeman Effendi, Ma'mun Sutisna  
Program Pascasarjana Terapan Kebidanan STIKes Dharma Husada Bandung

## ABSTRAK

Kontraksi uterus terjadi secara fisiologis dan menyebabkan nyeri yang dapat mengganggu kenyamanan ibu di masa postpartum. Nyeri susulan yang dirasakan ibu postpartum disebut dengan his royan. His royan berlangsung pada hari ke 2–3 postpartum dimana ibu akan merasakan mulas-mulas yang disebabkan karena kontraksi uterus sehingga ibu perlu mendapatkan penjelasan mengenai nyeri yang dirasakan His royan banyak terjadi pada multipara karena adanya spasme otot uterus. Strategi penatalaksanaan nyeri merupakan suatu tindakan untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Teknik nonfarmakologis yang paling banyak diterapkan di Indonesia di antaranya adalah dukungan emosional dan masase. *Effleurage massage* merupakan salah satu teknik relaksasi yang paling mudah dilakukan untuk memberikan rasa nyaman pada ibu postpartum. *Effleurage* adalah bentuk masase dengan menggunakan telapak tangan yang memberi tekanan lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang. Teknik ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah dan menghangatkan otot abdomen, serta meningkatkan relaksasi fisik dan mental. *Effleurage massage* mengurangi nyeri dengan menstimulus serabut taktil di kulit pada abdomen yang memberikan efek relaksasi pada otot abdomen sehingga spasme otot abdomen berkurang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *effleurage massage* terhadap penurunan rasa nyeri pada ibu postpartum multipara. Metode penelitian menggunakan *quasi experimental design* dilaksanakan Desember 2017 s/d Februari 2018 dengan responden 36 ibu postpartum multipara yang ditentukan dengan *consecutive sampling*. Responden mengisi lembar persetujuan untuk menjadi responden selama penelitian, kemudian sampel dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok yang mendapatkan intervensi (*group intervention*) dan kelompok yang tidak mendapatkan intervensi (*group control*) sebagai pembanding. Analisis data dilakukan secara deskriptif, uji normalitas data menggunakan Shapiro wilk, untuk mengetahui perbedaan tingkat nyeri antara kelompok kontrol dan intervensi menggunakan uji *Wilcoxon*, dan untuk mengetahui pengaruh *effleurage massage* terhadap penurunan nyeri menggunakan uji *Mann-Whitney*. Penurunan rasa nyeri pada kelompok intervensi yang diberikan *effleurage massage* terjadi pada hari ke tiga. Hasil uji *Mann-Whitney* kelompok intervensi nilai sig.0,0001 ( $p < 0.05$ ) menunjukkan pada kelompok intervensi mengalami penurunan nyeri, sehingga terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok kontrol dan intervensi dalam penurunan rasa nyeri pada ibu postpartum multipara. Simpulan, ada pengaruh pijat *effleurage massage* terhadap penurunan rasa nyeri pada ibu postpartum multipara.

**Kata kunci** *effleurage massage*, nyeri, postpartum, multipara

## ABSTRACT

### *Effect Of Effleurage Massage On The Decrease Of Pain In Multipara Postpartum Mother*

*Uterine contractions occur physiologically and cause pain that can bother mother's comfort during postpartum period. The continuation pain felt by a postpartum mother is called afterpain. Afterpains occur on the 2<sup>nd</sup>-3<sup>rd</sup> day of postpartum period in which the mother suffers from heartburn due to (the) uterine contractions; (therefore) she needs an explanation about this pain. Afterpains are mostly experienced by multiparous mothers because the uterus shrinks simultaneously, leading to an intermittent relaxation. Pain management strategy is an action to reduce pain with pharmacology and nonpharmacology therapy. The most common non-pharmacological techniques applied in Indonesia include emotional support and massage.*

Effleurage massage is one of the easiest relaxation techniques performed to provide comfort to the postpartum mother. Effleurage is a form of massage by using the palm of the hand that gives gentle pressure up the body surface in a circular direction repeatedly. This technique aims to improve blood circulation and warm the abdominal muscles, as well as enhance physical and mental relaxation. Effleurage massage relieves pain by stimulating the tactile fibers of the skin on the abdomen which provides a relaxing effect on the abdominal muscles so that the abdominal muscle spasm is reduced. Aim to (investigate) the effect of effleurage massage on pain relief in postpartum multiparous mother. Method (it is a quasi experimental study conducted) from December 2017 to February 2018 with 36 postpartum multiparous mothers as respondents who were determined by consecutive sampling. (the mothers) filled out an approval sheet to be (the) respondents (of) the study. (then) the sample was divided into two groups: group who received intervention (intervention group) and group who did not (control group). The data was analyzed descriptively. In normality test, the (researcher) used Shapiro wilk. wilcoxon test was also used to (investigate) the difference of (the) pain level between (the) control and (the) intervention group. Mann-Whitney test (was also conducted) to (investigate) the effect of effleurage massage on (the) pain relief. Result Pain of the intervention group who received effleurage massage subsided on the third day. The Mann-Whitney result was 0.0001 sig. value ( $p < 0.05$ ) for the intervention group which (shows they) experienced a decrease in pain. (in other words) there was a significant difference between the control and the intervention groups in pain relief in postpartum multiparous mothers. Conclusion effleurage massage (effects) pain relief in postpartum multiparous mother.

**Keywords:** Effleurage massage, pain, postpartum, multiparous

## PENDAHULUAN

Berdasarkan penelitian Hamrani<sup>1</sup> menyatakan bahwa nyeri tidak hanya di rasakan pada proses persalinan melainkan dirasakan pula oleh ibu postpartum, nyeri yang dirasakan biasanya disebabkan karena luka jahitan pada perineum dan saat terjadi kontraksi uterus sehingga sebagian ibu merasa tidak nyaman selama masa postpartum. Masa postpartum merupakan masa yang berlangsung selama  $\pm 6$  minggu dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir saat alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Salah satu perubahan fisiologis yang dialami oleh ibu postpartum, yaitu kontraksi uterus.<sup>1,2</sup>

Kontraksi uterus terjadi secara fisiologis dan menyebabkan nyeri yang dapat mengganggu kenyamanan ibu di masa postpartum. Nyeri susulan yang dirasakan ibu postpartum disebut dengan his royan. Hisroyan

berlangsung pada hari ke 2–3 postpartum dimana ibu akan merasakan mulas-mulas yang disebabkan karena kontraksi uterus sehingga ibu perlu mendapatkan penjelasan mengenai nyeri yang dirasakan. Rasa nyeri meningkat pada ibu postpartum yang telah melahirkan lebih dari satu kali atau multipara karena terjadinya penurunan otot uterus secara bersamaan yang menyebabkan relaksasi intermitten (berjeda), sedangkan pada wanita menyusui hisroyan disebabkan karena isapan bayi yang dapat menstimulasi produksi oksitosin yang tidak hanya memicu refleks let down (pengeluaran ASI) tetapi menyebabkan kontraksi uterus.<sup>2,3</sup> Strategi penatalaksanaan nyeri merupakan suatu tindakan untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Perkembangan ilmu kedokteran di beberapa negara seperti Amerika Serikat telah dikembangkan metode nonfarmakologi untuk

mempercepat penyembuhan pada masa postpartum. Terapi nonfarmakologi meliputi akupuntur, akupresur, hypnosis, kompres hangat, kompres dingin, relaksasi, teknik berendam, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) sertamasa. Teknik non farmakologis terbukti aman dalam menurunkan nyeri pada masa postpartum.<sup>4,5</sup> Effleurage massage merupakan salah satu teknik relaksasi yang paling mudah dilakukan untuk memberikan rasa nyaman pada ibu postpartum. Effleurage adalah bentuk masase dengan menggunakan telapak tangan yang memberitekanan lembut keatas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang. Teknik ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah dan menghangatkan otot abdomen, serta meningkatkan relaksasi fisik dan mental.<sup>6,7</sup> Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di PONED Puskesmas Sindang dari 5 orang ibu postpartum multipara dengan persalinan normal diperoleh data bahwa semua ibu mengalami nyeri pada hari pertama, 3 orang ibu mengalami nyeri pada saat >1–2 jam postpartum dan 2 orang ibu pada saat >3–4 jam postpartum. Karakteristik nyeri yang dirasakan ibu postpartum pada hari pertama, yaitu mulas pada bagian abdomen bawah dengan skala 5–6 yang berarti nyeri sedang. Penatalaksanaan nyeri yang dilakukan oleh ibu adalah melakukan teknik nafas dalam, miring atau mencari posisi yang nyaman bagi ibu, berjalan, aktivitas secara perlahan, dan berdiam sejenak. Hasil wawancara yang dilakukan pada 2 bidan yang bertugas di PONED Puskesmas Sindang mengatakan bahwa penatalaksanaan nyeri pada

ibu postpartum adalah dengan dilakukan mobilisasi (pergerakan miring kanan dan kiri), serta mengajarkan teknik relaksasi. Maka pada penelitian ini kelompok kontrol akan diberikan penatalaksanaan nyeri sesuai dengan prosedur yang telah digunakan di Puskesmas Sindang yaitu berupa mobilisasi dan relaksasi, sedangkan pada kelompok intervensi akan diberikan teknik Effleurage massage.

## **METODE**

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen semu (quasi eksperiment) dengan melakukan pendekatan pretest-posttest two group design. Subjek penelitian dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok yang mendapatkan intervensi effleurage massage (group intervention) dan kelompok yang mendapatkan intervensi relaksasi, tarik napas, dan pergerakan/perubahan posisi (group control) sebagai pembanding. Total subjek 36 ibu postpartum multipara yang memenuhi kriteria inklusi diambil dari BPM wilayah kerja Puskesmas Sindang Indramayu periode 1 Desember 2017–21Februari 2018. Perbedaan penurunan tingkat nyeri antara kelompok kontrol dan intervensi menggunakan uji Pearson Chi Square, dan untuk mengetahui pengaruh effleurage massage terhadap penurunan nyeri menggunakan uji Mann-Whitney. Penelitian ini telah mendapat ethical clearance dari Komite Etik Program Pascasarjana S-2 Kebidanan Terapan STIKes Dharma Husada Bandung dengan No.017/STIKes-DHB/Sket/PSKBS2/X/2017

## HASIL

**Tabel 1.**

**Tabel Distribusi Frekuensi Karakteristik Subjek berdasar atas Laktasi, mobilisasi status gizi dan umur ibu postpartum multipara di wilayah kerja puskesmas Sindang Kabupaten**

**Indramayu**

Karakteristik	Kategori	Kelompok	
		masase effleurage(n=18)	Kontrol (n=18)
Laktasi	Tidak	0	0
	Menyusui	18	18
Mobilisasi	Tidak	0	0
	Mobilisasi	18	18
Status Gizi	KEK	0	0
	Normal	18	18
Usia	< 20 tahun	0	0
	20-35 tahun	17	15
	>35 tahun	1	3

Tabel 1 menunjukkan bahwa karakteristik subjek berdasar atas laktasi, mobilisasi, status gizi dan umur adalah homogen.

**Tabel 2.**

**Penurunan tingkat nyeri pada ibu Postpartum pada pada 2 jam pertama sampai hari ke tiga di puskesmas Sindang Kabupaten Indramayu**

No	Kontrol			Intervensi		
	Pre	Hari 2	Hari 3	Pre	Hari 2	Hari 3
1	6	6	5	7	6	5
2	5	7	6	7	5	5
3	7	6	6	6	5	4
4	5	5	6	6	4	3
5	7	6	6	6	3	3
6	7	7	7	7	3	4
7	7	6	5	8	7	5
8	7	7	5	5	4	3
9	8	7	7	4	2	3
10	5	4	5	5	3	3
11	6	5	4	8	8	5
12	5	5	5	7	3	3
13	6	6	5	7	3	4
14	5	6	5	5	2	3
15	7	6	6	5	3	3
16	7	6	5	7	5	4
17	8	7	5	6	5	4
18	7	7	5	6	4	4
<b>Min.</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Maks.</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>5</b>
<b>Mean</b>	<b>6,39</b>	<b>6,06</b>	<b>5,44</b>	<b>6,22</b>	<b>4,17</b>	<b>3,78</b>

Tabel 2 menunjukkan pada kelompok massagemengalami penurunan nyeri dari nyeri intervensi yang diberikan teknik effleurage berat (pretes) ke nyeri sedang (postes)

**Table. 3**

**Hasil Uji Normalitas data penurunan rasa nyeri pada ibu postpartum multipara di wilayah kerja puskesmas Sindang Kabupaten Indramayu**

UjiNormalitas	Sig.	Syarat	Keterangan
<b>KelompokKontrol</b>			
Pre	0,007	Sig.>0,05	Tidak Normal
Hari 2	0,007	Sig.>0,05	Tidak Normal
Hari 3	0,004	Sig.>0,05	Tidak Normal
<b>KelompokIntervensi</b>			
Pre	0,153	Sig.>0,05	Normal
Hari 2	0,085	Sig.>0,05	Normal
Hari 3	0,001	Sig.>0,05	Tidak Normal

Tabel. 3 menunjukkan bahwa hasil uji normalitas menggunakan Shapiro-Wilk, dimana pada kelompok kontrol dan intervensi hanya ada dua pengukuran saja yang berdistribusi normal yakni kelompok intervensi pada pengukuran Pre dan hari kedua.

**Table. 4**

**PerbedaanRasa Nyeri antara Kelompok Kontrol dengan Kelompok Intervensi**

Pengukuran	Nyeri Pre	Kelompok				Nilai P
		Intervensi		Kontrol		
		N	%	N	%	
Pre	Sedang	10	55.6	8	44.4	0.505*
	Berat	8	44.4	10	55.6	
Hari 2	Ringan	8	44.4	0	0.0	0.005*
	Sedang	8	44.4	12	66.7	
	Berat	2	11.1	6	33.3	
Hari 3	Ringan	8	44.4	0	0.0	0.003*
	Sedang	10	55.6	16	88.9	
	Berat	0	0.0	2	11.1	

Tabel. 4 diketahui bahwa rasa nyeri pada kelompok kontrol dan intervensi pada pengukuran Pre (2 jam post partum) menunjukkan tidak ada perbedaan ( $p>0,05$ ), artinya kedua kelompok sebelum dilakukan intervensi berupa effleurage massage memiliki tingkat nyeri yang sama sehingga kedua kelompok layak dan dapat diperbandingkan. Perbedaan signifikan terjadi setelah kelompok intervensi mendapatkan effleurage massage, hasil analisis menunjukkan pada pengukuran ke dua dan ketiga, nilai  $p < 0,05$ , sehingga dapat dikatakan bahwa kelompok intervensi mengalami penurunan rasa nyeri yang berbeda dengan kelompok kontrol.

**Tabel. 5**

**Pengaruh *effleurage massage* terhadap penurunan tingkat nyeri pada ibu post partum multipara di wilayah kerja Puskesmas Sindang Kab. Indramayu**

Nyeri (skala 1 - 10)	Kelompok		Nilai p*
	Intervensi (n=18)	Kontrol (n= 18)	
<b>Nyeri Pre</b>			
$\bar{x}$ (SD)	6,22 (1,114)	6,39 (1,037)	
Median	6,0	7,0	
Rentang	4-8	5-8	0,673*
Nyeri ringan	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Nyeri sedang	10 (55,6%)	8 (44,4%)	
Nyeri berat	8 (44,4%)	10 (55,6%)	
<b>Nyeri Pengukuran 2</b>			
$\bar{x}$ (SD)	4,17 (1,654)	6,06 (0,873)	
Median	4,0	6,0	
Rentang	2-8	4-7	0,0001*
Nyeri ringan	8 (44,4%)	0 (0,0%)	
Nyeri sedang	8 (44,4%)	12 (66,7%)	
Nyeri berat	2 (11,2%)	6 (33,3%)	
<b>Nyeri Pengukuran 3</b>			
$\bar{x}$ (SD)	3,78 (0,808)	5,44 (0,784)	
Median	4,0	5,0	
Rentang	3-5	4-7	0,0001*
Nyeri ringan	8 (44,4%)	0 (0,0)	
Nyeri sedang	10 (55,6%)	16 (88,9%)	
Nyeri berat	0 (0,0%)	2 (11,1%)	
Perbandingan pre vs Nyeri pengukuran 2	0,0001** (p < 0,05)	0,109*** (p > 0,05)	
% Selisih Nyeri	32,95	5,16	
Perbandingan Nyeri pengukuran 2 vs Nyeri pengukuran 3	0,0001*** (p < 0,05)	0,017*** (p < 0,05)	
% Selisih Nyeri	10,31	10,23	

Keterangan: \*) diuji dengan *Mann-Whitney*, \*\*) *Paired T Test*, \*\*\*) uji *Wilcoxon*

Tabel. 5 menunjukkan hasil bahwa rasa kelompok kontrol dan intervensi memiliki nyeri pada ibu postpartum multipara kelompok kesamaan. Hal ini menunjukkan bahwa kedua intervensi mengalami penurunan sampai dengan kelompok baik intervensi maupun kontrol dapat hari ketiga dibandingkan dengan kelompok dibandingkan. Kelompok intervensi akan kontrol.

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan atas hasil analisis karakteristi *Effleurage massage* terhadap penurunan nyeri subjek menunjukkan hasil bahwa antara pada ibu postpartum multipara. Penelitian

dilakukan dengan melibatkan 36 subjek yang dibagi menjadi dua kelompok (kontrol dan intervensi). Berdasarkan uji statistik kelompok intervensi diperoleh hasil dimana kelompok intervensi terdapat penurunan nyeri postpartum. Teknik yang diberikan berupa Effleurage massage dengan menggunakan telapak jari tangan dengan pola gerakan melingkar pada abdomen dengan tujuan merangsang hormon endorfin dan oksitosin dalam tubuh. Effleurage memengaruhi sistem saraf pusat dengan menstimulasi saraf parasimpatis, menyebabkan respon relaksasi dan meningkatkan venous return. Effleurage memiliki efek sedative yaitu menenangkan sehingga selalu digunakan di awal dan akhir pengurutan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat nyeri pada kelompok kontrol dan intervensi menunjukkan tidak ada perbedaan dimana kedua kelompok sebelum dilakukan intervensi berupa effleurage massage memiliki tingkat nyeri yang sama (homogen). His royans ini disebabkan karena kontraksi dan relaksasi yang terus menerus pada uterus yang terjadi dalam waktu 2-3 hari setelah melahirkan. Nyeri postpartum ini kerap kali dirasakan pada multipara terutama pada saat menyusui bayinya.<sup>8</sup>

Ibu postpartum multipara sering merasakan nyeri karena adanya penurunan otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermitten (berjeda). Sedangkan pada wanita menyusui his royans disebabkan karena isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin yang bukan hanya memicu refleksi let down

(pengeluaran ASI) tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri uterus tersebut akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik dan kandung kemih dalam keadaan kosong, dan akan terasa bertambah hebat saat menyusui.<sup>9</sup>

Effleurage mempengaruhi sistem saraf pusat dengan menstimulasi saraf parasimpatis, menyebabkan respon relaksasi dan meningkatkan venous return. Peningkatan aktivitas parasimpatis menimbulkan penurunan denyut jantung, mengurangi tekanan darah, dan meningkatkan substansi relaksasi seperti endorfin. Effleurage juga dapat memberikan efek relaksasi melalui mekanisme psikologis dan mekanisme fisiologis. Mekanisme psikologis yang ditimbulkan effleurage ini terjadi melalui penurunan kecemasan dan perbaikan suasana hati. Teori Smeltzer & Bare menyatakan effleurage dapat mengurangi nyeri dengan memberikan efek melalui sistem kontrol desenden.<sup>10</sup>

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna kelompok kontrol dengan kelompok intervensi sehingga effleurage massage efektif terhadap penurunan nyeri postpartum pada ibu multipara. Hal ini sejalan dengan perkembangan ilmu kedokteran, di beberapa negara seperti Amerika Serikat yang telah mengembangkan metode kontemporer untuk mempercepat penyembuhan pada masa postpartum. Metode yang dikembangkan ini merupakan metode alamiah yang digunakan untuk menghilangkan rasa takut, panik, tegang dan tekanan-tekanan lain yang menghantui ibu selama persalinan sampai dengan postpartum.<sup>5</sup>

Adanya perbedaan tingkat nyeri antara kelompok kontrol dan intervensi dengan pemberian effleurage massage, disebabkan karena gerakan effleurage massage (dimulai dengan sentuhan telapak tangan pada daerah yang terasa nyeri, manfaat effleurage massage) dapat menimbulkan rasa nyaman dan rileks, sehingga mampu mengurangi rasa nyeri pada ibu postpartum.<sup>11</sup>

Mekanisme penghambatan nyeri dengan teknik effleurage berdasarkan pada konsep Gate Control Theory. Berdasarkan teori tersebut stimulasi serabut taktil kulit dapat menghambat sinyal nyeri dari area tubuh yang sama atau area lainnya. Stimulasi taktil dengan teknik effleurage menghasilkan pesan yang sebaliknya dikirim lewat serabut saraf yang lebih besar (Serabut A Delta). Serabut A Delta akan menutup gerbang sehingga Cortex Cerebri tidak menerima pesan nyeri karena sudah diblokir oleh Counter stimulasi dengan teknik effleurage sehingga persepsi nyeri berubah, karena serabut dipermukaan kulit (Cutaneus) sebagian besar adalah serabut saraf yang berdiameter luas. Teknik ini juga memfasilitasi distraksi dan menurunkan transmisi sensorik stimulasi dari dinding abdomen sehingga mengurangi ketidaknyamanan pada area yang sakit. Sebagai teknik relaksasi, effleurage mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan sirkulasi area yang sakit serta mencegah terjadinya hipoksia.<sup>12</sup>

Berdasarkan penelitian, didapatkan bahwa teknik effleurage mengurangi nyeri dengan menstimulus serabut taktil di kulit pada abdomen yang memberikan efek relaksasi pada

otot abdomen sehingga spasme otot abdomen berkurang dan dapat memberikan efek distraksi. Menurut penelitian yang dilakukan, didapatkan hasil bahwa teknik effleurage dapat menstimulus serabut taktil sehingga sinyal nyeri dapat dihambat dan dapat menyebabkan rasa nyaman dan relaksasi.<sup>10,11</sup>

Andarmoyo<sup>7</sup> mengatakan bahwa rangsangan taktil dan perasaan positif berkembang ketika dilakukan bentuk sentuhan yang penuh perhatian dan empatik, dapat memperkuat efek effleurage massage untuk mengendalikan nyeri. Teknik ini dapat dilakukan tidak hanya untuk nyeri kontraksi uterus pada ibu postpartum, tetapi dapat dilakukan untuk berbagai nyeri yang ditimbulkan dari stimulus lain.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada kepala Puskesmas Sindang Indramayu, bidan desa, BPM wilayah kerja Puskesmas Sindang serta pasien di wilayah Puskesmas Sindang atas kerjasama selama penelitian.

## Daftar Pustaka

1. Hamrani S. Pengaruh pijat oksitosin terhadap ibu postpartum yang mengalami persalinan lama di Rumah sakit kabupaten klaten. Univ Andalas. 2014;2(1):20–3.
2. Maryuni A. Asuhan pada ibu dalam masa nifas. Jakarta: Trans Info Media; 2009.
3. Farrer H. Perawatan maternitas. 2nd ed. Jakarta: EGC; 2011.
4. Andarmoyo S S. Persalinan tanpa nyeri berlebih. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media; 2013.

5. Mander R. Nyeri persalinan. Jakarta: EGC; 2009.
6. Wahjuni ES. Efek teknik effleurage massage terhadap penurunan rasa nyeri pada ibu bersalin. Univ malang. 2012;1(2):40–5.
7. Reeder S, Martin L, Griffin D. Keperawatan maternitas. 18th ed. Jakarta: EGC; 2011.
8. Vixner L, Schytt E, Martensson LB. Associations between maternal characteristics and women's responses to acupuncture during labour: a secondary analysis from a randomised controlled trial. *Acupunct Med*. 2017;35(3):180–8.
9. Ambarwati. Asuhan kebidanan nifas. Yogyakarta: Mitra Cendikia;
10. Fritz, Sandy. Fundamentals of therapeutic massage fourth edition. USA: Mosby Elseiver; 2009.
11. Gondo HK. pendekatan non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri saat persalinan. *Fak Kedokt Wijaya kusuma Surabaya*. 2011;2(2):138–85.
12. Sheoran P, Panchal R. A Study to Assess the Effectiveness of Abdominal Effleurage on Labor Pain Intensity and Labour Outcomes Among Nullipara Mothers During 1 st Stage of Labor In Selected Hospitals of District. *Int J Sci Res*. 2015;4(1):1585–90.

# EFEKTIFITAS WAKTU PERUBAHAN POSISI TIDUR TERHADAP KEJADIAN DEKUBITUS PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT X KABUPATEN INDRAMAYU

**Wayunah**

Program Profesi Ners, STIKes Indramayu  
email: ayoun\_plumbon@yahoo.com

## ABSTRAK

Stroke merupakan penyakit yang menyebabkan deficit neurologis, sampai terjadi penurunan kesadaran sehingga terjadi ketidakmampuan dalam mobilisasi. Perawatan pasien stroke yang lama dapat menyebabkan terjadinya dekubitus. Tindakan keperawatan untuk mencegah terjadinya dekubitus adalah dengan perubahan posisi tidur. Waktu perubahan posisi tidur yang direkomendasikan adalah setiap 2 jam. Namun tidak semua rumah sakit memberlakukannya. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui efektivitas perubahan posisi tidur pada pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran.

Sampel dalam penelitian ini sebanyak 16 pasien stroke dimana terbagi menjadi 2 kelompok yaitu 8 pasien kelompok intervensi dan 8 pasien kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi dilakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam, sedangkan pada kelompok kontrol setiap 4 jam sesuai dengan SOP rumah sakit.

Hasil menunjukkan ada perbedaan kejadian dekubitus pada kelompok pasien yang dilakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam dengan kelompok pasien yang dilakukan perubahan posisi tidur setiap 4 jam ( $p=0,021$ ;  $\alpha = 0,05$ ), artinya perubahan posisi tidur setiap 2 jam efektif mencegah terjadinya dekubitus. Saran ditujukan untuk rumah sakit agar menerapkan SOP perubahan posisi tidur setiap 2 jam pada semua pasien yang memiliki risiko dekubitus.

**Kata kunci** : dekubitus, posisi tidur, stroke

## PENDAHULUAN

Stroke atau dikenal dengan penyakit cedera serebrovaskuler (CVA) adalah suatu kondisi dimana fungsi otak terganggu akibat terhentinya suplai darah menuju otak. Stroke stroke menyebabkan deficit neurologic yang menimbulkan kehilangan kemampuan motoric. Gejala yang khas pada penderita stroke adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) atau hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh (Black and Hawk, 2009; Smeltzer & Bare 2002).

Serangan stroke bersifat mendadak dan menimbulkan gejala sesuai dengan bagian otak yang terkena. Selain itu stroke juga dapat mengakibatkan pasien mengalami gangguan

mobilisasi (Sari, 2007). Akibatnya pasien dapat mengalami dekubitus.

Dekubitus adalah luka akibat tekanan. Dekubitus dapat terjadi dalam waktu 3 hari sejak terpaparnya kulit akan tekanan. Hal ini dapat dipengaruhi karena penurunan mobilitas akibat penurunan kesadaran, seperti yang terjadi pada pasien stroke (Braden et al, 1987; Sari, 2007; Bryant, 2016).

Menurut NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) (1996), dekubitus dibagi menjadi empat stadium yaitu stadium satu yang ditandai adanya perubahan kulit yang masih ringan, sampai stadium 4 yang ditandai hilangnya seluruh lapisan kulit, disertai dengan nekrosis jaringan yang luas.

Menurut Yarkony (1994) mengatakan bahwa perkiraan pasien yang dirawat di rumah sakit menderita dekubitus antara 3 – 14 %. Akibat terjadinya dekubitus menyebabkan penderita mengalami ketidaknyamanan, serta menambah panjang waktu perawatan. (NPUAP, 1989).

Perubahan posisi tidur merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan yang sangat tidak asing dan ditetapkan dalam rangka pencegahan dekubitus khususnya pada pasien stroke. (Berman, Snyder, Koziar dan Erb, 2009). Tindakan pencegahan dekubitus pada pasien stroke dapat dilakukan dengan pemberian perubahan posisi tidur. Pengaturan posisi tersebut membutuhkan teknik-teknik tertentu agar tidak menimbulkan masalah dekubitus yang baru (Perry dan Potter, 2005)

Posisi tidur yang dapat mengurangi tekanan pada area trokanter adalah dengan posisi miring 30 derajat (Colin, 1996 dalam NPUAP, 1996). Posisi miring 30 derajat dengan mengatur posisi kepala tempat tidur ditinggikan sampai dengan 30 derajat dan posisi badan pasien dimiringkan sebesar 30 derajat dengan disanggah menggunakan bantal busa. Posisi ini terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sakral (NPUAP, 1996). Aplikasi dari posisi miring 30 derajat ini cukup dapat dilakukan oleh perawat, mengingat tidak diperlukan energi yang besar untuk memiringkan pasien.

Perubahan posisi tidur dilakukan dengan interval waktu 1,5 sampai 2 jam. Hal tersebut mungkin dapat mencegah terjadinya dekubitus. Rekomendasi perubahan posisi tidur pasien

minimal setiap 2 jam (Perry & Potter, 2005). Sementara itu prosedur perubahan posisi tidur pada pasien stroke di Rumah Sakit X Kabupaten Indramayu adalah setiap 4 jam. Namun dalam pelaksanaannya seringkali dilakukan hanya miring kanan dan miring kiri dengan waktu yang tidak terkontrol.

Data pasien stroke yang dirawat di Rumah X Kabupaten Indramayu tahun 2012 sebanyak 252, dan diketahui sebanyak 9 pasien (3,7 %) mengalami dekubitus. Hal ini tidak sesuai dengan yang diharapkan pemerintah bahwa Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007) menetapkan target sasaran mutu dimana pasien tidak menjadi dekubitus harus 0% (Rekam Medik Rumah Sakit X Indramayu, 2013).

## **METODE PENELITIAN**

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui efektifitas perubahan posisi tidur setiap 2 jam dengan 4 jam terhadap kejadian dekubitus pada pasien stroke di RS Bhayangkara Indramayu. Desain penelitian yang digunakan adalah Quasi-experimental with control group. Penelitian ini terdiri dari dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Intervensi yang dilakukan adalah pemberian posisi tidur miring 30 derajat. Kelompok intervensi dilakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam, sedangkan kelompok kontrol dilakukan perubahan posisi tidur setiap 4 jam.

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien stroke yang dirawat di stroke unit dan ICU Rumah Sakit X Kabupaten Indramayu pada

bulan Februari 2015 dengan rata-rata 21 pasien setiap bulannya.. Besar sampel menggunakan uji hipotesis terhadap 2 proporsi (Ariawan, 2003). Berdasarkan rumus tersebut didapatkan besar sampel 28 responden yang dibagi menjadi 2 kelompok masing-masing 14 responden. Namun pada pelaksanaannya hanya tercapai 16 responden yaitu 8 orang kelompok intervensi dan 8 orang kelompok kontrol. Hal tersebut terjadi karena saat dilaksanakan penelitian ada beberapa responden yang tidak dilakukan perubahan posisi tidur sesuai dengan waktu yang sudah ditentukan, oleh karena itu sebanyak masing-masing 6 responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol gugur.

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan SOP perubahan posisi tidur dimana instrument didalamnya menggunakan skala NPUAP. Prosedur penelitian diawali dengan menentukan responden (pasien stroke) sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dimana pembagian kelompok ditentukan berdasarkan ruang perawatan. Responden yang masuk ke dalam kelompok intervensi adalah pasien stroke yang dirawat di ruang stroke unit, sedangkan yang masuk ke dalam kelompok kontrol adalah pasien stroke yang dirawat di ruang ICU.

Penilaian dekubitus dengan skala NPUAP dilakukan sebelum intervensi dan setelah intervensi perubahan posisi tidur. Pada kelompok intervensi dilakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam, sedangkan pada kelompok kontrol intervensi dilaksanakan perubahan posisi tidur setiap 4 jam sesuai dengan protap yang ada di RS X Kabupaten Indramayu.

Intervensi dilakukan selama masing-masing 5 hari. Setiap hari dilakukan pengamatan kondisi kulit responden untuk melihat ada tidak nya dekubitus.

Saat penelitian melibatkan 3 orang asisten peneliti, dimana sudah dilakukan uji interrater dengan nilai koefisien Kappa > 0,6 (CI 95%) . Asisten peneliti yang diambil dalam penelitian ini merupakan perawat ruangan dengan tingkat pendidikan minimal D III keperawatan dengan masa kerja di ruang ICU atau Stroke Unit minimal 3 tahun.

Analisis data menggunakan univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk menganalisa data karakteristik pasien, dan derajat dekubitus. Sedangkan analisa bivariat digunakan untuk melihat pengaruh perubahan posisi tidur terhadap kejadian dekubitus dengan alpha adalah 5%. (Hastono, 2007). Analisa data bivariate menggunakan uji T dependent dan T independent.

Pertimbangan etika penelitian digunakan untuk memastikan bahwa responden dilindungi hak azasi dan kesejahteraannya selama proses penelitian, peneliti berusaha menjaga aspek-aspek etik dengan memperhatikan aspek right of self determination, right to privacy and dignity, right to anonymity and confidentiality, right to fair treatment dan right to protection from discomfort and harm protection from discomfort (Nursalam, 2013; Polit & Hungler, 2005).

## **HASIL PENELITIAN**

Penelitian dilaksanakan di Ruang Stroke Uni dan ICU RS X Kabupaten Indramayu pada bulan Februari sampa bulan Maret 2014.

Jumlah sampel sebanyak 16 responden, masing-masing 8 responden kelompok intervensi dan 8 responden kelompok kontrol.

### 1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berdasarkan karakteristik umur pada kelompok intervensi responden berumur rata-rata 58,6 tahun, sedangkan di kelompok kontrol responden berumur rata-rata 63,6 tahun. Berdasarkan jenis kelamin responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki distribusi yang sama

antara laki-laki dan perempuan, dimana masing-masing 50 % laki-laki dan 50 % perempuan.

### 2. Kejadian Dekubitus

Intervensi yang dilakukan pada kelompok intervensi adalah dilakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam, sedangkan pada kelompok kontrol dilakukan perubahan posisi tidur setiap 4 jam.

Gambaran kejadian dekubitus pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan perubahan posisi adalah sebagai berikut:

**Tabel 1.**

**Kejadian Dekubitus setelah Dilakukan perubahan posisi tidur**

No	Kelompok	Tidak Dekubitus		Dekubitus		Jumlah	Persentase (%)
		Jml	%	Jml	%		
1	Intervensi (2 jam)	8	100,0	0	0,0	8	100,0
2	Kontrol (4 jam)	3	37,5	5	62,5	8	100,0

Berdasarkan tabel 1 di atas diketahui dari 8 responden yang dilakukan perubahan posisi setiap 2 jam (kelompok intervensi) diketahui sebanyak 100% tidak dekubitus. Sedangkan dari 8 responden yang dilakukan perubahan posisi setiap 4 jam (kelompok kontrol) diketahui sebanyak 5 (62,5%) mengalami dekubitus. Penilaian dekubitus tersebut sesuai dengan ditemukannya tanda dekubitus dari derajat 1 sampai derajat 4.

#### a. Perbedaan Kejadian Dekubitus Pada Kelompok Intervensi

Perbedaan kejadian dekubitus pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam dapat dilihat pada tabel 2 sebagai berikut:

**Tabel 2**

**Perbedaan Kejadian Dekubitus pada Kelompok Intervensi Sebelum dan Sesudah dilakukan Perubahan Posisi Tidur**

Kelompok	Mean	SD	n
Sebelum intervensi	0,00	0,000	8
Setelah intervensi	<b>0,00</b>	<b>0,000</b>	

Berdasarkan tabel 2 diketahui rata-rata kejadian dekubitus sebelum dilakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam adalah 0,00 dengan SD 0,000 (artinya tidak ada dekubitus). Sedangkan rata-rata kejadian dekubitus setelah perubahan posisi tidur 2 jam adalah 0,00 dengan SD 0,000 ((artinya tidak ada dekubitus).

#### b. Perbedaan Kejadian Dekubitus Pada Kelompok Kontrol

Perbedaan kejadian dekubitus pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan posisi tidur setiap 2 jam dapat dilihat pada tabel 3 sebagai berikut:

**Tabel 3**  
**Perbedaan Kejadian Dekubitus pada Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah dilakukan Perubahan Posisi Tidur**

Kelompok	Mean	SD	n
Sebelum intervensi	0,00	0,000	8
Setelah intervensi	<b>0,88</b>	<b>0,835</b>	

Berdasarkan tabel 3 diketahui rata-rata kejadian dekubitus sebelum dilakukan perubahan posisi tidur setiap 4 jam adalah 0,00 dengan SD 0,000, dan rata-rata kejadian

dekubitus setelah perubahan posisi tidur 4 jam adalah 0,88 dengan SD 0,835 (artinya ada kejadian dekubitu dengan rata-rata derajat dekubitus sebesar 0,88 (derajat dekubitus berdasarkan NPUAP (1995 dalam Potter & Perry, 2005) ada pada derajat 1 sampai dengan derajat 4).

### 3. Analisis Bivariat

Hasil analisa perbedaan kejadian dekubitus pada kelompok pasien yang diberikan intervensi perubahan posisi tidur setiap 2 jam dengan kelompok pasien yang diberikan perubahan posisi tidur setiap 4 jam dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

**Tabel 4**  
**Hasil Uji Statistik Pengaruh Perubahan Posisi Tidur terhadap Kejadian Dekubitus di RS X Kabupaten Indramayu**

Kelompok	N	Mean	SD	SE	P Value
Intervensi (sesudah perubahan posisi tidur setiap 2 jam)	8	0,00	0,000	0,000	0,021
Kontrol (sesudah perubahan posisi tidur setiap 4 jam)	8	0,88	0,835	0,295	

Berdasarkan tabel 4 di atas diketahui rata-rata kejadian dekubitus pada kelompok intervensi sesudah dilakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam sekali adalah 0,00 dengan standar deviasi 0,000. Sedangkan pada kelompok kontrol sesudah dilakukan perubahan posisi tidur setiap 4 jam sekali rata-rata kejadian dekubitusnya adalah 0,88 dengan standar deviasi 0,835.

Hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,021, berarti P value < alpha (alpha = 5 %),

artinya ada perbedaan yang signifikan kejadian dekubitus pada kelompok intervensi sesudah dilakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam dibandingkan dengan kelompok kontrol sesudah dilakukan perubahan posisi tidur setiap 4 jam.

### PEMBAHASAN

Menurut National pressure Ulcer Advisory panel (NPUAP) (1989) mengatakan dekubitus merupakan nekrosis jaringan lokal yang cenderung terjadi ketika jaringan lunak

tertekan diantara tonjolan tulang dengan permukaan eksternal dalam jangka waktu lama. Hal ini terjadi karena adanya gangguan mikrosirkulasi jaringan lokal dan mengakibatkan hipoksia jaringan. Kerusakan jaringan terjadi ketika tekanan mengenai kapiler yang cukup besar dan menutup kapiler tersebut. Tekanan pada kapiler merupakan tekanan yang dibutuhkan untuk menutup kapiler misalnya jika tekanan melebihi tekanan kapiler normal yang berada pada rentang 16 sampai 32 mmHg.

Dekubitus terjadi apabila pasien tidak dilakukan mobilisasi selama 6 jam. Dekubitus harus segera ditangani secara khusus untuk mencegah komplikasi morbiditas dan mortalitas. Menurut Compas (2010), komplikasi tidak hanya berdampak pada masalah fisik, tapi juga psikologis, ekonomi dan sosial.

Imobilisasi merupakan manifestasi pada pasien dengan gangguan neurologis seperti stroke. Pada pasien stroke ditandai dengan adanya perubahan gangguan fungsi motoric (Berman, et al., 2009). Tindakan pencegahan dekubitus pada pasien stroke harus dilakukan sedini mungkin dan secara terus menerus. salah satunya adalah dengan memberikan perubahan posisi tidur yang benar (Smelzer dan Bare, 2002). Pengaturan posisi bukan semata-mata merubah posisi pasien berubah dari posisi sebelumnya, melainkan membutuhkan teknik-teknik tertentu agar tidak menimbulkan masalah dekubitus yang baru (Perry dan Potter, 2005).

NPUAP (1996) memberikan rekomendasi untuk mengatur posisi tidur dalam posisi "role of 30" dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan samapai 30 derajat dan posisi badan

pasien dimiringkan sebesar 30 derajat dengan disanggah menggunakan bantal busa. Posisi ini terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sacral.

Berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat bahwa responden pada kelompok Intervensi dari 8 responden yang mengalami kejadian dekubitus adalah 0 (0%) responden. Sedangkan pada kelompok kontrol dari 8 responden didapatkan responden yang mengalami kejadian dekubitus adalah 5 (62,5 %) responden.

Intervensi perawatan untuk mencegah terjadinya luka tekan pada pasien yang teridentifikasi berisiko merupakan kewajiban perawat. Upaya ini dilakukan sedini mungkin sejak pasien teridentifikasi berisiko (Berman, et al., 2008). Terkait dengan intervensi keperawatan untuk pencegahan luka tekan, Potter & Perry (2005) menyatakan ada 3 area intervensi keperawatan utama dalam pencegahan Dekubitus yakni (pertama) perawatan kulit yang meliputi perawatan hygiene dan pemberian topikal, (kedua) pencegahan mekanik dan dukungan permukaan yang meliputi penggunaan tempat tidur, pemberian posisi dan kasur terapeutik dan (ketiga) edukasi.

Tugas perawat di Indonesia, terikat oleh kode etik profesi dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya harus bersumber pada kebutuhan pasien. Selain itu harus mengutamakan perlindungan dan keselamatan pasien serta matang dalam dalam mempertimbangkan kemampuan jika menerima atau mengalih tugaskan tanggung

jawab yang ada hubungannya dengan keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian rata-rata kejadian dekubitus sesudah perubahan posisi tidur 2 jam sekali didapatkan 0,00 dengan standar deviasi 0,000, sedangkan rata-rata kejadian dekubitus pada pengukuran setelah perubahan posisi tidur 4 jam sekali adalah 0,88 dengan standar deviasi 0,835. Hasil uji statistik lanjut didapatkan p value sebesar 0,021 (alpha 5 %), jadi dapat disimpulkan ada perbedaan rata-rata kejadian dekubitus pada kelompok pasien yang dilakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam dengan kelompok pasien yang dilakukan perubahan posisi tidur setiap 4 jam.

Hasil penelitian ini menunjukkan ada pengaruh perubahan posisi tidur dengan kejadian dekubitus. Atau dapat disimpulkan bahwa pemberian posisi tidur setiap 2 jam lebih efektif dibandingkan dengan pemberian posisi tidur setiap 4 jam pada pasien stroke di RS X Kabupaten Indramayu.

Pasien stroke memiliki resiko yang tinggi akan kerusakan jaringan kulit oleh karena perubahan sensasi yang dialami dan ketidakmampuan merespon adanya tekanan dan ketidaknyamanan saat dimiringkan maupun dipindahkan. Itulah sebabnya untuk mencegah terjadinya kerusakan kulit dan jaringan dibawahnya membutuhkan pengkajian yang sering terlebih lagi pada daerah yang terdapat tonjolan tulang yang menjadi tumpuan dari tubuh. Selanjutnya memberikan posisi miring kiri dan kanan yang teratur dan terjadwal dilakukan untuk mencegah kerusakan kulit.

Pengaturan posisi tidur merupakan komponen yang paling berharga dari pencegahan Dekubitus dan hendaknya dilakukan seefektif dan seefisien mungkin (Young, 2004). Lebih lanjut, Young (2004) mengatakan bahwa pengaturan posisi tidur adalah teknik reposisi untuk membebaskan adanya tekanan dan mencegah kontak dengan kulit yang dapat mengakibatkan luka tekan pasien dengan cara menempatkan tubuh pasien persis ditengah tempat tidur, dengan menggunakan bantal untuk menyanggah kepala dan leher. Selanjutnya menempatkan satu bantal pada sudut antara bokong dan matras, dengan cara miringkan panggul. Bantal yang berikutnya ditempatkan memanjang diantara kedua kaki.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Defloor (2005) yang pernah meneliti sepuluh posisi yang berbeda-beda saat pasien diatas tempat tidur, didapatkan bahwa tekanan yang paling minimal dicapai saat diposisikan miring. Maklebus dalam "rule of 30" dimana posisi kepala tempat tidur ditinggikan sampai dengan 30 derajat dan posisi badan pasien dimiringkan dapat disanggah dengan bantal busa. Posisi ini terbukti untuk menjaga posisi pasien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sakral (NPUAP, 1996).

Hal ini juga didukung oleh penelitian oleh Vanderwee (2007), dimana luka tekan pada area trokanter dan sacral dapat dieliminir dengan memiringkan pasien posisi secara teratur dan menyanggahnya dengan matras yang sangat lembut. Atas dasar ini peneliti berpendapat kondisi ini dapat memicu berkembangnya luka tekan, meskipun hal ini tidak terukur namun

proses komunikasi non verbal dan interaksi selama penelitian dengan responden saat melakukan perubahan posisi menyiratkan hal tersebut. Perawat seharusnya melakukan intervensi perubahan posisi tidur setiap 2 jam pada pasien yang mengalami gangguan mobilisasi terutama pada pasien stroke.

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh tingkat depresi terhadap kejadian maupun perkembangan luka tekan. Tujuan utama pemberian asuhan keperawatan adalah bagaimana memenuhi kebutuhan dasar individu dan mampu memberikan solusi yang tepat atas tidak terpenuhinya kebutuhan dasarnya. Hal ini bisa tercapai apabila perawat mampu berempati terhadap pasien yang dihadapinya. Pada pasien stroke, mereka tidak mampu mengkomunikasikan secara sempurna kemauan, sikap, dan tindakannya. Perawat hendaknya lebih empati atas keterbatasan yang dimiliki pasien meskipun pasien tidak mampu untuk menyampaikannya. Dalam kondisi imobilisasi, sebaiknya perawat lebih peka menilai kebutuhan perubahan posisi pasien. Dengan motivasi dan inisiatif, perawat dapat merancang intervensi yang tepat sesuai dengan tampilan kondisi pasien.

## **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian Efektifitas Perubahan posisi tidur terhadap kejadian dekubitus di RS X Kabupaten Indramayu, dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan kejadian dekubitus pada pasien yang diberikan perubahan posisi tidur tiap 2 jam dengan pasien yang diberi perubahan posisi tidur tiap 4 jam

(selisih 0,88). Artinya perubahan posisi tidur tiap 2 jam lebih efektif mencegah dekubitus dibanding perubahan posisi tidur tiap 4 jam (p value 0,021; 95 % CI).

## **SARAN**

Saran ditujukan kepada rumah sakit agar menerapkan SOP perubahan posisi tidur setiap 2, serta menyediakan fasilitas yang diperlukan untuk pelaksanaan perubahan posisi tidur, seperti bantal dan tempat tidur yang tersandar. Selain itu kepada perawat pelaksana agar melakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam kepada pasien yang mengalami gangguan mobilisasi, khususnya pada pasien stroke.

Saran bagi perawat untuk melakukan pengkajian risiko luka tekan terlebih dahulu pada setiap pasien, terutama pada pasien stroke, sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan sejak dini. Dan saran untuk peneliti selanjutnya adalah dalam menerapkan hasil penelitian ini dengan jumlah responden yang lebih banyak lagi.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ariawan, I. (2003). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Depok. FKM UI.
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., dan Erb, G. (2009). *Kozier & Erb. Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Jakarta: EGC
- Black, M.J. & Hawk, H.J. (2009). *Medical surgical nursing: clinical management for positive outcome*, Elsevier, Singapura.
- Braden, B., et al. (1987). *A Conceptual Scheme for The Study of Etiology of Pressure Sores*. Rehabil Nurs. Jan – Feb.

- Bryant, R. (2016). *Acute and Chronic Wound*. Elsevier
- Defloor, T., et al. (2005). The Effect of Various Combinations of Turning and Pressure Reducing Devices on The Incidence of Pressure Ulcers. *Int J Nurs Stud*.
- Depkes RI (2007). *Standar Pelayanan Unit Stroke*. Jakarta: Depkes RI
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*, Jakarta: FKM UI.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (1989). *Pressure Ulcer: incidence, economics, risk assessment. Consensus Development Conference Statemen*
- \_\_\_\_\_. (1996). *Quick Reference Guide*. Retrieved from [www.npuap.org/guidlines](http://www.npuap.org/guidlines) on February 2, 2010
- Perry, A. G., dan Potter, P. A. (2005) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Smeltzer, S., C., Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth. Jakarta : EGC
- Vanderwee, K. (2007). Effectiveness of Turning with Uniquial Time Intervals on The Incidence of Pressure Ulcer Lesions. *J Adv Nurs*.
- Yarkony, GM. (1994). Pressure Ulcer: a review. *Arch Phys Med Rehabi*. 75(8): 908-917
- Young (2004). The 30 ° Tilt Position vs the 90° Lateral and Supine Position in Reducing The Incidence of Non Blancing Erythema in Hospital Inpatient Population. *Journal of Tissue Viability*. Vol 14 Nomor 3.

# KARAKTERISTIK IBU YANG MELAHIRKAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI PUSKESMAS WILAYAH PANTURA KABUPATEN INDRAMAYU TAHUN 2017

Meran Dewina<sup>1\*</sup>, Nanda Yansih Putri<sup>2\*</sup>, Heri Sugiarto<sup>3\*</sup>  
Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indramayu

## ABSTRAK

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di banyak negara karena dianggap menjadi salah satu faktor penyebab kematian bayi. BBLR juga dapat berdampak serius terhadap kualitas generasi mendatang karena dapat memperlambat pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga berpengaruh terhadap penurunan kecerdasan. Masalah BBLR di Indramayu masih menjadi sorotan yang serius, dimana kejadian BBLR sangat tinggi, salah satu faktor penyebabnya yaitu faktor dari ibu. Tujuan Penelitian ini adalah Untuk mengetahui Karakteristik ibu yang melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Jenis penelitian adalah Deskriptif, yaitu menggambarkan karakteristik ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas wilayah Pantura Kabupaten Indramayu tahun 2017. Sampel dalam penelitian ini adalah total sampel yaitu seluruh rekam medik dari ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas wilayah Pantura Kabupaten Indramayu sebanyak 43 kasus. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, yaitu data yang didapat dari Puskesmas di wilayah Pantura Kabupaten Indramayu tahun 2017 yaitu Puskesmas Kandanghaur, Puskesmas Sukra, dan Puskesmas Kertawinangun.

Hasil Penelitian ini didapatkan bahwa karakteristik ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR di Puskesmas Wilayah Pantura Kabupaten Indramayu, adalah sebagian besar dari seluruh responden berumur 20-35 tahun (65,1%), sebagian besar tingkat pendidikan SD (44,2%). sebagian besar jumlah kelahiran (paritas) adalah multigravida (55,8%), sebagian besar usia kehamilannya adalah preterm (65,1%), sebagian besar penyebabnya adalah tidak diketahui penyebabnya (55,8%).

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa melahirkan bayi dengan BBLR di Puskesmas Wilayah Pantura Kabupaten Indramayu, adalah berumur 20-35 tahun, memiliki tingkat pendidikan SD, status paritas multigravida, dengan usia kehamilan preterm, dan tidak diketahui penyebabnya.

**Kata kunci** : karakteristik, ibu melahirkan, BBLR.

**Korespondensi** : Meran Dewina, Program Studi Diploma Tiga Kebidanan STIKes Indramayu, Jl. Wirapati, Sindang, Indramayu. Telp. (0234) 272020, Hp.087828739377, Email.meran.dewina87@gmail.com

## PENDAHULUAN

Tingginya angka kematian ibu dan bayi di Indonesia masih menjadi permasalahan. sebagian besar disebabkan oleh timbulnya penyulit persalinan yang tidak dapat segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu. Faktor waktu dan transportasi merupakan hal yang sangat menentukan dalam merujuk kasus risiko tinggi. Melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur merupakan tindakan yang paling tepat dalam

mengidentifikasi secara dini sesuai dengan risiko yang disandang oleh ibu hamil. Selain itu Angka kematian bayi menjadi indikator utama dalam menentukan derajat kesehatan anak, karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini. Secara statistik, angka kesakitan dan kematian pada neonatus di negara berkembang adalah tinggi, dengan penyebab utama adalah berkaitan dengan BBLR.

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di banyak negara karena dianggap menjadi salah satu faktor penyebab kematian bayi. BBLR juga dapat berdampak serius terhadap kualitas generasi mendatang karena dapat memperlambat pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga berpengaruh terhadap penurunan kecerdasan. (Pramono, 2011)

Selain itu Kejadian berat bayi lahir rendah (BBLR) merupakan indikator kesehatan masyarakat karena erat hubungannya dengan angka kematian, kesakitan dan kejadian kurang gizi dikemudian hari, salah satunya adalah permasalahan status gizi pendek (stunting). (Rosha, 2013)

BBLR merupakan bayi lahir dengan berat kurang dari 2500 gram. Penetapan angka tersebut berkaitan dengan pertumbuhan janin yang sesuai dengan masa gestasi (usia kehamilan yang normal). Menurut WHO, di seluruh dunia lahir sekitar 20 juta bayi dengan berat lahir rendah dan 19 juta di antaranya lahir di beberapa Negara berkembang dengan angka insiden antara 11% sampai 31% (Istiarti, 2000). Pada negara berkembang keadaan ini diperburuk oleh kekurangan nutrisi dalam kehamilan yang berdampak pada defisiensi nutrisi mikro seperti anemia yang dapat berakibat fatal pada ibu hamil dan bayi baru lahir. (Pramono, 2009)

Berdasarkan Survey Demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian Ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini

meningkat yang semula 228 per 100.000 kelahiran hidup pada SDKI tahun 2007. Penyebabnya adalah komplikasi pada masa hamil, bersalin dan nifas atau kematian yang disebabkan oleh suatu tindakan atau satu berbagai hal yang terjadi akibat tindakan tersebut yang dilakukan selama hamil, bersalin dan nifas, seperti perdarahan, tekanan darah yang tinggi saat hamil (eklamsia), infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran. (www.depkes.go.id)

Sedangkan menurut SDKI tahun 2012 Angka Kematian Bayi di Indonesia (AKB) yaitu 32 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan adanya penurunan yang sebelumnya 34 per 1000 kelahiran hidup pada SDKI tahun 2007, meskipun tidak signifikan. Hal ini dipengaruhi beberapa faktor. Sehingga masih belum tercapainya target MDGs yaitu menurunkan AKB menjadi 23 per kelahiran hidup pada tahun 2015. (www.depkes.go.id)

Propinsi Jawa Barat adalah salah satu propinsi yang padat akan penduduknya setelah ibu kota DKI Jakarta, dimana Propinsi Jawa Barat ini juga menyumbang AKI dan AKB yang cukup tinggi. Kabupaten Indramayu menduduki peringkat 3 besar penyumbang kematian ibu dan bayi. Di Kabupaten Indramayu Jumlah kematian ibu dan bayi masih tinggi. Hal ini dibuktikan dari data dinas kesehatan Kabupaten Indramayu bahwa jumlah kematian Ibu di Indramayu yang semula berjumlah 57 pada tahun 2015 meningkat menjadi 60 kematian ibu ditahun 2016. Sedangkan jumlah kematian bayi pada tahun 2015 yaitu 253 kematian, meningkat

ditahun 2016 menjadi 314 kematian bayi. ([www.dinkesindramayu.go.id](http://www.dinkesindramayu.go.id))

Penyebab kematian ibu di Kabupaten Indramayu tahun 2016, yaitu karena hipertensi kehamilan sebanyak 24 kasus, perdarahan 14 kasus, gangguan sistem peredaran darah 11 kasus, infeksi 5 kasus, sepsis 2 kasus dan lain-lain 4 kasus. Sedangkan penyebab kematian bayi yaitu karena BBLR 139, asfiksia 64, sepsis 18, kelainan bawaan 31, pnemonia 8, diare 1, lain-lain 53. Permasalahannya adalah pada tahun 2015 jumlah kematian bayi akibat BBLR di Indramayu yaitu sebanyak 89 sedangkan di tahun 2016 meningkat menjadi 139. ([www.dinkes Indramayu.go.id](http://www.dinkes Indramayu.go.id))

Masalah BBLR di Indramayu masih menjadi sorotan yang serius, dimana salah satu faktor BBLR yaitu faktor dari ibu yang mengalami komplikasi kehamilan, seperti anemia sel berat, perdarahan antepartum, hipertensi, preeklampsia berat, eklampsia, infeksi selama kehamilan (infeksi kandung kemih dan ginjal). Selain itu ibu yang menderita penyakit seperti malaria, infeksi menular seksual(IMS), HIV/AIDS, malaria, TORCH. (Rukiyah, 2012)

Kabupaten Indramayu secara kumulatif dari tahun 1993 hingga September 2015 terdapat 1.908 kasus HIV/AIDS. Kasus HIV/AIDS di Kabupaten Indramayu memang masih cukup tinggi, setelah Kabupaten Bandung. Dari jumlah tersebut, rata-rata menyerang usia produktif yaitu antara usia 20 sampai 29 tahun. Sementara penyebarannya sebagian besar melalui hubungan seksual. ([www.radarcirebon.com](http://www.radarcirebon.com))

Hal ini juga berdampak terhadap tingginya angka kematian ibu dan bayi, terutama angka kematian bayi di Indramayu. Berdasarkan hasil pemeriksaan sebanyak 60% ibu hamil yang diperiksa ternyata menderita infeksi menular seksual (IMS). Namun setelah melalui pengobatan, mampu menurunkan angka kematian bayi secara drastis. Sehingga pemeriksaan ibu hamil secara rutin sangat penting, untuk mengetahui kondisi ibu hamil dan bayi yang dikandungnya. ([www.radarcirebon.com](http://www.radarcirebon.com))

Kasus HIV/AIDS terungkap berdasarkan hasil penelitian laboratorium melalui sistem pelayanan infeksi menular seksual (IMS plus) di beberapa puskesmas dan rumah sakit di Kabupaten Indramayu yang memiliki sistem layanan IMS plus. Penderita HIV/AIDS, sudah mencakup hampir semua kalangan, mulai dari pelajar, pegawai negeri sipil, ibu rumah tangga, dan yang lainnya. ([www.radarcirebon.com](http://www.radarcirebon.com))

Berdasarkan data tersebut kasus Hipertensi kehamilan dan BBLR merupakan kasus terbesar yang menyebabkan kematian Ibu dan Bayi di Indramayu, selain itu HIV/AIDS dan IMS juga banyak terdeteksi pada ibu terutama di wilayah pantura kabupaten Indramayu. Hal ini merupakan masalah yang perlu diteliti apakah ada hubungannya antara BBLR dengan riwayat kesehatan ibu, oleh karena itu penulis ingin mengetahui karakteristik ibu hamil yang melahirkan BBLR.

Berdasarkan referensi, Penyakit Hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau

pada permulaan persalinan, hipertensi dalam kehamilan menjadi penyebab penting dari kelahiran mati dan kematian neonatal. Ibu dengan hipertensi akan menyebabkan terjadinya hipoksia sehingga pertumbuhan janin terhambat dan sering terjadi kelahiran prematur. Hipertensi pada ibu hamil merupakan gejala dini dari preeklamsi, eklamsi dan penyebab gangguan pertumbuhan janin sehingga menghasilkan berat badan lahir rendah. (Rukiyah, 2012)

Hipertensi kehamilan merupakan penyakit yang dipicu oleh beberapa faktor diantaranya riwayat hipertensi (sebelum hamil). Sedangkan prognosisnya adalah jika disertai protein urine positif dan adanya edem di muka, tangan dan kaki (ekstremitas) maka ini sudah menjadi preeklamsi (penyakit kehamilan) jika preeklamsi menjadi berat maka berbahaya baik bagi ibu maupun janin, sehingga tidak jarang dilakukan terminasi kehamilan disaat usia kehamilan belum matang. Hal ini tentu menyebabkan bayi BBLR. Penyebab lain BBLR yaitu gizi yang kurang saat hamil, umur ibu, paritas, jarak kehamilan dan persalinan yang terlalu dekat, penyakit asma yang diderita oleh ibu, infeksi saluran kemih, serta gaya hidup ibu.

Sehubungan dengan hal itu Kabupaten Indramayu merupakan salah satu kabupaten di wilayah pantura yang memiliki potensi terpengaruh budaya luar yang berdampak pada gaya hidup dan pola makan masyarakat Indramayu. Sehingga Indramayu masyarakat Indramayu beresiko tinggi terhadap IMS dan penyakit Hipertensi tidak terkecuali pada ibu hamil. Didukung oleh penelitian Mayumi pada tahun 2015 bahwa pola makan masyarakat

Indramayu yaitu mengandung kadar garam yang tinggi seperti nasi lengko, baso, dan ikan asin, sehingga makanan ini memicu penyakit hipertensi. (Mayumi 2015).

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis ingin meneliti dengan judul penelitian "Karakteristik ibu yang melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Puskesmas Wilayah Pantura Kabupaten Indramayu tahun 2017".

## **METODOLOGI PENELITIAN**

Rancangan Penelitian ini menggunakan jenis penelitian Deskriptif, yaitu menggambarkan karakteristik ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas wilayah Pantura Kabupaten Indramayu tahun 2017. Variabel dalam penelitian ini adalah karakteristik ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Wilayah Pantura Kabupaten Indramayu yang meliputi umur ibu, tingkat pendidikan ibu, status paritas, usia kehamilan. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, yaitu data yang didapat dari Puskesmas di wilayah Pantura Kabupaten Indramayu tahun 2017 yaitu Puskesmas Kandanghaur, Puskesmas Sukra, dan Puskesmas Kertawinangun. Populasi pada penelitian ini adalah ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Wilayah Pantura Kabupaten Indramayu tahun 2017 sejumlah 43 kasus. Sampel dalam penelitian ini adalah total sampel. Waktu penelitian adalah bulan November s.d Desember 2017, adapun tempat penelitiannya yaitu di Puskesmas Kandanghaur, Puskesmas Kertawinangun dan Puskesmas Sukra Wilayah Pantura Kabupaten Indramayu

## HASIL PENELITIAN

Pengumpulan data dalam penelitian ini berlangsung selama satu bulan pada ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR di Wilayah Puskesmas Kabupaten Indramayu, dengan jumlah 43 orang ibu yang melahirkan dengan BBLR, diantaranya didapatkan hasil sebagai berikut:

**Tabel 4.1**

### Distribusi Frekuensi Umur Responden

Kelompok Berat badan bayi yang dilahirkan BBLR	F	%
BBLR (1500-2499gr)	39	90,7
BLSR(1000-1499gr)	4	9,3
Total	43	100

### 1. Analisis Data Responden

Analisis data responden dibutuhkan untuk mengetahui karakteristik responden yang dijadikan masukan untuk memperjelas data penelitian terhadap ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR. Data karakteristik responden ini meliputi : umur, pendidikan, paritas (jumlah kelahiran), usia kehamilan, dan penyebab dari bayi yang dilahirkan dengan BBLR di wilayah Puskesmas Kabupaten Indramayu yaitu 43 orang. Berikut ini adalah gambaran mengenai karakteristik responden yang diteliti.

**Tabel 4.2**

### Distribusi Frekuensi Umur Responden

Umur Responden	F	%
< 20 tahun	7	16,3
20-35 tahun	28	65,1
> 35 tahun	8	18,6
Total	43	100

Berdasarkan tabel 4.2 di atas dapat dilihat bahwa dari total 43 orang responden yang melahirkan bayi dengan BBLR di wilayah Puskesmas Kabupaten Indramayu, sebagian besar dari seluruh responden berumur 20-35 tahun yaitu sebanyak 28 orang (65,1%).

**Tabel 4.3**

### Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden

Pendidikan Responden	F	%
Tidak Sekolah	2	4,6
SD	19	44,2
SMP	12	28
SMU	8	18,6
Perguruan Tinggi	2	4,6
Total	43	100

Berdasarkan tabel 4.3 di atas dapat dilihat bahwa distribusi pendidikan responden sebagian besar terdapat pada tingkat pendidikan SD yaitu sebanyak 19 orang (44,2%).

**Tabel 4.4**

### Distribusi Frekuensi Jumlah Kelahiran (Paritas) Responden

Pekerjaan Responden	F	%
Primigravida	18	41,9
Multigravida	24	55,8
Grandemultigravida	1	2,3
Total	43	100

Berdasarkan tabel 4.4 di atas dapat dilihat bahwa distribusi jumlah kelahiran responden, sebagian besar jumlah kelahiran (paritas) adalah multigravida yang mencapai 24 responden (55,8%).

**Tabel 4.5**  
**Distribusi Frekuensi Usia Kehamilan**  
**Responden**

<b>Pekerjaan Responden</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Preterm (<37 minggu)	28	65,1
Aterm (>37 minggu)	15	34,9
Total	43	100

Berdasarkan tabel 4.5 di atas dapat dilihat bahwa distribusi usia kehamilan responden, sebagian besar usia kehamilannya adalah preterm (<37 minggu) yang mencapai 28 responden (65,1%).

**Tabel 4.6**  
**Distribusi Frekuensi Penyebab BBLR**

<b>Pekerjaan Responden</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Diketahui	19	44,2
Tidak diketahui	24	55,8
Total	43	100

Berdasarkan tabel 4.6 di atas dapat dilihat bahwa distribusi penyebab terjadinya BBLR pada responden, sebagian besar adalah tidak diketahui penyebabnya yang mencapai 24 responden (55,8%).

## **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil pengumpuln data akan dibahas mengenai karakteristik dari ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR di Wilayah Puskesmas Kabupaten Indramayu tahun 2017, diantaranya yaitu:

### **1. Karakteristik responden berdasarkan Umur**

Dari hasil pengumpulan data didapatkan 43 orang ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR termasuk pada kategori umur yang

reproduktif yaitu 20-35 tahun sebesar 28 (65,1%) responden. Hal ini menunjukkan bahwa pada usia 20-35 tahun wanita termasuk pada masa reproduktif wanita sudah siap dan matang untuk hamil, bahkan dari segi psikologisnya. Dengan kesiapan itulah pertumbuhan dan perkembangan bayi di dalam rahim ibu bisa tumbuh optimal.(Wiknjosastro, 2007)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nur Laeli (2012), bahwa umur ibu tidak ada hubungannya dengan kejadian BBLR. Akan tetapi, ibu yang berusia tidak berisiko (20-35 tahun) yan melahirkan BBLR kejadiannya lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang memiliki usia berisiko (<20 tahun dan >35 tahun). Hasil penelitian ini bertentangan dengan Momeni M et all (2017) mengatakan bahwa usia ibu saat melahirkan < 18 dan > 35 tahun berhubungan dengan kejadian BBLR. Sebagian besar penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa BBLR terjadi pada ibu usia muda dan tua. Hal ini dipengaruhi dengan kondisi sosial seperti status sosial ekonomi rendah, rendahnya pendidikan ibu, gizi buruk dan indeks masa tubuh yang rendah.

Umur merupakan indikator yang sangat penting dalam kehamilan, Ibu berisiko yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun akan berisiko melahirkan bayi kecil, terjadi keguguran, dan lahir mati. Sehingga usia ibu yang paling aman dan sehat untuk menjalankan proses kehamilan yaitu usia antara 20 – 34 tahun karena sistem reproduksi (siklus reproduksi sudah teratur) dan organ reproduksi sudah matang (endometrium). (Manuaba, 2010)

## **2. Karakteristik responden berdasarkan Pendidikan**

Pendidikan merupakan aktivitas dan usaha manusia untuk meningkatkan kepribadiannya dengan jalan membina potensi-potensi pribadinya. Penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikannya yaitu sebagian besar terdapat pada tingkat sekolah dasar (SD) yaitu 19 (44,2%) orang. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Demelash et al. (2015) yang menunjukkan bahwa pendidikan formal yang rendah berisiko enam kali melahirkan BBLR.

Tingkat pendidikan seseorang dapat mendukung atau mempengaruhi seseorang dan tingkat pendidikan yang rendah selalu berkaitan dengan informasi dan pengetahuan yang terbatas, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo, yang mengatakan bahwa semakin tinggi pendidikan semakin tinggi pula pemahaman seseorang terhadap informasi dan pengetahuan. (Notoatmodjo, 2005). Berdasarkan teori yang ada dan hasil penelitian yang didapat bahwa tidak ada keterkaitan antara pendidikan dengan BBLR, tidak selamanya orang berpendidikan tinggi memiliki pengetahuan yang baik, dan sebaliknya tidak selamanya orang yang berpendidikan rendah memiliki pengetahuan yang tidak baik. (Noni K, Elvi J, 2017)

Pendidikan mempengaruhi persepsi seseorang dalam berperilaku termasuk perilaku sehat seperti perilaku makan ibu dan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Tingkat pendidikan ibu menggambarkan pengetahuan terkait kesehatan. Ibu dengan pendidikan tinggi

kemungkinan memiliki tingkat pengetahuan tentang kesehatan yang juga tinggi, karena semakin mudah memperoleh informasi tentang kesehatan dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Sebaliknya pendidikan yang kurang menghambat perkembangan seseorang terhadap nilai-nilai yang baru dikenal. (Festy, 2011)

## **3. Karakteristik responden berdasarkan paritas (jumlah kelahiran)**

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Janin yang lahir hidup atau mati setelah viabilitas dicapai, tidak mempengaruhi paritas. (Bobak, 2004: 104) Paritas dalam penelitian ini sebagian besar responden dalam kategori multigravida (jumlah kelahiran > 1) yaitu sebesar 24 (55,8%) orang. Paritas yang paling aman di tinjau dari sudut kematian maternal dan perinatal adalah paritas 2 - 3. Paritas 1 dan  $\geq 4$  mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi.

Umumnya kejadian BBLR dan kematian perinatal meningkat seiring dengan meningkatnya paritas ibu, terutama bila paritas lebih dari 3. Paritas yang terlalu tinggi akan mengakibatkan terganggunya uterus terutama dalam hal fungsi pembuluh darah. Kehamilan yang berulang-ulang akan menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah uterus. Hal ini akan mempengaruhi nutrisi ke janin pada kehamilan selanjutnya, selain itu dapat menyebabkan atonia uteri. Hal ini dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan yang selanjutnya akan melahirkan bayi dengan BBLR (Winkjosastro, 2008).

#### **4. Karakteristik responden berdasarkan Usia Kehamilan**

Usia Kehamilan adalah masa yang dihitung mulai dari haid terakhir sampai saat masa persalinan. Usia kehamilan <37 minggu merupakan hal yang berbahaya karena berpotensi terjadinya kematian perinatal dan umumnya berkaitan dengan kejadian BBLR (Atikah, 2010). Hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa usia kehamilan <37 minggu dapat menyebabkan BBLR. Hal ini ditunjukkan dalam penelitian ini bahwa sebagian besar responden melahirkan bayi dengan BBLR pada usia kehamilan <37 minggu (preterm) yaitu 28 (65,1) orang.

Hal ini menunjukkan bahwa salah satu penyebab terjadinya BBLR adalah usia kehamilan dibawah 37 minggu yang disebabkan antara lain karena solutio plasenta atau terlepasnya sebagian atau keseluruhan plasenta dari implantasi normalnya setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum janin lahir, kehamilan ganda, kelainan uterus adalah tidak normalnya bentuk dan fungsi rahim yang dimiliki seorang ibu yang terjadi karena faktor bawaan, dan beberapa penyebab terjadinya ketuban pecah dini diakibatkan karena anemia dan gizi yang tidak baik sehingga dapat melahirkan pada usia kehamilan yang belum cukup atau dibawah 37 minggu. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Leonardo (2011) di Semarang yang menunjukkan ada hubungan antara usia kehamilan ibu dengan kejadian BBLR yang mengatakan wanita dengan persalinan preterm umur kehamilan 34-36 minggu atau kurang dari 37 minggu dapat melahirkan bayi BBLR.

#### **5. Distribusi berdasarkan Penyebab terjadinya BBLR**

Penyebab utama pada kejadian bayi berat lahir rendah adalah keahiran premature (lahir <37 minggu dan sering kali <30 minggu masa gestasi) dan masalah retradasi pertumbuhan intrauterine atau intrauterine growth restriction (IUGR). (University of California, 2004; OECD dan WHO, 2012; Berhman, dkk, 2000) Distribusi penyebab terjadinya BBLR dalam penelitian ini sebagian besar penyebabnya tidak diketahui yaitu 24 (55,8%) responden.

#### **KESIMPULAN**

1. Karakteristik ibu yang melahirkan dengan BBLR berdasarkan faktor umur ibu didapati frekuensi tertinggi dengan persentase (65,1%) pada ibu berumur 20-35 tahun.
2. Karakteristik ibu yang melahirkan dengan BBLR berdasarkan pendidikan ibu didapati frekuensi tertinggi dengan persentase (44,2%) terjadi pada ibu yang berpendidikan SD.
3. Karakteristik ibu yang melahirkan dengan BBLR berdasarkan paritas ibu didapati frekuensi tertinggi dengan persentase (55,8%) terjadi pada ibu dengan paritas multigravida.
4. Karakteristik ibu yang melahirkan dengan BBLR berdasarkan usia kehamilan ibu didapati frekuensi tertinggi dengan persentase (65,1%) terjadi pada ibu dengan usia kehamilan preterm (<37 minggu).

- Distribusi ibu yang melahirkan dengan BBLR berdasarkan penyebab BBLR didapati frekuensi tertinggi dengan persentase (55,8%) terjadi pada ibu dengan dengan penyebab BBLR yang tidak diketahui.

## SARAN

1. Bagi Puskesmas

Sangat diharapkan bagi seluruh puskesmas khususnya yang ada di wilayah Pantura Kabupaten Indramayu, dalam melakukan pendokumentasian data pasien diharapkan dilakukan secara terpadu dan data diisi secara lengkap, agar dapat memudahkan pengumpulan data bagi peneliti selanjutnya.
2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan bacaan untuk menambah pengetahuan tentang BBLR dan bahan referensi yang dapat bermanfaat untuk penelitian selanjutnya.
3. Bagi Bidan

Diharapkan bagi para tenaga kesehatan khususnya bidan untuk lebih memperketat deteksi dini adanya kemungkinan terjadinya BBLR pada ibu hamil dengan memberikan konseling tentang tanda-tanda bahaya BBLR, mengajak ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin, memberikan pendidikan kesehatan berkaitan dengan informasi kehamilan khususnya tentang BBLR.
4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti lain untuk melakukan penelitian ini lebih lanjut dan menggali lebih dalam tentang karakteristik ibu yang bayi dengan BBLR dengan metode dan variabel yang berbeda, agar ilmu kebidanan khususnya tentang BBLR semakin berkembang dan hasil penelitiannya lebih baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arifin M, Zainal. 2008. Kamus Bahasa Indonesia. Surabaya: Reality Publisher
- Arikunto, S. 2002. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek. Edisi Revisi V. Jakarta: Rineka Cipta
- Arinnita, I. 2012. Hubungan Pendidikan dan Paritas Ibu dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hosein Palembang Tahun 2011.
- Asiyah, S. 2010. Karakteristik Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Sampai Tribulan II Tahun 2009 Di kota Kediri. Jurnal Kesehatan suara Forikes.
- Astuti, Hutari Puji. 2012. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu I (Kehamilan). Rohima Press : Yogyakarta
- Atikah, Proverawati 2010, BBLR Berat Badan Lahir Rendah, PT Nuha Medika, Yogyakarta.
- Badriyah Dewi Laelatul. 2012. Metodologi Penelitian Ilmu-Ilmu Kesehatan. Bandung: Multazam
- Bobak, Lowdermilk & Jensen. 2005. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Cetakan 1. Jakarta: EGC
- Damanik, S.M. 2010. Klasifikasi Bayi Menurut Berat Lahir dan Masa Gestasi. Dalam: Kosim MS, et al. Buku Ajar Neonatologi. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Demelash H, Motbainor A, Nigatu D, Gashaw K, Melese A. 2015. Risk factors for low birth weight in Bale zone hospitals,

- South-East Ethiopia : case-control study. *BMC Pregnancy & Children* 15(1):264-274
- Depkes RI. 2007. Materi Ajar Penurunan Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Depkes RI
- Festy PW. 2011. Analisis Faktor Risiko pada Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Kabupaten Sumenep [skripsi]. Surabaya: Universitas Muhammadiyah Surabaya
- Hasan, Et al. 1997. Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Hius, S. 2012. Gambaran Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Skripsi. Banda Aceh: Universitas Syiah Kuala
- Jones, L. 1994. Dasar-dasar Obstetri dan Ginekologi. Jakarta: Penerbit Hipokrates.
- Kemendes RI. 2012. Profil kesehatan Indonesia tahun 2012. [www.depkes.go.id/resources/download/.../profil-kesehatan-indonesia-2012.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/.../profil-kesehatan-indonesia-2012.pdf)
- Leonardo, 2011, 'Perbedaan Luaran Janin pada Persalinan Preterm Usia Kehamilan 34-36 Minggu dengan dan tanpa Ketuban Pecah Dini', *Jurnal Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro*.
- Lissauer Tom, Avroy Fanaroff. 2009. Neonatologi at a Glance. Jakarta: Erlangga
- Manuaba. 2006. Buku Ajar Patologi Obstetri Untuk Mahasiswa Kebidanan. Jakarta: Buku kedokteran EGC.
- Manuaba, IBG. 2010. Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB. Penerbit EGC : Jakarta
- Mandriwati, G.A. 2007. Asuhan Kebidanan Ibu Hamil. Jakarta: EGC.
- Maryani, Lidya & Muliani, Rizki. 2010. Epidemiologi Kesehatan. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Merzalia, N. 2012. Determinan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Kabupaten Belitung Timur Provinsi Kepulauan Bangka Belitung Tahun 2010-2011. Skripsi. Depok: Universitas Indonesia
- Mayumi Mizutani, Junko Tashiro, Maftuhah, Heri Sugiarto, Lily Yulaikhah and Riyanto Carbut. Model development of healthy-lifestyle behaviors for rural Muslim Indonesians with hypertension: A qualitative study. *Nursing and health Sciences*. Volume 18, issue 1, version of record online. Agustus 2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12212/pdf>
- Mochtar, Rustam. 2011. Sinopsis Obstetri. Jakarta: EGC
- Momeni M., Danaei M., Kermani AJN., Bakhshandeh M., Foroodnia S., Mahmoudabadi Z., Amirzadeh R., Safizadeh H. 2017. Prevalence and Risk Factors of Low Birth Weight in the Southeast of Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, 8:12
- Nelson, Et al. 1996. Ilmu Kesehatan Anak Nelson Vol 1. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Nicef. 2009. Low Birth weight Incidence by Country (2004-2007). *Childinfo Statistic by area*. [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)
- Norwitz, E. Et al. 2006. At a Glance Obstetri dan Ginekologi. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Noor, Nur Nasry. 2008. Epidemiologi. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2005. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta: 70, 185-8
- Pramono Mochammad Setyo, Gurendro Putro. 2009. Risiko Terjadinya Berat Bayi Lahir Rendah Menurut Determinan Sosial, Ekonomi Dan Demografi Di Indonesia <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/hsr/article/view/1920>
- Pramono MS, U Muzakkiroh. 2011. Pola Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Dan Faktor Yang Memengaruhinya Di

- Indonesia Tahun 2010. <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/hsr/article/view/2325>
- Prasetyawati, Arista Eka. 2012. Kesehatan ibu dan anak dalam millenium development GOALS (MDGs). Yogyakarta: Nuha Medika
- Prawirohardjo, S. 2005. Ilmu Kandungan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- Prawirohardjo. 2014. Ilmu Kandungan. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Mothers Day. Infodatin. [www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-ibu.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-ibu.pdf)
- Radar Cirebon. <http://www.radarcirebon.com/awastren-anak-muda-kok-pacarannya-gitu-gitu-aja.html>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2007. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional 2007. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI.
- Rosha BC, DS Kumala Putri. 2013. Determinan Status Gizi Buruk Dengan Riwayat BBLR. <http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/jek/article/view/3866>
- Rukiyah, Ai yeyeh. 2012. Asuhan Neonatus Bayi dan anak balita. Jakarta: Trans Info Media
- Saimin, J. 2008. Hubungan Antara Berat Badan Lahir Rendah Dengan Status Gizi Berdasarkan Ukuran Lingkar Lengan Atas. <http://anemia.com/2008/09/hubungan-antara-berat-badan-lahir-rendah-dengan-status-gizi-berdasarkan-ukuran-lingkar-lengan-atas>.
- Sartika, D. 2012. BBLR Dengan Dismatur. <http://dewisartika172.blogspot.com/2012/12/kti-bblr-dengan-dismatur.html>
- Sastrawinata, S. 2004. Obstetri Patologi. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Sastroasmoro, S. 2010. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Simbolon, 2012. Berat lahir dan kelangsungan hidup neonatal di indonesia Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 7, No. 1 <http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/70/71>
- Sistriani, C. 2008. Faktor Maternal dan Kualitas Pelayanan Antenatal yang Beresiko terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Studi pada Ibu yang Periksa Hamil Ke Tenaga Kesehatan dan Melahirkan di RSUD Banyumas. Tesis FKM. Universitas Diponegoro.
- Surayin. 2001. Kamus Umum Bahasa Indonesia. Bandung: Yrama Widya
- Vera. 2009. Hubungan Umur Kehamilan dan Paritas dengan Kejadian BBLR. [www.bascommetro.blogspot.com/blogspot.com/2011/10/hubungan-antara-umur-kehamilan-dan.html?m=1](http://www.bascommetro.blogspot.com/blogspot.com/2011/10/hubungan-antara-umur-kehamilan-dan.html?m=1)
- World Health Organization. 2010. World Health Statistic indicator. Geneva, Switzerland: [http://www.who.int/whosis/indicators/WHS10\\_Indicators\\_Compndium\\_20100513.pdf](http://www.who.int/whosis/indicators/WHS10_Indicators_Compndium_20100513.pdf).

**EFEKTIVITAS HYPNOBREASTFEEDING TERHADAP PEMBERIAN ASI  
EKSKLUSIF PADA IBU YANG MEMPUYAI BAYI USIA 0 – 6 BULAN DI DESA  
BERONDONG KECAMATAN PASEKAN KABUPATEN INDRAMAYU  
TAHUN 2017**

**Dartiwen, Cucu Nurmala**

Dosen Program Studi D III Kebidanan STIKes Indramayu

Email : iwenjuli@gmail.com

**ABSTRAK**

Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan utama bagi bayi di 6 bulan pertama usianya. United Nation Childrens Fund (UNICEF) dan World Health Organization (WHO) mengeluarkan rekomendasi tentang pemberian ASI saja (bayi hanya diberikan ASI tanpa cairan atau makanan lain, kecuali suplemen vitamin, mineral dan atau obat-obatan untuk keperluan medis) sampai bayi berusia 6 bulan. Seperti halnya proses persalinan, proses menyusui juga adalah proses yang alami. Walaupun demikian para ibu harus tetap mempersiapkan diri dengan sebaik-baiknya secara menyeluruh (body,mind, and soul) untuk dapat menyusui bayinya dengan nyaman. Teknik Hypnobreastfeeding telah disarankan sebagai salah satu cara untuk membantu mengatasi hambatan tersebut dan memberikan kenyamanan sehingga proses menyusui dapat berjalan dengan lancar.

Tujuan dari penelitian untuk mengetahui efektifitas Hypnobreastfeeding terhadap pemberian ASI Eksklusif pada ibu yang mempunyai bayi usia 0 – 6 bulan di Desa Berondong Kecamatan Pasekan Kabupaten Indramayu.

Penelitian ini adalah jenis penelitian Analitik dengan pendekatan Cross Sectional. Pengambilan sampel menggunakan total sampling yaitu sebanyak 25 orang. Analisis data menggunakan tabulasi silang untuk mengetahui hubungan variabel yang diuji menggunakan Koefisiensi Kontingensi. Hasil penelitian menunjukkan p value <0,05 sehingga kesimpulannya adalah Hypnobreastfeeding efektif terhadap pemberian ASI Eksklusif.

**Kata kunci:** Hypnobreastfeeding, ASI Eksklusif.

**EFFECTIVENESS OF HYPNOBREASTFEEDING TOWARDS EXCLUSIVE  
BREASTMILK TO THE MOTHER WHO HAS A BABY FROM 0-6 MONTHS IN THE  
VILLAGE BERONDONG DISTRICT INDRAMAYU 2017**

**ABSTRAC**

Breastmilk was a main course for a baby during the first six months. United Nation Childrens Fund (UNICEF) and World Health Organization (WHO) recommend about the breastmilk (the baby should have breastmilk without any other liquid or foods, except vitamins, minerals, and medicine for medical treatment) until 6 months. As same as the labor process, breastfeeding was a natural process, too. Even tough every mother should prepare themselves as well as possible (in keeping their body, mind and soul) that they could give their baby in an comfortable ways. Hypnobreastfeeding has given as an advice in facing breastmilk barriers and giving breastfeeding so that it could run smoothly.

This research aimed to know the effectiveness of hypnobreastfeeding toward exclusive breastmilk to the mother who has a baby from 0-6 months in berondong village, Pasekan Indramayu.

This research using analytical with cross sectional approach. The total samples were 25 people. The data analysis using cross tabulation in order to know the variable relation that tested using contingent coefficient. The result showed that the p-value < 0,05 means that the hypnobreastfeeding is effected towards exlusive breastmilk.

**Keyword :** Hypnobreastfeeding, Exclusive breastmilk

## PENDAHULUAN

Air Susu Ibu (ASI) merupakan satu-satunya makanan yang sempurna dan terbaik bagi bayi karena mengandung unsur-unsur gizi yang dibutuhkan oleh bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal.<sup>1</sup>

ASI merupakan makanan utama bagi bayi di 6 bulan pertama usianya. United Nation Childrens Fund (UNICEF) dan World Health Organization (WHO) mengeluarkan rekomendasi tentang pemberian ASI saja (bayi hanya diberikan ASI tanpa cairan atau makanan lain, kecuali suplemen vitamin, mineral dan atau obat-obatan untuk keperluan medis) sampai bayi berusia 6 bulan, pemberian makanan padat setelahnya, dan dilanjutkan pemberian ASI sampai 2 tahun pertama dalam kehidupannya dalam rangka mengoptimalkan pertumbuhan, kesehatan dan kelangsungan hidup bayi, serta membantu memperpanjang jarak kehamilan bagi ibu.<sup>2</sup>

Seperti halnya proses persalinan, proses menyusui juga adalah proses yang alami. Walaupun demikian para ibu harus tetap mempersiapkan diri dengan sebaik-baiknya secara menyeluruh (body, mind, and soul) untuk dapat menyusui bayinya dengan nyaman. Persiapan dari segi fisik (body) meliputi asupan makanan yang bergizi seimbang dan mempelajari manajemen menyusui. Persiapan dari segi pikiran (mind) meliputi ketenangan pikiran, sehingga ibu percaya diri bahwa dirinya mampu menyusui dan menghasilkan ASI yang berkualitas dan berkuantitas untuk memenuhi

tumbuh kembang bayi. Persiapan dari segi jiwa (soul) meliputi niat yang tulus, ikhlas untuk memberikan yang terbaik bagi bayi. Ketiga hal tersebut harus dipersiapkan sejak dini dalam masa kehamilan, persalinan, dan setelahnya untuk mendapatkan hasil yang positif dan lebih bermanfaat.<sup>3</sup>

Tidak dapat dipungkiri, ketenangan pikiran dan niat ibu untuk menyusui bayinya merupakan faktor pendukung yang tidak kalah pentingnya dengan persiapan fisik seperti makanan, pijat payudara dll. Tantangan yang paling sering dihadapi oleh ibu menyusui adalah bahwa ibu merasa produksi ASI nya tidak mencukupi sehingga menghambat aktivitas menyusui. Berbagai cara dilakukan oleh ibu agar proses menyusui dapat berjalan dengan lancar sehingga ASI nya dapat mencukupi kebutuhan nutrisi bayi. Namun hal ini tidak selalu berakhir seperti yang diharapkan.<sup>3,4</sup>

Pemberian ASI yang rendah merupakan ancaman bagi tumbuh kembang anak yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan kualitas sumber daya manusia secara umum. Penurunan pemberian ASI eksklusif di negara berkembang, baik itu perkotaan maupun pedesaan terjadi karena adanya ketidakpercayaan diri dan gangguan emosional ibu menyusui dan hal tersebut didukung kecenderungan masyarakat adalah meniru sesuatu yang dianggap modern sehingga dengan alasan ASI tidak mencukupi dan rasa kurang nyaman saat menyusui akhirnya memilih menggunakan susu formula.<sup>5</sup>

Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010 menunjukkan

pemberian ASI di Indonesia saat ini memprihatinkan, presentase bayi yang menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan hanya 15,3%. Sedangkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu tahun 2015, dari 8.634 bayi hanya sebanyak 3.298 bayi (38,17%) diberi ASI Eksklusif.<sup>11</sup>

Teknik Hypnobreastfeeding telah disarankan sebagai salah satu cara untuk membantu mengatasi hambatan tersebut dan memberikan kenyamanan sehingga proses menyusui dapat berjalan dengan lancar. Hypnobreastfeeding adalah tehnik dengan cara memberikan sugesti positif. Hypnobreastfeeding merupakan upaya alami menggunakan energi bawah sadar agar proses menyusui berjalan dengan nyaman dan lancar. Ibu menyusui dapat memberdayakan dirinya dengan melakukan relaksasi otot, nafas dan pikiran serta melalui sugesti positif guna mendapatkan kenyamanan, ketenangan dan kelancaran selama dan dalam proses menyusui.<sup>7</sup>

Hypnobreastfeeding adalah prosedur yang dapat dilakukan oleh praktisi atau diri sendiri untuk merubah sensasi, persepsi, pikiran, atau perilaku klien, pasien atau subjek. Seperti halnya penelitian yang dilakukan oleh Jensen, Mark di Amerika Serikat tahun 2009 bahwa dengan Hypnobreastfeeding dapat membantu mengurangi rasa nyeri saat menyusui yaitu dengan mean (SD)=1,67(1,59) atau sekitar 10%. Untuk itu Hypnobreastfeeding dapat digunakan sebagai pelengkap, alternatif dan salah satu metode non farmakologis yang bermanfaat setelah persalinan dan kelahiran (proses menyusui) dengan kesimpulan bahwa tehnik

Hypnobreastfeeding berpengaruh terhadap keberhasilan menyusui.<sup>8</sup>

## **METODE**

Jenis penelitian ini adalah survey analitik dengan pendekatan Cross sectional. Penelitian dilakukan di Desa Berondong Kecamatan Pasekan Kabupaten Indramayu. Subjek penelitian ini adalah semua ibu menyusui yang memiliki bayi usia 0-6 bulan dan masih memberikan ASI. Sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan total populasi yaitu sejumlah 25 orang. Alat ukur yang digunakan adalah lembar isian tentang pemberian ASI Eksklusif dan pelaksanaan Hypnobreastfeeding sebanyak 9 kali (dalam 1 bulan diberikan Hypnobreastfeeding sebanyak 2 kali) Pada tahap akhir dilakukan analisis data untuk mengetahui efektifitas hypnobreastfeeding terhadap pemberian ASI Eksklusif. Analisis bivariat dilakukan dengan pengujian statistik yaitu uji Koefisien Kontingensi (Contingensi Coefficient). Pada penelitian ini menggunakan taraf signifikan 5% ( $\alpha=0,05$ ) dengan kriteria pengujian ditetapkan  $H_0$  ditolak apabila  $P \text{ value} \leq 0,05$ .

## HASIL

### Cross tab antara pelaksanaan Hypnobreastfeeding dengan pemberian ASI Eksklusif.

Hypnobreastfeeding	Pemberian ASI				Total	
	Tidak Eksklusif		Eksklusif		F	%
	F	%	F	%		
Tidak dilakukan Hypnobreastfeeding	4	16	1	4	5	20
Dilakukan Hypnobreastfeeding	0	0	20	80	20	80
<b>Total</b>	4	16	21	84	25	100
( $\alpha=0,05$ )	p value 0,000				C 0,658	

Hasil penelitian tentang pemberian ASI Eksklusif menunjukkan bahwa mayoritas responden memberikan ASI Eksklusif pada bayinya yaitu sejumlah 21 orang (84%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden juga mempunyai motivasi yang tinggi dalam upaya memberikan ASI saja sebagai makanan terbaik pada bayinya usia 0-6 bulan.

Hasil uji Statistik menggunakan coefficient contingensi menunjukkan nilai 0,658 dan p value 0,000 ( $\alpha=0,05$ ). Hal ini berarti  $H_0$  ditolak, yang berarti Hypnobreastfeeding efektif terhadap pemberian ASI Eksklusif.

## PEMBAHASAN

Salah satu penunjang teori hasil penelitian ini adalah bahwa Hypnobreastfeeding merupakan upaya alami untuk memberikan sugesti positif/upaya alami menggunakan energi bawah sadar agar proses menyusui berjalan baik dengan nyaman lancar, dan ibu dapat menghasilkan ASI yang mencukupi untuk kebutuhan tumbuh kembang bayi dan akan membantu dalam rangka kelangsungan

pemberian ASI, dengan demikian bayi akan terpenuhi.<sup>1</sup>

Hypnobreastfeeding merupakan salah satu bagian dari asuhan standar yang diberikan pada saat proses kelahiran (proses menyusui). Hypnobreastfeeding diaplikasikan dengan memasukan kalimat-kalimat afirmasi positif yang dapat membantu proses menyusui disaat ibu dalam keadaan sangat rileks atau sangat konsentrasi pada suatu hal (keadaan hipnosis). Seperti yang diungkapkan samuels Noah et al tahun 2011 bahwa mayoritas perawat dan bidan di israel menggunakan dan merekomendasikan CAM (Complementari Alternative Medicine) kepada pasien mereka dan percaya CAM yang dapat melengkapi terapi medis konvensional penyedia layanan kesehatan bisa mendapatkan keuntungan dari pendidikan yang berkaitan dengan efektifitas dan keamanan CAM selama kehamilan dan persalinan. Dari hasil studinya juga terlihat sebagian besar (87,3%) dilaporkan menggunakan CAM (67,1% pijat, 48,6% obat herbal, 42,2% meditasi, 40,5% sentuhan, 39,9% doa) dengan mendapatkan CAM merasa

mendapatkan kekuatan, energi dan mengintegrasikan keyakinan kesehatan pasien.<sup>9</sup>

Palmer L, et al (2010) menyatakan bahwa merawat ibu menyusui memerlukan perspektif ilmu peduli untuk membantu ibu memperkuat kepercayaan diri untuk mampu menyusui bayi baru lahir. Dalam penelitian ini disarankan pergeseran paradigma dari dahwa menyusui hanya sebagai cara untuk menjalin ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi. Hal ini dikarenakan kepercayaan diri ibu menyusui merupakan proses afirmasi positif yang digunakan dengan metode Hypnobreastfeeding juga akan mendukung produksi ASI dengan baik.<sup>10</sup>

Dalam hal ini hypnobreastfeeding merupakan bagian dari metode komplemeter dengan pemberian sugesti positif yang diperlukan ibu agar lebih tenang, santai, percaya diri dan nyaman sehingga lebih siap menghadapi proses menyusui.

## SIMPULAN

Hypnobreastfeeding Efektif dalam pemberian ASI Eksklusif.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Maria ulfah kurnia, Efektifitas Gentle birth terhadap pemberian asi eksklusif.
2. BKKBN B,Kemenkes, MEASURE DHS ICF International. Survei Demografi dan kesehatan indonesia 2012.Jakarta 2013.
3. Zuppa A, Sindico P, Claudia O, Carducci C, Cardielo v, Romagnoli C, et al. Safety and Efficacy of Galactogogues: Substances that Induce, Maintain and Increase Breast Milk Produktion. J Pharm Pharmaceut Sci.2010,27:676-93.
4. Hill P, Aldag JC, Charaterton, Zinaman, M. Pyscological Distress and milk Volume in Lactating Mothers. West J Nur Res. 2005;27:676-93.
5. Riyanto Martomijoyo. Faktor-faktor yang mempengaruhi Ibu Menyusui Dalam Pemberian ASI Eksklusif Di Kelurahan Paoman Kabupaten Indramayu Tahun 2012. Jurnal AFIASI.
6. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS),2010.
7. Maehle, Andreas-Holger. The Powers Of Sugestion: Albert Moll and The debate on Hipnosis. 2014.
8. Jansen, Mark P,et al, Effects of Self-Hypnosis Training and Emg Biofeedback Relaxation Training On Chronic Pain in Persons with Spinal-Cool Injury. 2009.
9. Samuels,Noah,et al. Use of and attitudes toward complementary an alternative medicine among nurse-midwives in israel.2010.
10. Palmer,et al.2010. Breasfeeding: An Existential Challenge-Women's Lived Experiences of Intiating Breastfeeding Within The Context of Eary Home Discharge in Sweden. International Journal of qualitative studies on health and welt being 2010. Vol.5.
11. Data Dinas Kesehatan Kab. Indramayu Tahun 2017

# TINGKAT STRES PADA MAHASISWA KEPERAWATAN YANG MENYUSUN SKRIPSI

Wenny Nugrahati Carsita

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indramayu

wennynugraha16@gmail.com

## ABSTRAK

Mahasiswa rentan mengalami stres ketika menyusun skripsi. Stres pada mahasiswa yang menyusun skripsi jika tidak segera ditangani akan berdampak pada terhambatnya penyusunan skripsi, menurunnya nilai akademik, dan lulus tidak tepat waktu. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat stress mahasiswa yang menyusun skripsi. Penelitian menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Sampel penelitian berjumlah 63 mahasiswa dengan menggunakan teknik teknik total populasi. Hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 28 responden (44,4%) mengalami stress berat, 25 responden (39,4%) mengalami stress sedang, dan 10 responden (15,9%) mengalami stress ringan. Kesimpulan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 44,4% mahasiswa yang menyusun skripsi mengalami stress berat. Penelitian ini diharapkan menjadi informasi untuk institusi pendidikan dalam upaya melakukan pencegahan dan melaksanakan penanganan dalam mengatasi stres mahasiswa sehingga mencegah mahasiswa lulus tidak tepat waktu.

**Kata Kunci:** Mahasiswa Keperawatan, Skripsi, Tingkat Stres.

## ABSTRACT

*Students are vulnerable to stress when composing a thesis. The stress on students who compose a thesis if it is not immediately addressed will have an impact on the obstruction of the preparation of the thesis, the decline in academic value, and the graduation not on time. The purpose of this study was to determine the stress level of student who compose thesis. This study used quantitative design with a descriptive approach. Sampling technique used total population counted 63 students. The results showed that 28 respondents (44.4%) experienced severe stress, 25 respondents (39.4%) experienced moderate stress, and 10 respondents (15.9%) experienced mild stress. The conclusions in this study indicate that as many as 44.4% of students composing a thesis experience severe stress. This research is expected to become information for educational institutions in an effort to prevent and carry out handling in dealing with student stress so as to prevent students from passing on time.*

**Keywords:** Nursing Students, Thesis, Stress Level

## PENDAHULUAN

Sistem pendidikan tinggi di Indonesia merupakan bagian dari sistem pendidikan nasional, dan jenjang pendidikannya lebih tinggi dari pada pendidikan menengah atas (Oryza, 2016). Selain itu pendidikan tinggi juga mengubah status dari siswa menjadi mahasiswa (Gunanthi, dkk.,2016). Di dalam pendidikan tinggi sebagai syarat kelulusan, mahasiswa dituntut untuk menyelesaikan tugas akhir

berupa skripsi (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 60 Tahun 1999). Hal tersebut juga berlaku pada mahasiswa Keperawatan dimana skripsi menjadi salah satu mata kuliah yang ada di semester akhir dan menjadi syarat kelulusan.

Skripsi merupakan proses pembelajaran untuk mengasah kemampuan mahasiswa untuk menganalisis suatu permasalahan dengan cara berpikir kritis (Hidayat, 2008 dalam Fadillah,

2013). Dalam menyusun skripsi, mahasiswa akan dihadapkan pada beberapa stressor yang dapat menghambat pembuatan skripsi diantaranya kesulitan dalam menentukan judul, kesulitan dalam mengumpulkan data, kejenuhan dalam pembuatan skripsi, kesulitan dalam menuangkan pemikiran kedalam bentuk tulisan, dosen pembimbing yang sibuk, serta kesulitan dalam mencari literatur. Apabila stressor tersebut tidak segera ditangani maka mahasiswa akan rentan mengalami stress (Rozak, 2014).

Stress merupakan sindrom fight or flight, dimana ketika individu mengalami stress, maka individu tersebut akan merespon pemicu stress (stressor) dengan melakukan perlawanan (fight) atau menghindarinya (flight) (Aziz & Miftahul, 2014). Stress jangka pendek dapat dijadikan stimulus untuk perubahan dan perkembangan, sehingga dalam hal ini dapat dianggap positif. Namun demikian, apabila stress berlangsung secara terus menerus dalam jangka waktu yang panjang maka dapat mengakibatkan menurunnya perhatian dan konsentrasi, penurunan kepuasan hidup, penyakit fisik, perilaku kesehatan yang buruk (Amr, et al., 2011). Stress juga akan berpengaruh terhadap

kemampuan akademik mahasiswa dan terhambatnya penyusunan skripsi (Goff, 2011).

Hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan 10 mahasiswa yang sedang dalam proses penyusunan skripsi didapatkan hasil bahwa mahasiswa yang sedang menyusun skripsi merasa tidak mampu mengontrol emosi, marah-marah tanpa sebab, mengalami gangguan tidur berupa tidak bisa tidur pada malam hari, dan selalu terbangun saat tidur. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat stress mahasiswa Keperawatan yang menyusun skripsi.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Sampel dalam penelitian ini merupakan mahasiswa Keperawatan yang sedang menyusun skripsi sebanyak 63 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik total populasi. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini mengadopsi kuesioner stress dari Nursalam.

## HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden
  - a. Umur

**Tabel 1**

### **Karakteristik Responden Berdasarkan Umur**

Variabel	n	Mean	Median	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
Umur	63	22.30	22	1.026	20-27 tahun	22.04 -22.56

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa rata-rata umur responden adalah 22.30 tahun, dengan usia termuda 20 tahun dan tertua 27 tahun.

- b. Jenis Kelamin dan Status Tempat Tinggal

**Tabel 2**  
**Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Status Tempat Tinggal**

Karakteristik Responden	Kategori	Jumlah (n= 63)	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	21	33.3
	Perempuan	42	66.7
Status Tempat Tinggal	Bersama Orang Tua	32	50.8
	Kost	30	47.6
	Bersama Saudara	1	1.6

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa sebanyak 42 (66,7%) responden berjenis kelamin perempuan, sedangkan untuk status tempat tinggal sebanyak 32 (50.8%) tinggal bersama orang tua.

c. Gambaran Tingkat Stress Mahasiswa yang Menyusun Skripsi  
Gambaran tingkat stress pada penelitian ini dikategorikan menjadi tiga tingkatan yaitu, stress ringan, sedang, dan berat. Gambaran tingkat stress disajikan dalam tabel 3.

**Tabel 3**  
**Gambaran Tingkat Stress pada Mahasiswa yang Meyusun Skripsi**

Tingkat Stress	Frekuensi	Persentase (%)
Ringan	10	15.9
Sedang	25	39.4
Berat	28	44.4
<b>Jumlah</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa sebanyak 28 mahasiswa (44.4%) mengalami stress berat.

individu merasa tuntutan tersebut melebihi kemampuannya. Stress yang dialami mahasiswa dalam menyusun skripsi dihubungkan dengan stress akademik yang terjadi karena ketidaksesuaian antara tuntutan akademik dengan kemampuan yang dimiliki mahasiswa (Priharyuni, dkk., 2015).

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian didapatkan sebanyak 28 mahasiswa (44.4%) mengalami stress berat, 25 (39.4%) mengalami stress sedang, dan 10 (15,9%) mengalami stress ringan.

Stress yang dialami mahasiswa yang menyusun skripsi disebabkan oleh faktor internal dan eksternal (Gunawati, dkk., 2006). Faktor internal meliputi jenis kelamin, karakteristik kepribadian, strategi koping, dan intelegensi. Sedangkan faktor eksternal meliputi

Stress diartikan sebagai tuntutan yang mengharuskan seseorang untuk berespon (Potter & Perry, 2005). Palmer (2007) juga mengungkapkan stress dapat terjadi ketika

tuntutan pekerjaan atau tugas akademik, hubungan mahasiswa dengan lingkungan sosial, status sosial ekonomi, serta suku dan kebudayaan.

Hasil penelitian diketahui bahwa mahasiswa yang mengalami stress berat berjenis kelamin perempuan. Hal tersebut memungkinkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat stress adalah jenis kelamin dimana perempuan cenderung memiliki tingkat stress yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Selain itu, stress yang dialami oleh mahasiswa juga dipengaruhi oleh dukungan lingkungan sosial atau tempat tinggal mahasiswa. Mahasiswa yang sedang menyusun skripsi yang tinggal bersama teman (kost) akan lebih mudah untuk menganalisis permasalahan dengan cara berdiskusi dengan teman dibandingkan dengan sendirian.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fadillah (2013) bahwa mahasiswa yang sedang menyusun skripsi mengalami peningkatan stress yang tinggi. Selain itu, penelitian lain yang dilakukan oleh Triyana, dkk. (2015) diperoleh bahwa tingkat stress yang dialami mahasiswa yang menyusun skripsi berada pada kategori tinggi. Responden pada penelitian ini menilai skripsi sebagai ancaman yang sangat berat. Hal tersebut terlihat pada hasil penelitian yang menunjukkan bahwa banyak responden yang mengalami stress berat yang ditandai dengan responden merasa pesimis saat melihat teman-temannya sudah menyelesaikan sidang skripsi, responden takut tidak dapat mengikuti wisuda dengan teman seangkatannya. Selain itu, responden juga

merasa lelah saat mengerjakan proses pembuatan skripsi, menjadi mudah tersinggung, dan mudah melakukan kesalahan pengetikan selama pembuatan skripsi. Hal tersebut akan mengakibatkan terhambatnya penyusunan skripsi sehingga menunda kelulusan dan menurunnya prestasi.

## **KESIMPULAN**

Tingkat stress pada mahasiswa yang sedang menyusun skripsi didapatkan bahwa sebanyak 28 (44.4%) mengalami stress berat. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi informasi untuk institusi pendidikan dalam upaya melakukan pencegahan dan melaksanakan penanganan dalam mengatasi stress mahasiswa yang menyusun skripsi, sehingga mencegah mahasiswa lulus tidak tepat waktu.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Amr, A., El-Gilany, A., El-Moafee, H., Salama, L., & Jimenez, C. (2011). Stress among Mansoura (Egypt) baccalaureate nursing students. *Pan African Medical Journal*, 8(26): 1-9.
- Fadillah, A.E.R. (2013). Stres dan motivasi belajar pada mahasiswa Psikologi Universitas Mulawarman yang sedang menyusun skripsi. *eJournal Psikologi*, 1(3): 254.
- Goff, A.M. (2011). Stressor, academic performance, and learned resourcefulness in baccalaureate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8: 923-1548.
- Gunanthi, N.W.M., & Diniari, N.K.S (2016). Prevalensi dan gambaran gangguan tidur berdasarkan karakteristik mahasiswa Program Pendidikan Kedokteran

- Universitas Udayana tahun 2015. E-jurnal Medika Udayana, 15(4): 1-9.
- Gunawati, R., Hartati, S., & Listiara, A. (2006). Hubungan antara efektivitas komunikasi mahasiswa-dosen pembimbing utama skripsi dengan stres dalam menyusun skripsi pada mahasiswa Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. *Jurnal Psikologi Universitas Diponegoro*, 3(2): 93-115.
- Hidayat, A.A., & Uliyah, M. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oryza, W. 2016. Hubungan Tingkat Stress dengan Kejadian Insomnia pada Mahasiswa Tingkat Akhir DIV Bidan Pendidik Reguler dalam Penyusunan Skripsi di Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Yogyakarta: Universitas Aisyiyah.
- Palmer, S. & Cooper, C. (2007). *How to Deal with Stress*. London & Philadelphia: Kogan Page.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 60 tahun 1999 tentang Pendidikan Tinggi.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Volume 1 Edisi 4*. Jakarta: EGC
- Priharyuni, C.Y., Maryani, & Wicaksono, B. (2015). Pengaruh tingkat stress mahasiswa Kedokteran yang mengerjakan skripsi terhadap prestasi akademik di Universitas Sebelas Maret. *Nexus Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan*, 4(2): 55-63.
- Rindang Gunawati, Sri Hartati dan Anita Listiara, 2006, Hubungan Antara Efektivitas Komunikasi Mahasiswa-Dosen Pembimbing Utama Skripsi Dengan Stres Dalam Menyusun Skripsi Pada Mahasiswa Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, *Jurnal Psikologi Universitas Diponegoro* Vol.3 No. 2, Desember 2006
- Triyana, M., Hardjajani, T., & Karyanta, A. (2015). Hubungan antara Resiliensi dan Stres dalam Menyusun Skripsi pada Mahasiswa Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. *Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran. Universitas Sebelas Maret*.
- Rozak, A. 2014. *Tingkat Stress Mahasiswa dalam Proses Mengerjakan Skripsi*. Surabaya: Program Studi Psikologi. Universitas Negeri Sunan Ampel Surabaya.