

# Jurnal

# KEPERAWATAN

# INDONESIA

- ❑ Berduka pada Perempuan HIV Positif
- ❑ *Facilitated Tucking Effective to Pain Relief on the Preterm Infants in Perinatal Unit in Jakarta*
- ❑ Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Dipersepsikan Melalui Stigma Diri
- ❑ Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya Efektif Meningkatkan Kompetensi Kultural Perawat
- ❑ Penerapan *Mobile Video* Efektif Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Menurunkan Lama Diare Balita di Wilayah Puskesmas Kedaton Bandar Lampung
- ❑ Regulasi Diri Pada Penyakit Kronis—*Systemic Lupus Erythematosus*: Kajian Literatur
- ❑ Relaksasi Otot Progresif Menurunkan Stres Keluarga yang Merawat Pasien Gangguan Jiwa
- ❑ Terapi Kelompok Asertif Efektif Meningkatkan Kemampuan Asertif dan Resiliensi pada Remaja di SMPN Padangpanjang

## BERDUKA PADA PEREMPUAN HIV POSITIF

Rizka Ristriyani, Imami Nur Rachmawati\*, Yati Afiyanti

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

\*E-mail: [inrachma@ui.ac.id](mailto:inrachma@ui.ac.id)

---

### Abstrak

HIV sebagai penyakit kronis dapat mengubah kualitas hidup penderitanya. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi intensitas respon berduka pada perempuan HIV positif. Rancangan penelitian menggunakan survey dengan metode pengambilan sampel secara *consecutive sampling*. Jumlah sampel penelitian sebanyak 235 perempuan HIV positif yang menjadi pasien di beberapa Puskesmas di Jakarta, Indonesia. Hasil penelitian didapatkan gambaran *denial* dengan nilai tengah yaitu 2,25 (SD 0,75) berada pada rentang 2,18-2,38; *resistance* dengan nilai tengah yaitu 1,67 (SD 0,89) berada pada rentang 1,84-2,07; *sorrow* dengan nilai tengah yaitu 2,67 (SD 0,93) berada pada rentang 2,26-2,52; dan *acceptance* dengan nilai tengah yaitu 3 (SD 0,72) berada pada rentang 2,79-2,98 pada tingkat kepercayaan 95%. Karakteristik responden menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden adalah ibu rumah tangga (65,5%), menikah sebanyak 56,2% dan 50% responden menyatakan tertular HIV dari pasangannya. Usia termuda pada penelitian ini adalah 18 tahun dan yang tertua adalah 47 tahun. Penelitian ini menemukan bahwa sikap menyangkal perempuan HIV positif berada pada skala sedang, kemarahan pada skala ringan, kesedihan mendalam pada skala sedang, dan penerimaan pada skala mendekati penuh. Karakteristik responden seluruhnya berasal dari fasilitas kesehatan primer yang telah mendapatkan pengobatan dan konseling sehingga hal tersebut mendukung *acceptance* yang penuh pada responden. Namun demikian masih perlu penelitian lebih lanjut mengenai factor-faktor yang memengaruhi berduka pada perempuan HIV positif.

**Kata Kunci:** penerimaan, berduka, menyangkal, perempuan HIV, marah, kesedihan mendalam

### Abstract

**The Grieving Process of The HIV-Positive Women.** HIV as a chronic disease can change the quality of life of sufferers. This study aimed to identify the intensity of grief response in HIV-positive women. The study was a survey which applied a consecutive sampling to involve 235 HIV positive women. The women were at a Community Health Center in Jakarta, Indonesia. The result showed that a mean value of denial was 2.25 (SD 0.75) in the range of 2.18 to 2.38; a mean value of resistance was 1.67 (SD 0.89) in the range of 1.84–2.07; the middle value of sorrow was 2.67 (SD 0.93) in the range 2.26–2.52; and the mean value of acceptance was 3 (SD 0.72) in the range 2.79-2.98 at the 95% confidence level. Characteristics of respondents shows that more than half of respondents were housewives (65.5%), married 56.2% and 50% of respondents said that they contracted HIV from their spouses. The youngest age in this study was 18 years old, and the eldest was 47 years old. The study found that the attitudes of denying was on a moderate scale, anger on a mild scale, sorrow on a moderate scale, and acceptance on near-fullness scale. All of respondents was patient in Primary Care Facilities who receive medication and counseling that might be one of the factors that cause full acceptance of the disease condition. However, further research is needed to identify factors influencing the grieving process of the HIV-positive women.

**Keywords:** acceptance, denial, grieving, resistance, sorrow, HIV women

---

## Pendahuluan

World Health Organization (2015) menyatakan terdapat 16 juta perempuan HIV positif atau 50% dari total penderita HIV AIDS di dunia.

Sebaliknya, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyebutkan jumlah orang terinfeksi HIV lebih banyak 1,3 kali pada laki-laki dibanding-

kan perempuan, namun jumlah kumulatif penderita AIDS berdasar jenis pekerjaan ditemukan tertinggi pada kelompok ibu rumah tangga sebanyak 6539 orang (Kementerian Kesehatan, 2014). Berdasarkan data tersebut, penyebaran HIV pada perempuan tergolong mengkhawatirkan karena telah menyebar pada kelompok yang tidak berisiko seperti ibu rumah tangga dan anak-anak.

Diagnosa medis HIV positif, kehilangan kesehatan dan kesempatan memiliki anak yang sehat dapat menyebabkan berduka pada perempuan HIV positif. Damar dan du Plessis (2010) menyatakan ibu hamil dengan HIV positif berduka karena tertular HIV dari suaminya dengan bereaksi marah kepada Tuhan. Dewi, Setyowati, dan Afiyanti (2008) menyatakan perempuan hamil yang terdiagnosa HIV positif cemas akan keselamatan janinnya. Berduka pada perempuan HIV positif juga dapat terjadi ketika pasangan, anak, atau keluarganya meninggal karena AIDS. Demmer (2010) menyatakan seorang ibu harus menahan dukanya kehilangan anak yang meninggal dan berjuang menghidupi anaknya yang lain. Berdasarkan hal tersebut, perempuan HIV positif dapat mengalami kehilangan dan proses berduka lebih dari satu kehilangan (*multiple loss*).

Beberapa penelitian sebelumnya telah membahas secara kualitatif mengenai berduka pada pasien HIV AIDS namun masih terdapat keterbatasan mengenai intensitas dari masing-masing respon berduka yang dialami oleh kelompok

spesifik, yakni perempuan HIV positif. Oleh karena itu tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tahapan berduka yang dialami perempuan HIV positif.

## Metode

Penelitian survai ini melibatkan sampel sebanyak 235 perempuan HIV positif. *Consecutive sampling* diterapkan pada responden dengan kriteria inklusi perempuan HIV positif, dalam kondisi umum yang baik, dalam pengobatan *Antiretroviral* (ARV), dan sukarela menjadi responden. Analisis data pada penelitian yaitu univariat. Adapun instrumen yang digunakan antara lain data demografi, kuesioner modifikasi *Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ)* dari Boer, et al., (2014). Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Orang dengan HIV AIDS (ODHA) mudah mendapatkan pengobatan dan konseling di Poli *Voluntary Counseling and Testing (VCT)* di Puskesmas sehingga responden mudah terjaring. Oleh sebab itu tempat pelaksanaan penelitian dilakukan di Puskesmas Kecamatan di lima wilayah Kotamadya DKI Jakarta, Indonesia.

## Hasil

Tabel 1 menggambarkan intensitas respon berduka pada perempuan HIV positif. Tabel 2 menggambarkan karakteristik responden.

Tabel 1. Nilai Tengah *Denial*, *Resistance*, *Sorrow*, dan *Acceptance* pada Perempuan HIV Positif

Variabel	Median	SD	CI 95%
<i>Denial</i>	2,25	0,75	2,18–2,38
<i>Resistance</i>	1,67	0,89	1,84–2,07
<i>Sorrow</i>	2,67	0,93	2,26–2,52
<i>Acceptance</i>	3	0,72	2,79–2,98

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Menurut Jenis Pekerjaan, Pendapatan, Status Pernikahan, Status HIV Pasangan, Sumber Penularan, dan Lama Mengetahui pada Perempuan HIV Positif

Variabel	Persentase (%)
<b>Jenis Pekerjaan</b>	
a. Ibu rumah tangga	65,5
b. Wiraswasta	8,5
c. Karyawan	18,7
d. Pekerja informal	0,9
e. Lain-lain	6,4
<b>Pendapatan</b>	
a. Kurang dari upah minimum regional	74,9
b. Lebih dari sama dengan upah minimum regional	25,1
<b>Status Pernikahan</b>	
a. Tidak menikah	8,5
b. Menikah	56,2
c. Janda karena cerai	14
d. Janda karena suami meninggal	21,3
<b>Status HIV pasangan</b>	
a. Positif	60,4
b. Negatif	11,5
c. Belum diketahui	28,1
<b>Sumber penularan</b>	
a. NAPZA dengan jarum suntik	20,9
b. Transfusi darah	1,7
c. Pasangan terinfeksi lebih dahulu	50,2
d. Berhubungan seksual dengan lebih dari satu pasangan	11,1
e. Tidak tahu	16,2
<b>Lama mengetahui terinfeksi HIV</b>	
a. Kurang dari 12 bulan	25,5
b. Lebih dari 12 bulan	74,5

Tabel 1 menunjukkan bahwa subvariabel *denial* dengan nilai tengah 2,25 dengan tingkat kepercayaan 95% berada pada estimasi rentang 2,18–2,3 menunjukkan bahwa sikap menyangkal yang ditunjukkan perempuan HIV positif berada pada skala sedang. Subvariabel *resistance* dengan nilai tengah 1,67 dengan tingkat kepercayaan 95% berada pada estimasi rentang 1,84–2,07 sehingga dapat diartikan bahwa sikap marah perempuan HIV positif berada pada skala yang rendah. Subvariabel *sorrow* dengan nilai tengah 2,67 dengan tingkat kepercayaan 95% berada pada estimasi rentang 2,26–2,52, artinya perempuan HIV positif mengalami kesedihan pada skala sedang. Adapun

subvariabel *acceptance* dengan nilai tengah 3 dengan tingkat kepercayaan 95% berada pada estimasi rentang 2,79–2,98 menunjukkan sikap penerimaan perempuan akan status HIV positifnya mendekati penerimaan penuh.

## Pembahasan

**Fase *Denial*.** Kubler Ross dalam Videbeck (2011) menyatakan tahapan berduka meliputi menyangkal, marah, tawar-menawar, depresi, dan menerima. Sikap menyangkal sebagai salah satu respon berduka dapat disebabkan berbagai faktor. Hasil penelitian ini menemukan responden mengalami penyangkalan dalam

skala sedang. Secara umum, ketika individu terdiagnosis penyakit akan mengalami kehilangan dan proses berduka.

Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa penderita HIV positif dapat menyangkal status HIV positifnya karena tidak merasakan gejala keparahan penyakit HIV AIDS (Wringe, et al., 2009). Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian menemukan bahwa mayoritas responden hanya merasakan gejala HIV dengan intensitas ringan seperti sakit kepala, kelelahan, penurunan berat badan, gangguan ginekologi, dan sebagainya. Kondisi demikian dapat menyebabkan perempuan HIV positif tidak merasakan suatu penyakit yang mengganggu fungsi tubuhnya sehingga memunculkan sikap menyangkal akan status HIV positif.

Selain itu, penderita HIV positif menyangkal statusnya juga disebabkan oleh malu yang berhubungan dengan HIV AIDS. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa malu dan tidak nyaman membicarakan tentang HIV AIDS dikarenakan sikap menyangkal (Piper, Enah, & Daniel, 2014). Malu yang berhubungan dengan HIV AIDS dapat disebabkan oleh stigma HIV di masyarakat yang mengaitkan antara sumber penularan HIV AIDS dengan prostitusi dan pelanggaran norma moral.

Dahulu penularan HIV AIDS terjadi pada kelompok populasi kunci seperti wanita pekerja seks (WPS) dan pengguna jarum suntik (penasun). Namun demikian, beberapa dekade terakhir penularan HIV AIDS telah meluas kepada kelompok bukan populasi kunci seperti ibu rumah tangga dan anak yg merasa sebagai individu yang selalu menjaga norma moral (Rahmalia, et al., 2015).

Hasil penelitian ini diketahui bahwa mayoritas responden adalah ibu rumah tangga yang sumber penularan HIV didominasi oleh hubungan seksual dengan suami. Oleh karena itu, mayoritas responden pada penelitian ini dapat menyangkal akan statusnya karena malu dan stigma HIV di masyarakat.

Ibu rumah tangga cenderung tidak mengetahui jika suaminya terinfeksi HIV positif sehingga dapat mengakibatkan penyangkalan ketika dirinya pun terinfeksi HIV positif dari suami. Kondisi demikian sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa perempuan baru mengetahui dirinya terinfeksi HIV positif dari suaminya setelah suaminya terjangkit AIDS dan menyebabkan sikap marah dan menyangkal (Damar & du Plessis, 2010).

**Fase *Resistance*.** Penelitian ini menemukan bahwa sikap marah perempuan karena terinfeksi HIV positif berada pada level rendah. Kondisi demikian dapat disebabkan karena perempuan cenderung menahan kemarahannya dan memilih untuk melanjutkan tugas merawat suami dan anaknya. Penelitian sebelumnya menyebutkan norma di masyarakat mewajibkan perempuan untuk mengabdikan kepada suami termasuk merawat suami yang sakit, oleh karena itu mayoritas perempuan merasa tidak tepat untuk meluapkan kemarahannya kepada suami yang terbaring tidak berdaya karena AIDS (Damar & du Plessis, 2010).

Selain itu hasil penelitian menemukan bahwa semakin banyak jumlah anak yang dimiliki maka semakin berkurang marah pada perempuan HIV positif. Semakin banyak anak yang dimiliki maka fokus dan waktu seorang ibu lebih diutamakan untuk merawat anaknya dibanding untuk marah karena terinfeksi HIV positif. Walulu (2007) menyatakan memiliki anak merupakan motivasi utama bagi perempuan HIV untuk serius merawat diri mereka sendiri, hidup sehat dan positif sehingga dapat merawat anak mereka sebaik mungkin kemudian. Perempuan HIV lebih memikirkan siapa yang akan merawat anaknya nanti apabila mereka sakit daripada terus dihindangi kemarahan dan kesedihan (Damar & du Plessis, 2010).

Hal ini mencerminkan bahwa perempuan dapat teralihkan marahnya karena lebih penting untuk tugas merawat keluarga. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa perempuan SubSahara Afrika yang ter-

infeksi HIV positif memendam perasaan dan lebih mementingkan merawat anak yang masih hidup di lingkungan yang kekurangan sumber daya dan tingginya stigma (Demmer, 2010).

Selain karena nilai merawat keluarga, perempuan juga memiliki nilai menerima keadaan yang disebut dengan takdir. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa perempuan HIV positif awalnya bereaksi marah mempertanyakan Tuhan mengenai takdir namun akhirnya perempuan meresapi dan menerima takdir Tuhan yang tidak bisa diubah (Damar & du Plessis, 2010; Kaplan, 2011).

Kondisi demikian dapat didukung dengan kondisi spiritual yang baik. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden beribadah rutin setiap hari dan menyatakan setuju untuk mengampuni sesama. Bekal keyakinan akan adanya Tuhan dan sikap memaafkan pada hasil penelitian dapat menurunkan *resistance* pada perempuan HIV positif.

Penelitian sebelumnya menemukan bahwa sikap marah masih dapat dikontrol berhubungan signifikan dengan kepatuhan pengobatan, sebaliknya pasien yang mudah untuk marah dan tidak mampu mengontrol kemarahan menyebabkan tidak patuh pengobatan (Leombruni, et al., 2009). Sementara sikap marah dapat diturunkan dengan intervensi koping penerimaan positif pada penderita HIV positif (Bormann & Carrico, 2009).

**Fase *Sorrow*.** *Sorrow* pada penelitian ini berada pada skala sedang, hal tersebut dapat disebabkan mayoritas responden adalah ibu rumah tangga yang menyatakan setuju telah mengalami kesedihan mendalam karena terinfeksi HIV positif. Populasi kunci seperti wanita pekerja seks (WPS) telah mengetahui bahwa pekerjaannya berisiko terinfeksi HIV AIDS sehingga WPS berpeluang mengantisipasi berduka (*antipatory grief*). Berbeda dengan ibu rumah tangga yang tidak pernah berperilaku berisiko dan tidak pernah me-

nyangka akan terinfeksi HIV sehingga respon menyangkal dan depresi lebih sering ditunjukkan oleh mayoritas kelompok ibu rumah tangga.

Kesedihan dan depresi yang diidentifikasi pada penelitian masih dalam respon normal dan berskala sedang. Apabila skala yang ditunjukkan pada depresi adalah intensitas berat maka umumnya pasien tidak mampu mengerjakan aktivitas kesehariannya dan larut dalam kesedihannya serta tidak mampu berkomunikasi efektif dengan orang lain. Videbeck (2011) menyatakan pasien dengan gejala depresi mayor bahkan tidak ingin bangun dari tempat tidurnya sehingga perawat harus mengkaji pola makan dan tidur pasien untuk mengetahui jika memang ada perubahan.

Gejala kesedihan mendalam dan depresi berat tidak ditemukan pada penelitian, melainkan responden telah asertif melanjutkan hidup, mampu berkomunikasi, dan mayoritas responden memiliki konsep diri yang baik. Hal tersebut dapat disebabkan semua responden pada penelitian ini telah mendapatkan pelayanan kesehatan dan konseling serta tergabung dalam kelompok dukungan sebaya. Hal tersebut dapat meningkatkan konsep diri pada perempuan dengan HIV positif.

Sesuai dengan penelitian yang menyatakan kelompok dukungan sebaya dapat meningkatkan kepercayaan diri, tingkat pengetahuan akan HIV, memudahkan akses ke pelayanan HIV, dan kegiatan positif lainnya (Handayani, 2011). Selain itu, penelitian lain juga menyebutkan bahwa banyak penderita HIV positif melaporkan dengan adanya konseling dari tenaga kesehatan membantu ODHA mempunyai koping sehingga dapat menerima kenyataan tentang hasil status HIV positif (Adedimeji, Alawode, & Odutolu, 2010).

Kesedihan mendalam maupun depresi sering dialami oleh perempuan HIV positif namun intensitasnya dapat dikurangi dengan adanya dukungan orang terdekat, tenaga kesehatan

dan sesama penderita HIV positif. Konseling dan informasi yang adekuat dan tepat dapat membantu perempuan HIV positif melanjutkan hidup dan patuh akan pengobatan. Selain itu, kelompok dukungan sebaya dapat menjadi role model bahwa penderita HIV AIDS masih dapat bertahan hidup bahkan terlihat sehat dan mampu beraktivitas seperti biasa.

**Fase *Acceptance*.** Perempuan HIV positif pada penelitian memiliki skala penerimaan penuh. Penelitian sebelumnya menyebutkan level penerimaan yang rendah berhubungan dengan sikap menyalahkan diri sendiri pada perempuan HIV positif (Tartakovsky & Hamama, 2012). Sementara penerimaan yang tinggi akan status HIV positif berhubungan dengan coping spiritual yang digunakan (Lyimo, et al., 2014).

Responden dalam penelitian menunjukkan bahwa skala penuh dapat disebabkan oleh nilai untuk menerima segala sesuatu dalam hidupnya. Sebagian besar perempuan dididik dalam nilai-nilai budaya yg ditanamkan sedari kecil bahwa perempuan diharapkan menerima takdirnya. Murtisari (2013) menyatakan setiap individu memiliki tanggung jawab moral untuk menjaga keharmonisan oleh karena itu mereka harus menerima takdir mereka, sama seperti nilai yang diyakini orang Jawa harus bisa *narima* atau menerima posisinya dalam hidup dan nasibnya dengan melanjutkan hidup dan bersyukur. Dengan demikian nilai tersebut dapat menyebabkan perempuan HIV positif menunjukkan sikap penerimaan penuh akan status HIV dan lebih memikirkan masa depan anak-anaknya.

Perempuan berperan tidak hanya sebagai individu melainkan pula sebagai seorang ibu yang menjaga anak-anaknya. Perempuan merasa khawatir mengenai perawatan anak-anaknya jika dirinya meninggal. Oleh sebab itu, perempuan HIV positif tetap melanjutkan hidup bagi dirinya dan bagi kelangsungan hidup anak-anaknya. Damar dandu Plessis (2010) menyatakan perempuan HIV positif menerima takdir bahwa suaminya meninggal karena

AIDS dan dirinya pun terinfeksi HIV positif namun perempuan tetap melanjutkan hidupnya demi menjaga anaknya yang masih hidup. Demmer (2010) menyatakan perempuan HIV positif di Afrika Selatan berjuang menafkahi anak-anaknya dan melindungi mereka dari stigma HIV.

Selain nilai menerima takdir, perempuan HIV positif mampu menerima statusnya dapat disebabkan oleh adanya dukungan sosial dari tenaga kesehatan. Penelitian sebelumnya menyatakan perempuan HIV positif di India memiliki beban ganda untuk merawat anak-anaknya, suaminya yang sakit, stigma, dan kesulitan ekonomi namun mampu menghadapi semua itu dengan efektif disebabkan adanya dukungan sosial dan coping religi (Sharma, 2012).

Perempuan HIV positif menerima status HIV positifnya karena beranggapan dirinya sama seperti orang sehat lainnya yang mampu beraktivitas sehari-hari seperti biasa dengan syarat pengobatan yang teratur dan menghindari perilaku berisiko. Keyakinan tersebut yang memudahkan perempuan HIV positif untuk menerima status HIVnya. Phiri, Haas, Msukwa, Tenthani, Keiser, dan Tal (2018) menyatakan perempuan HIV positif merasakan dirinya baik-baik saja dan kuat dan termotivasi melanjutkan ART karena mereka percaya pengobatan terbukti memperbaiki kesehatan mereka sendiri dan anak-anak mereka. Perempuan HIV positif mengalami pengalaman transformasi positif dan pendewasaan termasuk terkait dengan kesehatan, spiritualitas, penerimaan diri, dan kepercayaan diri (Teti, French, Bonney, & Lightfoot, 2015).

Kepercayaan diri dan pikiran positif pada perempuan HIV positif umumnya dibentuk setelah bertemu dengan kelompok sebayanya dan konseling dengan tenaga kesehatan. Kondisi demikian justru membuat jumlah imunitas tubuh meningkat dan kualitas hidup penderita HIV positif menjadi lebih baik. Hal tersebut dapat dilihat dari kondisi umum responden

yang terlihat baik karena seluruh responden berasal dari pasien rawat jalan yang telah mendapatkan pelayanan kesehatan dan mendapatkan dukungan sebaya.

## Kesimpulan

Pada perempuan dengan HIV positif mendapatkan sikap menyangkal berada pada skala sedang, kemarahan pada skala ringan, kesedihan mendalam pada skala sedang, dan penerimaan pada skala yang mendekati penerimaan penuh. Responden pada penelitian ini adalah mayoritas ibu rumah tangga yang sumber penularan HIV berasal dari suaminya. Sebagian terdapat janda yang penghasilannya di bawah upah minimum regional (UMR) sehingga harus berjuang menghidupi dan merawat anak-anaknya. Selain itu, mayoritas responden telah terinfeksi HIV positif lebih dari satu tahun lamanya.

Sehubungan dengan semua responden adalah pasien pada poli VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) di fasilitas pelayanan primer sehingga responden telah mendapatkan pelayanan konseling dan pengobatan. Hal ini menjadi salah satu hal yang berkontribusi mendukung penerimaan penuh pada responden. Namun demikian, masih diperlukan penelitian lanjut mengenai faktor-faktor yang memengaruhi berduka (AT, HR, PN).

## Ucapan Terima Kasih

Penelitian ini didanai Lembaga Pengelola Dana Pendidikan, Kementerian Keuangan Republik Indonesia. Ucapan terima kasih diucapkan kepada Pimpinan dan jajaran dari Suku Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, Kepala Puskesmas beserta tenaga kesehatan di DKI Jakarta. Terima kasih luar biasa kepada Ikatan Perempuan Positif Indonesia, Yayasan Kotex, Yayasan Tegak Tegar, dan Yayasan Anak dan Perempuan yang telah membantu dalam pengambilan data.

## Referensi

- Adedimeji, A.A., Alawode, O.O., & Odutolu, O. (2010). Impact of Care and Social Support on Wellbeing among people living with HIV/AIDS in Nigeria. *Iran J Public Health*, 39 (2), 30–38.
- Boer, L.M., Daudey, L., Peters, J.B., Molema, J., Prins, J.B., & Vercoulen, J.H. (2014). Assessing the stages of the grieving process in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): validation of the Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ). *International Journal of Behavioral Medicine*, 21 (3), 561–570.
- Bormann, J.E., & Carrico, A.W. (2009). Increases in positive reappraisal coping during a group-based mantram intervention mediate sustained reductions in anger in HIV-positive persons. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16 (1), 74–80.
- Damar, A.P., & du Plessis, G. (2010). Coping versus grieving in a “death-accepting” society: AIDS-bereaved women living with HIV in Indonesia. *Journal Of Asian And African Studies*, 45(4), 424–431.
- Demmer, C. (2010). Experiences of women who have lost young children to AIDS in KwaZulu-Natal, South Africa: a qualitative study. *Journal of the International AIDS Society*, 13, 50.
- Dewi, Y.I., Setyowati, S., & Afyanti, Y. (2008). Stres dan koping perempuan hamil yang didiagnosis HIV AIDS di DKI Jakarta: Studi grounded theory. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12 (2), 121–128. doi: 10.7454/jki.v12i2.210.
- Handayani, S. (2011). *Peran dukungan sebaya terhadap mutu hidup ODHA di Indonesia Tahun 2011 (Studi Kualitatif di 10 Propinsi)*. Jakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof Dr. Hamka. Retrived from <https://lemlit.uhamka.ac.id/index.php/berita/artikel-penelitian/93-06012012104405/peran-dukkungan-sebaya>.

- Kaplan, R. L. (2011). *Living with HIV/AIDS in Lebanon: Women's Perceptions of Meaning* (Dissertations and Theses). University of California, Los Angeles, Ann Arbor.
- Kementerian Kesehatan. (2014). *Situasi dan analisis HIV AIDS*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Leombruni, P., Fassino, S., Lavagnino, L., Orofino, G., Morosini, P., & Picardi, A. (2009). The role of anger in adherence to highly active antiretroviral treatment in patients infected with HIV. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78 (4), 254–257.
- Lyimo, R.A., Stutterheim, S.E., Hospers, H.J., de Glee, T., van der Ven, A., & de Bruin, M. (2014). Stigma, disclosure, coping, and medication adherence among people living with HIV/AIDS in Northern Tanzania. *AIDS Patient Care and STDs*, 28 (2), 98–105.
- Murtisari, E.T. (2013). Some Traditional Javanese Values in NSM: From God to Social Interaction. *International Journal of Indonesian Studies*, 1, 110–125.
- Phiri, N., Haas, A.D., Msukwa, M.T., Tenthani, L., Keiser, O., & Tal, K. (2018). "I found that I was well and strong": Women's motivations for remaining on ART under option B+ in Malawi. *PLoS One*, 13 (6), e0197854. doi: 10.1371/journal.pone.0197854.
- Piper, K., Enah, C., & Daniel, M. (2014). Black southern rural adolescents' HIV stigma, denial, and misconceptions and implications for HIV prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 52 (6), 50–56.
- Rahmalia, A., Wisaksana, R., Meijerink, H., Indrati, A.R., Alisjahbana, B., Roeleveld, N., ... van Crevel, R. (2015). Women with HIV in Indonesia: Are they bridging a concentrated epidemic to the wider community? *BMC Research Notes*, 8 (1), 757.
- Sharma, N. (2012). Role of coping styles in quality of life of people living with HIV/AIDS, 3 (1), 6–9.
- Tartakovsky, E., & Hamama, L. (2012). Mothers of children infected with HIV: How mothers' cognitive coping strategies are related to their psychological distress and acceptance of their children. *Cognitive Therapy and Research*, 36 (6), 681–684.
- Teti, M., French, B., Bonney, L., & Lightfoot, M. (2015). "I created something new with something that had died": Photo-narratives of positive transformation among women with HIV. *AIDS and Behavior*, 19 (7), 1275–1287. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10461-015-1000-7.
- Videbeck, S.L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing* (5th Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Walulu, R.N. (2007). *Mothers living with HIV disease: A grounded theory study* (Master's Thesis). Available from Nursing & Allied Health Database; ProQuest Dissertations & Theses Global (304733896). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/304733896?accountid=17242>.
- World Health Organization. (2015). *HIV AIDS*. Retrieved from <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs360/en/>
- Wringe, A., Roura, M., Urassa, M., Busza, J., Athanas, V., & Zaba, B. (2009). Doubts, denial and divine intervention: Understanding delayed attendance and poor retention rates at a HIV treatment programme in rural Tanzania. *AIDS Care*, 21 (5), 632–637.

## KUALITAS HIDUP PASIEN SKIZOFRENIA DIPERSEPSIKAN MELALUI STIGMA DIRI

Ice Yulia Wardani\*, Fajar Apriliana Dewi

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

\*E-mail: iceyulia1@yahoo.com

---

### Abstrak

Skizofrenia merupakan sekumpulan gejala atau sindrom yang dapat menyebabkan masalah kejiwaan yang sangat serius. Stigma diri muncul akibat efek negatif penilaian orang lain terhadap pasien Skizofrenia sehingga mengakibatkan penurunan kemampuan kerja, fungsi sosial, harga diri, dan harapan. Kualitas hidup pasien Skizofrenia erat kaitannya dengan disabilitas yang dialaminya berupa perubahan kognitif dan persepsi dalam menjalani kehidupan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kualitas hidup pasien skizofrenia melalui stigma diri. Desain penelitian ini adalah *descriptive corelative* dengan pendekatan *cross sectional*, sampel 92 responden yang dipilih menggunakan teknik *consecutive sampling*. Analisis uji statistik menggunakan *correlation test*. Hasil dari penelitian adalah ada hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien Skizofrenia dengan korelasi negatif ( $r = -0,568$ ,  $p = 0,00$ ). Level stigma diri termasuk kedalam klasifikasi stigma tinggi dan klasifikasi kualitas hidup yang rendah. Penelitian ini merekomendasikan pelaksanaan intervensi keperawatan yang berorientasi pada pasien berupa pencegahan stigma negatif dan peningkatan kualitas hidup.

**Kata kunci:** kualitas hidup, Skizofrenia, stigma diri

### Abstract

**Quality of Life Schizophrenia Patients Treated Through Self Stigma.** Schizophrenia is a syndrome that could induce seriously psychology problems. Self stigma can induce because of consequence of negative stereotype in patients with Schizophrenia with the result that diminished ability to work, social function, self-esteem and hope. Quality of life in patients with Schizophrenia related to disability because of impaired cognitive and perception in their life. This study was conducted to correlation between self stigmawith quality of life in patients Schizophrenia. Methodology use descriptive correlative with cross sectional study, used 92 patients with a diagnosis of Schizophrenia and used consecutive sampling. Statistical analysis test using correlation test. Result this study, there is significance correlation between self stigma and quality of life ( $p = 0.00 < 0.005$ ) ( $r = -0.865$ ). The level of self stigma of patients with schizophrenia was determined to be high, and the self stigma had a negative impact on the quality of life. This study recommends the implementation of patient oriented nursing interventions in the form of prevention of negative stigma and improvement of quality of life

**Keywords:** internalized stigma, quality of life, Schizophrenia

---

## Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap stressor yang muncul dari dalam dan luar individu, sehingga mengakibatkan perubahan pola pikir, persepsi, tingkah laku dan perasaan yang berbeda dengan norma atau budaya yang ada, serta gangguan pada fungsi fisik dan sosial yang menimbulkan gejala kesulitan

dalam berhubungan sosial dan kemampuan kerja (Townsend, 2011). Salah satu diagnosis gangguan jiwa adalah Skizofrenia. Skizofrenia adalah gangguan jiwa dimana terjadi gangguan neurobiologi dengan karakteristik kekacauan pada pola pikir dan isi pikir, halusinasi dan delusi, serta kekacauan pada proses persepsi, afek dan perilaku sosialnya (Kopelowicz, Liberman & Wallace, 2003).

Prevalensi Skizofrenia penduduk dunia sekitar 1,1 %, jika jumlah penduduk dunia menurut PBB pada tahun 2012 mencapai 7,2 milyar maka ada sekitar 72 juta penduduk dunia mengalami gangguan jiwa dan 40% dari mereka dilaporkan tidak mendapatkan terapi kejiwaan apapun yang berdampak pada pemasangan, kekerasan, dan pengangguran (*National Advisory Mental Health Council, 2001: National Institute of Mental Health, 2008: Shives, 2012*). Prevalensi Skizofrenia di Amerika Serikat sebesar 1,5% dengan umur hidup sebesar 0,7% yang didapat dari hasil interview (*WHO, 2011*).

Gejala residu muncul akibat ada *stressor* dari lingkungan dan kurangnya dukungan sosial pada pasien Skizofrenia (*Lysaker, Davis, Warman, Strasburger, & Beattie, 2007*). Dukungan sosial yang baik secara psikologis berhubungan dengan peningkatan motivasi dan ekspresi senang pada pasien Skizofrenia, sedangkan dukungan sosial yang kurang berdampak pada rendahnya fungsi sosial (*Sibitz, et al., 2011*). *Staring, Van der Gaag, Van den Berge, Duivenvoorden, dan Mulder (2009)* mengatakan bahwa adanya hubungan antara harga diri rendah pasien Skizofrenia dengan perlakuan dari lingkungan sosial yang berakibat terstigmanya pasien Skizofrenia.

*Mashiach-Eizenberg, Hasson-Ohayon, Yanos, Lysaker, dan Roe (2013)* menyebutkan Skizofrenia dengan stigma diri negatif memunculkan harapan (*hope*) yang rendah, mengakibatkan rendahnya harga diri dan kemampuan diri sehingga secara langsung berhubungan dengan proses pemulihan berupa penurunan kesadaran atau tilik diri terhadap penyakit yang selanjutnya sangat berdampak pada kualitas hidup pasien Skizofrenia. Penelitian *Sibitz, et al. (2011)* tentang pengaruh *social network*, stigma diri dan dukungan dengan kualitas hidup pasien Skizofrenia di Austria, menyatakan ada hubungan yang signifikan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien Skizofrenia dengan arah hubungan negatif, apabila stigma diri tinggi maka kualitas hidup rendah.

Menurut *Da silva, Mason, Abelha, Lovisi, dan Cavalcanti (2011)* kualitas hidup mencakup beberapa hal meliputi, kesehatan fisik, kesehatan mental, tingkat ketergantungan, kepercayaan individu dan hubungan dengan lingkungan sekitarnya yang diwujudkan dalam semangat untuk memperoleh sumber penghasilan, memelihara diri sendiri dan kemandirian yang disesuaikan dengan usia. Pengkajian kualitas hidup yang berhubungan dengan gangguan jiwa berfokus pada gejala, penurunan dan ketidakmampuan individu yang berdampak pada gangguan jiwa berat dari kesengsaraan jangka panjang dan penyakit yang membuat *disable* seperti Skizofrenia (*Gigantesco & Giuliani, 2011*). Berdasarkan uraian tersebut maka pertanyaan penelitian ini adalah “Bagaimanakah hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pada pasien Skizofrenia di rumah sakit jiwa?”

## Metode

Desain penelitian menggunakan *descriptive correlative* dengan metode *cross sectional*. Jumlah responden sebanyak 92 dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *consecutive sampling*. Responden merupakan pasien poli psikiatri salah satu rumah sakit jiwa di Jakarta. Kriteria inklusi responden, yaitu: (a) Pasien Skizofrenia sesuai DSM IV-TR (rekomendasi psikiater penanggungjawab pasien) dan menjalani pengobatan di poliklinik rawat jalan secara teratur minimal satu kali dalam satu bulan; (b) Dapat membaca dan menulis; (c) Bersedia dan mampu berpartisipasi dalam penelitian; (d) Usia 20–60 tahun; (e) Tidak ketergantungan alkohol dan obat terlarang; (f) Pasien pada masa stabil minimal 4 bulan setelah rawat inap.

Instrumen stigma diri yang digunakan *Internalized Stigma Mental Illness* menurut *Boyd, Adler, Otilingam dan Peters (2013)*, terdiri dari 29 pernyataan dengan skala likert dengan nilai 1-4. Kualitas hidup menggunakan WHOQOL-BREF versi Indonesia terdiri dari 26 pertanyaan dengan skala likert 1–5. Karakteristik responden terdiri atas 9 pertanyaan.

Prosedur pengumpulan data meliputi surat izin pengambilan data, penjelasan kepada responden, pengisian persetujuan, pengambilan data, pengolahan data, dan analisis data. Analisis data yaitu univariat (karakteristik responden, stigma diri dan kualitas hidup) dan analisis bivariat (stigma diri dan kualitas hidup) dengan uji korelasi.

## Hasil

Gambaran karakteristik responden yang sesuai kriteria inklusi diuraikan pada Tabel 1. Berdasarkan Tabel 1, hasil analisis dari 92 responden terbanyak laki-laki 73 (79,3%), menikah 72 (78,3%), SMA 50 (54,3%) tidak bekerja 69 (75%), frekuensi rawat inap  $\leq 3$  kali 79 (85,9%), ada riwayat keluarga dengan menderita Skizofrenia 66 (71,7%).

Berdasarkan Tabel 2, didapatkan rerata usia responden adalah 34,39 tahun (SD= 8,027). Re-

rata usia onset adalah 24,03 tahun (SD= 7,016). Rerata lamanya sakit adalah 10,48 tahun (SD= 7,301).

Berdasarkan Tabel 3 digambarkan bahwa komposit total stigma diri mempunyai nilai rata-rata 60,75 (SD= 7,62) nilai terendah 38 tertinggi 74 (pada skor 24-96). Nilai rata-rata perilaku mengasingkan diri 15,29 (SD= 2,72) nilai terendah 9 dan nilai tertinggi 21 (pada skor 6-24). Dukungan terhadap stereotip rata-rata 17,30 (SD= 2,78) nilai terendah 7 dan tertinggi 23 (pada skor 7-28). Pengalaman diskriminasi memiliki nilai rata-rata 12,66 (SD= 1,89) nilai terendah 8 tertinggi 20 (pada skor 5-20). Menarik diri dari lingkungan sosial mempunyai nilai rerata 15,48 (SD= 2,60) (pada skor 6–24) dan perlawanan stigma 14,97 (SD= 2,20) nilai terendah 8 tertinggi 19 (pada skor 5–20).

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 4 dapat dijelaskan bahwa komposit rata-rata kualitas

Tabel 1. Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Pendidikan, Status Pekerjaan, Frekuensi Rawat Inap, dan Riwayat Keluarga

Variabel	Jumlah	Presentase (%)
Jenis Kelamin:		
Laki-laki	73	79,3
Perempuan	19	20,7
Status Pernikahan:		
Menikah	15	16,3
Belum Menikah	72	78,3
Berceraai	5	5,4
Pendidikan:		
SD	14	15,2
SMP	19	20,7
SMA	50	54,3
Perguruan Tinggi/D3	9	9,3
Status Pekerjaan		
Bekerja	29	25
Tidak bekerja	69	75
Frekuensi Rawat Inap		
>3 Kali	13	14,1
$\leq 3$ Kali	79	85,9
Riwayat Keluarga		
Ada	26	28,3
Tidak Ada	66	71,7

Tabel 2. Distribusi Rata-rata Berdasarkan Usia, Usia Onset, dan Lama Sakit

Variabel	Mean	Median	SD	Min–maks	95% CI
Usia	34,39	33,50	8,027	20–55	32,73–36,05
Usia Onset	24,03	23,0	7,016	9–44	22,58–25,49
Lama Sakit	10,48	10,0	7,301	1–32	8,97–11,99

Tabel 3. Distribusi Rata-rata Stigma Diri pada Pasien Skizofrenia

Variabel	Mean	Median	SD	Min–maks	95% CI
Stigma Diri	60,75	61,50	7,62	38–74	59,16–62,33
Perilaku Mengasingkan Diri	15,29	15,27	2,72	9–21	14,72–15,85
Dukungan terhadap Stereotip	17,30	17,00	2,78	7–23	16,72–17,88
Pengalaman Diskriminasi	12,66	12,50	1,89	8–20	12,27–13,05
Menarik Diri dari Lingkungan Sosial	15,48	16,00	2,60	6–19	14,94–16,02
Perlawanan Stigma	14,97	15,00	2,20	8–19	14,52–15,43

Tabel 4. Distribusi Rata-rata Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia

Variabel	Mean	Median	SD	Min–Maks	95 %CI
Kualitas hidup	6,92	59,00	11,60	44–85	64,52–69,32
Kualitas hidup secara umum	2,56	2,50	0,78	1–5	2,40–2,72
Kepuasan kesehatan fisik secara umum	2,47	2,00	0,73	1–5	2,32–2,63
Kesehatan fisik	18,89	18,00	3,65	9–26	18,13–19,64
Psikologis	15,46	15,50	3,72	9–21	14,69–16,23
Hubungan Sosial	7,97	8,00	2,87	4–12	7,62–8,32
Lingkungan	18,22	17,00	4,01	12–16	17,39–19,06

Tabel 5 Hubungan Antara Stigma Diri dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia

Variabel Dependen	Variabel Independen	R	p
Stigma Diri	Kualitas hidup	-0,568	0,000
	Kualitas hidup secara umum	-0,415	0,000
	Kepuasan kesehatan fisik secara umum	-0,206	0,04
	Kesehatan fisik	-0,557	0,000
	Psikologis	-0,399	0,000
	Hubungan Sosial	-0,536	0,000
	Lingkungan	-0,518	0,000

hidup pasien Skizofrenia secara keseluruhan adalah 66,92 (SD= 11,60) nilai terendah 44 dan tertinggi 88 (pada skor 26–130). Nilai rata-rata untuk kualitas hidup secara umum 2,56 (SD= 0,78) nilai terendah 1 dan tertinggi 5 (pada skor 1–5). Nilai rata-rata kepuasan kesehatan fisik secara umum 2,47 (SD= 2,00) nilai terendah 1 dan tertinggi 5 (pada skor). Nilai rata-rata kesehatan fisik adalah 18,89 (SD= 3,65) nilai terendah 9 dan tertinggi 26 (pada skor 7–35). Nilai rata-rata sub variabel psikologis sebesar 15,46 (SD= 3,72) nilai terendah 9 dan tertinggi 21 (pada skor 6–30). Nilai rata-rata sub variabel hubungan sosial sebesar 7,97 (SD= 2,87) nilai terendah 4 dan tertinggi 12 (pada skor 3–15). Nilai rata-rata sub variabel lingkungan sebesar 18,22 (SD= 4,01) nilai terendah 12 dan tertinggi 16 (pada skor 8–40).

Hasil analisis bivariat antara stigma diri dengan sub variabel kualitas hidup didapatkan ada hubungan yang signifikan antara stigma diri (skor total) dengan kualitas hidup (skor total) ( $p=0,000$ ) ( $r= -0,568$ ). Ada hubungan yang signifikan antara stigma diri dengan kualitas hidup secara umum ( $p= 0,000$ ) ( $r= -0,415$ ). Ada hubungan yang signifikan antara stigma diri dengan kepuasan kesehatan secara umum ( $p= 0,04$ ) ( $r= -0,206$ ). Ada hubungan yang signifikan antara stigma diri dengan kesehatan fisik ( $p= 0,000$ ) ( $r= -0,557$ ). Ada hubungan yang signifikan antara stigma diri dengan psikologis ( $p= 0,000$ ) ( $r= -0,399$ ). Ada hubungan yang signifikan antara stigma diri dengan hubungan sosial ( $p= 0,000$ ) ( $r= -0,536$ ).

## Pembahasan

**Karakteristik Responden.** Hasil penelitian didapatkan rerata usia pasien Skizofrenia 34,39 tahun. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian oleh Üçok, Karadayi, Emiroğlu, dan Sartorius (2013) bahwa usia rata-rata pasien Skizofrenia di sebuah rumah sakit jiwa di Turki yaitu 31,49. Usia berhubungan dengan pengalaman individu terhadap *stressor* kehidupan, jenis sumber dukungan dan kemampuan coping serta dapat menggambarkan kemampuan pa-

sien untuk menggunakan fasilitas kesehatan (Stuart, 2013).

Jenis kelamin responden yang paling banyak laki-laki 79,3%. Hasil ini sesuai dengan Park, Bennet, Couture, dan Blanchard (2013) 71,4% pasien Skizofrenia di Amerika yaitu laki-laki. *National Institute of Mental Health* (2008) dalam Shives (2012) menjelaskan Skizofrenia biasanya muncul pada laki-laki pada saat remaja akhir di usia 20 tahun atau dewasa awal atau pada usia 30 tahun. Angka kejadian relaps karena faktor ketidakpatuhan pengobatan terjadi pada laki-laki sebesar 53% (Dewi & Machira, 2009).

Pasien Skizofrenia yang belum menikah sebesar 78,3%. Penelitian ini didukung Mashiach-Eizenberg, et al. (2013) bahwa 78,2% pasien Skizofrenia di Amerika Serikat belum menikah. Pernikahan merupakan salah satu wujud kemampuan membina hubungan interpersonal serta menggambarkan bahwa pasien Skizofrenia membutuhkan dukungan sosial dalam mewujudkan kehidupan yang berarti (Üçok, et al., 2013).

Pasien Skizofrenia berpendidikan SMA 54,3%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Lv, Wolf, dan Wang (2013) bahwa pendidikan pasien Skizofrenia di China yang tamat SMA 65%. Pendidikan merupakan sumber coping yang dapat menurunkan risiko meningkatnya stres yang berhubungan dengan gangguan jiwa atau dapat meningkatkan pemulihan (Stuart, 2013).

Pasien Skizofrenia yang tidak bekerja sebanyak 75%. Penelitian ini didukung oleh penelitian, Üçok, et al. (2013) memaparkan proporsi pasien Skizofrenia yang tidak bekerja 62,7%. Status tidak bekerja identik dengan pendapatan yang rendah merupakan *stressor* yang berhubungan dengan keefektifan pelayanan kesehatan jiwa pada fase akut dan relaps, kedua kondisi ini memerlukan biaya lebih untuk penanganan pasien Skizofrenia (Shives, 2011). Manfaat dari pendapatan hasil bekerja bagi pasien Skizofrenia yaitu guna faktor pencegahan dari relaps

yang berhubungan dengan kondisi gangguan jiwa berat (Stuart, 2013).

Onset rata-rata pasien Skizofrenia adalah 24,39 tahun. Penelitian ini sejalan dengan Staring, et al. (2009) bahwa usia onset pasien Skizofrenia rata-rata 25,8 tahun. Serangan awal (*onset*) Skizofrenia terjadi pada masa remaja atau dewasa muda, biasanya terjadi pada usia kurang dari 30 tahun, meskipun gangguan ini mulai terdiagnosa pada saat anak-anak, sekitar 75% gejala Skizofrenia muncul pada individu berusia antara 16–25 tahun dengan prevalensi laki-laki puncak angka kejadian onset Skizofrenia antara usia 15–25 tahun dan wanita antara usia 25–35 tahun (*National Institute of Mental Health*, 2008; Shives, 2012).

Lama sakit rata-rata pasien Skizofrenia yaitu 10,48 tahun. Penelitian ini didukung Sibitz, et al. (2011), yang memaparkan bahwa rata-rata lama sakit pasien Skizofrenia 13,6 tahun. Lama sakit menunjukkan gambaran perjalanan penyakit dari fase akut, relaps, stabil hingga perburukan kondisi kesehatan jiwa pasien Skizofrenia (Sharaf, Ossman, & Lachine, 2012).

Pasien Skizofrenia yang tidak memiliki riwayat keluarga dengan gangguan jiwa 71,7%. Penelitian ini didukung oleh Lv, et al. (2013), yang menyatakan bahwa tidak ada riwayat keluarga pasien Skizofrenia 76,8%. Genetik bukan satu-satunya faktor penyebab Skizofrenia, teori genetik penyebab Skizofrenia 50% apabila gen tersebut dominan (Videbeck, 2011).

### **Gambaran Stigma Diri Pasien Skizofrenia.**

Stigma diri pasien Skizofrenia berada pada tingkat stigma diri tinggi yaitu perilaku mengasingkan diri, menarik diri dari lingkungan sosial, dukungan terhadap stereotip dan pengalaman diskriminasi hanya perlawanan stigma yang bersifat positif pada tingkat stigma yang rendah. Penelitian ini sesuai Hill dan Startup (2013) bahwa nilai rerata total stigma diri di Australia 74,15 (SD= 14,27) berada pada rentang stigma tinggi.

Stigma diri dalam konteks kesehatan jiwa adalah suatu proses seseorang dengan gangguan jiwa berat kehilangan harapan untuk menunjukkan identitas dirinya yang ada sebelumnya kemudian menyetujui penilaian negatif orang lain terhadap dirinya (Eizenberg, et al., 2013). Tingginya tingkat stigma diri pasien Skizofrenia berhubungan positif dengan tingginya tingkat gejala negatif dan rendahnya fungsi sosial yang dimanifestasikan dalam sikap kurangnya perhatian dan harga diri yang rendah (Lysaker, et al, 2007).

Pengalaman diskriminasi dan dukungan terhadap stereotip muncul dari orang lain dan masyarakat kepada pasien Skizofrenia (Hamilton, 2012). Bentuk diskriminasi yang membuat pasien Skizofrenia sulit untuk berhubungan sosial yaitu menganggap anak kecil, tidak dapat berguna bagi diri sendiri dan masyarakat, penolakan dan pengusiran di masyarakat (Park, et al., 2013).

Proses *labeling* dan *support system* yang rendah dapat menyebabkan terjadinya stigma diri yang tinggi pada pasien Skizofrenia sehingga menyebabkan perasaan malu, berkurangnya semangat hidup, perasaan tidak berdaya dan kualitas hidup yang rendah (Eizenberg, et al., 2013). Perasaan negatif dapat menghambat proses pemulihan pasien Skizofrenia sehingga diperlukan program terapi individu yang dapat mengurangi stigma di kelompok dan komunitas guna meningkatkan kualitas hidup pasien Skizofrenia (Hill & Startup, 2013).

Perlawanan terhadap stigma merupakan gambaran perilaku positif yang muncul dari diri pasien Skizofrenia seperti perasaan optimis, perasaan bahagia, penerimaan terhadap kondisi sakitnya, sikap penuh semangat dalam menjalani kehidupan. Kondisi ini dapat dijadikan sebagai acuan penaksanakan pencegahan stigma diri pada pasien Skizofrenia sehingga mempercepat proses pemulihan pasien dan meningkatnya kualitas hidupnya (Yilmaz & Okanli, 2015).

**Gambaran Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia.** Kualitas hidup terdiri dari perasaan sejahtera, kepuasan hidup dan adanya kemudahan dalam meraih kesempatan yang ada sehingga dijadikan prioritas utama dalam tujuan penatalaksanaan pasien Skizofrenia (Hayhurst, et al., 2014). Hasil penelitian kualitas hidup pasien Skizofrenia berada pada klasifikasi rendah meliputi kualitas hidup secara umum, kepuasan kesehatan fisik, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, lingkungan. Penelitian ini sesuai Adelufosi, Ogunwale, Abayomi, dan Mosanya (2013) bahwa rata-rata kualitas hidup pasien Skizofrenia di Nigeria rendah yaitu 76,19 (SD=10,34).

Beberapa faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien Skizofrenia adalah daya tilik diri, gejala depresif, kurang dukungan sosial, lamanya putus obat, gejala negatif, kecemasan, sosiodemografi, *psychopathology*, dan stigma diri pasien (Margariti, Plumpidis, Economou, Christodoulou, & Papadimitriou, 2015). Tujuan utama dalam pengobatan pasien Skizofrenia adalah untuk meningkatkan kualitas hidup yang meliputi situasi yang aman, keuangan, pekerjaan dan sekolah, kemampuan melakukan aktivitas harian, kemampuan berhubungan dengan keluarga dan lingkungan sosial, mendapatkan pelayanan keperawatan yang berkesinambungan (Gomes, et al., 2014).

**Hubungan antara Stigma Diri dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia.** Hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup secara umum, kepuasan kesehatan fisik, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan dengan arah hubungan semakin tinggi stigma diri semakin rendah kualitas hidup pasien Skizofrenia. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Eizenberg, et al. (2013) bahwa ada hubungan antara stigma diri dan kualitas hidup pasien Skizofrenia dengan arah hubungan negatif, artinya semakin tinggi stigma diri semakin rendah kualitas hidup pasien Skizofrenia di Israel. Stigma diri dan kualitas hidup sering dihubungkan dengan ge-

jala yang muncul, daya tilik diri, harapan dan *self efficacy* pada pasien Skizofrenia (Hamilton, 2012). Latar belakang pasien Skizofrenia yang mengalami gangguan kognitif dan disorganisasi berhubungan dengan penurunan kualitas hidup pasien Skizofrenia (Sigaud, et al. 2014).

Stigma diri memengaruhi kualitas kesehatan fisik dan psikologis pasien Skizofrenia yang tergambar dari kemampuan pasien dalam memelihara tubuh dan kemampuan coping terhadap *stressor* yang ada (Montemagni, et al., 2014). Kondisi pasien Skizofrenia yang mengalami stigma diri yang tinggi cenderung tidak peduli dengan dirinya karena kurang semangat dalam menjalani hidup sehingga berdampak pada berkurangnya kualitas hidup terutama kesehatan fisik akibat ketidakmampuan perawatan diri (Andriyani, 2012).

Stigma diri merusak fungsi sosial pasien Skizofrenia yang tercermim dalam ketidakmampuan kualitas hidup, hubungan sosial dan lingkungan. Fungsi sosial ini termasuk didalamnya hubungan dengan orang lain, kemampuan bekerja, menjalankan aktivitas harian, dan adaptasi dengan kondisi lingkungan (Viertiö, 2011). Dukungan keluarga dan lingkungan sosial sangat diperlukan untuk meningkatkan fungsi sosial pasien Skizofrenia (Da Silva, et al., 2011).

## Kesimpulan

Gambaran stigma diri tinggi adalah perilaku mengasingkan diri, menarik diri dari lingkungan sosial, dukungan terhadap stereotip dan pengalaman diskriminasi, hanya perlawanan stigma yang bersifat positif pada tingkat stigma yang rendah. Gambaran kualitas hidup pasien Skizofrenia rendah yaitu meliputi kualitas hidup secara umum, kepuasan kesehatan fisik, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, lingkungan.

Hasil penelitian menyimpulkan bahwa ada hubungan antara stigma diri (perilaku mengasingkan diri, dukungan terhadap stereotip, menarik diri dari lingkungan sosial, perlawanan stigma)

dengan kualitas hidup (kualitas hidup secara umum, kepuasan terhadap kesehatan, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, lingkungan). Semakin tinggi stigma diri semakin rendah kualitas hidup pasien Skizofrenia. Ada hubungan antara perlawanan stigma dengan kualitas hidup, dengan arah hubungan positif, semakin tinggi perlawanan stigma semakin tinggi kualitas hidup pasien Skizofrenia.

Tingginya stigma diri negatif berdampak pada lamanya proses pemulihan sehingga memengaruhi kualitas hidup pasien Skizofrenia, maka perlu intervensi keperawatan yang berorientasi pada pasien sebagai upaya pencegahan stigma negatif dan peningkatan kualitas hidup. Kualitas hidup yang tinggi menggambarkan kemampuan dan daya tilik pasien Skizofrenia yang baik, maka bagi keilmuan dan keperawatan jiwa dapat melatarbelakangi pengembangan terkait topik stigma diri dan kualitas hidup pasien Skizofrenia baik dalam perkuliahan maupun praktik klinik.

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai landasan dasar bagi penyusunan penelitian selanjutnya terkait stigma diri negatif dan kualitas hidup pasien dengan desain multivariat yang dapat menggambarkan hubungan antara stigma diri, harga diri, daya tilik diri dan faktor-faktor yang memengaruhi proses pemulihan. Penelitian terkait kualitas hidup pasien Skizofrenia dengan menggunakan alat pengumpul data yang lebih lengkap terkait aspek kepuasan biologi, psikologi, sosial, spiritual, kemampuan ekonomi dan aktivitas kegiatan harian serta menghubungkannya dengan harga diri dan harapan pasien Skizofrenia (AR, MK, HR).

## Referensi

- Adelufosi, A.O., Ogunwale, A., & Abayomi, O., Mosanya, J.T. (2013). Sociodemographic and clinical correlates of subjective quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 209 (3), 320–325. doi: 10.1016/j.psychres.2012.12.027.
- Andriyani, S. (2012). *Hubungan karakteristik klien skizofrenia dengan tingkat kemampuan perawatan diri di Ruang Rawat Inap Wanita Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor* (Skripsi, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Da Silva, T.F.C., Mason, V., Abelha, L., Lovisi, G.M., & Cavalcanti, M.T. (2011). Quality of life assesment of patients with spectrum disorder from psychosocial care centers. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60 (2), 91–98. doi: 10.1590/S0047-20852201100020004
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P.T., Lysaker, P.H., & Roe, D. (2013). Internalized Stigma quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self esteem and hope. *Psychiatric Research*, 208 (1), 15–20. doi: 10.1016/j.psychres.2013.03.013.
- Gomes, E., Bastos, T., Probst, M., Ribeiro, J.C., Silva, G., & Rui, C. (2014). Effect of a group physical activity program on physical fitness and quality of life in individuals with schizophrenia. *Mental Health and Physical Activity*, 7 (3), 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2014.07.002>.
- Gigantesco, A., & Giuliani, M. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Ann Ist Super Sanita*. 47 (4), 363–372. doi: 10.4415/ANN\_11\_04\_07.
- Hamilton, V. (2012). *An exploration of implicit associations regarding mental illness, self reported internalized stigma and their links to help seeking symptom thresholds amongst individuals experiencing depressive symptoms* (Master's Thesis). Doctorate in Clinical Psychology, University of East Anglia, Norwich, UK. Retrieved from <https://ueaeprints.uea.ac.uk/42449/1/2012HamiltonVCLinPsyD.pdf>.
- Hayhurst, K.P., Drake, R.J., Massie, J.A., Dunn G., Barnes, T.R.E., Jones, P.B., & Lewis, S.W. (2014). Improved quality of life over one year is associated with improved adherence in

- patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 29 (3), 191–196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.03.002>
- Hill, K., & Startup, M. (2012). The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Research*, 206 (2–3), 151–157. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.056.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.P., & Charles, J.W. (2003). Psychiatric rehabilitation for schizophrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 238–298.
- Lysaker, P.H., Davis, L.W., Warman, D.M., Strasburger, A., & Beattie, N. (2007). Stigma, social function, and symptoms in Schizophrenia and Schizoaffective disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry Research*, 149 (1–3), 89–95. doi: 10.1016/j.psychres.2006.03.007.
- Margariti, M., Plumpidis, D., Economou, M., Christodoulou, G.N., & Papadimitriou, G.N. (2015). Quality of life in schizophrenia spectrum disorder: Associations with insight and psychopathology. *Psychiatry Research*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.016>.
- Montemagni, C., Castagna, F., Crivelli, B., De Marzi, G., Frieri, T., Macrì, A., & Rocca, P. (2014). Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220 (1–2), 102–111. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.019.
- Park, S.G, Bennett, M.E., Couture, S.M., & Blanchard, J.J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms and quality of life. *Psychiatry Res*, 205 (1–2), 43–47. doi: 10.1016/j.psychres.2012.08.040.
- Dewi, R., & Machira, C.R. (2009). Riwayat Gangguan Jiwa pada Keluarga dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia di RSUP dr Sarjito Yogyakarta. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 25 (4), 176–179. <https://doi.org/10.22146/bkm.3551>.
- Sharaf, A.Y., Ossman, L.H., & Lachine, O.A. (2012). A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with Schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (12), 1512–1520. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006
- Shives, L.R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (8th Ed.). Florida: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Sigauo, M., Crivelli, B., Castagna, F., Giugiario, M., Mingrone, C., Montemagni, C., Rocca, G., & Rocca, P. (2014). Quality of life in stable schizophrenia: The relative contributions of disorganization and cognitive dysfunction. *Schizophrenia Research*, 153 (1–3), 196–203. doi: 10.1016/j.schres.2014.01.013.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer M.E., Bachmann, A., Schrank, B., Benesch, T., Schulze, B., & Woppmann, A. (2011). The impact of social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26, 28–33. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.08.010.
- Staring, A.B.P, Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H.J, & Mulder, C.L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 115 (2–3), 363–369. doi: 10.1016/j.schres.2009.06.015
- Stuart, G.W. (2013). *Principles and Practice Psychiatric Nursing* (10th Ed.). St. Louis: Elsevier/Mosby.
- Townsend, M.J. (2011). *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence based practice* (5th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Üçok, A., Karadayi, G., Emiroğlu, B., & Sartorius, N. (2013). Anticipated discrimination is related to symptom severity, functionality and quality of life schizophrenia. *Psychiatry Research*, 209 (3), 333–339. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.022.
- Videbeck, S.L. (2011). *Psychiatric mental health nursing* (5th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins.
- Viertö, S. (2011). *Functional limitations and quality of life in schizophrenia and other psychotic disorder*. Finland: National Institute for Health and Welfare.
- World Health Organization. (2011). *Mental health atlas*. Italy: WHO Press.
- Yilmaz, E., & Okanli, A. (2015). The effect of internalized stigma on adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (5), 297–301. doi: 10.1016/j.apnu.2015.05.006.
- Lv, Y., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experience stigma and self stigma in Chinese patients with Schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 35 (1), 83–88. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.07.007.

## **FACILITATED TUCKING EFFECTIVE TO PAIN RELIEF ON THE PRETERM INFANTS IN PERINATAL UNIT IN JAKARTA**

Eva Oktaviani<sup>1\*</sup>, Yeni Rustina<sup>2</sup>, Defi Efendi<sup>2</sup>

1. Nursing Major of Health Polytechnic of Ministry of Health Lubuklinggau, Palembang, 31626, Indonesia
2. Faculty of Nursing Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

\*E-mail: nersevaoktaviani@gmail.com

---

### **Abstract**

The majority of preterm infants require a long period of hospitalization in intensive care units, which often necessitates those undergoing painful procedures, including blood collection. This study aims to identify the effectiveness of facilitated tucking on pain responses, including physiological parameters and the duration of crying during blood collection. The study design is quasi-experimental, employing a nonequivalent control group pretest-posttest approach. The study involves 40 infants, selected by the consecutive sampling technique and assigned into two groups: an intervention group (n= 20), which received facilitated tucking during blood collection, and a control group (n= 20), which did not receive facilitated tucking. The General Linear Model+post hoc, Mann-Whitney, and independent t-test were applied to analyze the data. The results suggest that there was a significant difference in the mean of the pulse, oxygen saturation, and duration of crying between the two groups during blood collection. The duration of crying in the intervention group was shorter than in the control group. Facilitated tucking was effective in relieving pain and the duration of crying during blood collection, and could be implemented as part of the developmental care process to promote pain management in infants.

**Keywords:** developmental care, facilitated tucking, pain, preterm infants

### **Abstrak**

Mayoritas bayi prematur akan mengalami perawatan yang lama di ruang intensif, sehingga terpapar sejumlah prosedur menyakitkan berulang yang menimbulkan respon nyeri salah satunya pengambilan darah. Tujuan dari penelitian ini untuk mengidentifikasi pengaruh penerapan facilitated tucking terhadap respon nyeri berupa parameter fisiologis dan lama menangis selama dilakukan pengambilan darah. Desain penelitian adalah quasi experimental dengan nonequivalent control group pretest-posttest design. Empat puluh bayi pada sampel penelitian dibagi menjadi dua kelompok; kelompok intervensi (n= 20) dengan facilitated tucking dan kelompok kontrol (n= 20) tanpa facilitated tucking, diambil secara consecutive sampling. Analisis menggunakan uji General Linear Model+post hoc, Mann-Whitney, dan Independent T-Test. Ada perbedaan signifikan rerata frekuensi nadi, saturasi oksigen, dan lama menangis antara kedua kelompok selama pengambilan darah. Lama menangis pada kelompok intervensi menjadi lebih singkat. Facilitated tucking efektif mengurangi nyeri dan lama menangis selama pengambilan darah. Facilitated tucking dapat diterapkan sebagai bagian dari asuhan perkembangan untuk mendukung program pengendalian nyeri pada neonatus.

**Kata kunci:** asuhan perkembangan, bayi prematur, facilitated tucking, nyeri

---

### **Background**

Preterm infants require long periods of special care in neonatal intensive care units due to the prematurity of their body functions and anatomy (Jaberi & Raksana, 2017; Johnston, Fernandes,

& Campbell-Yeo, 2011; Lawn et al., 2013). The condition puts babies at risk from distress and from the various painful procedures they need to undergo as part of routine care (Brummelte, et al., 2012). Arterial or venous blood collection and heel pricks are among the procedures which

they frequently undergo during their hospital stay (Johnston et al., 2011). Repeated invasive procedures are pain-provoking stimuli. Pain is acute stress, which may lead to short and long-term complications as it occurs during critical periods (Kostovic & Judas, 2010; Marchant, 2014; Page, 2004). Short-term complications include changes in physiological parameters (tachycardia, desaturation and tachypnea), behaviors and metabolism (Kostovic & Judas, 2010). Long-term complications from persistent and uncontrolled pain include the altered development of the central nervous system, heightened pain sensitivity, impaired regulation of stress hormones (cortisol), and changes in the hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis (Walker, 2013). Another long-term complication is immunocompromised (Page, 2004).

Preterm infants have a mature pain pathway; however, they perceive pain for a longer period due to the immaturity of their descending pathway of pain (Hatfield, 2014). Therefore, it is essential to implement pain management to enhance infants' ability to cope with it and to promote their growth and development. The extent and complexity of consequences resulting from hospitalization stress require nurses to take more effective and efficient non-pharmacological approaches with fewer side effects. The pharmacological approach to relieving pain in infants is reported to result in harmful side effects, including respiratory depression, apnea, bradycardia, hypotension, desaturation, airway obstruction, and hypersalivation (Lago et al., 2009).

Non-pharmacological approaches that have been proven to be effective in relieving pain and stress in preterm infants include non-nutritive sucking, kangaroo mother care, provision of oral sucrose, music therapy, swaddling, and facilitated tucking (Martin, Dias, Enumo, & de Paula, 2013). A study by Reyhani, Aemmi, Mohebbi, and Boskabadi (2014) reported that facilitated tucking during venipuncture might reduce pain responses in preterm infants, as indicated by the shorter duration of crying in the intervention group. The facilitated tucking position is des-

cribed as a sub-type of the nesting procedure, positioning infants in the middle or closer by holding their upper and lower extremities in a flexion position in both of the examiner's hands (Kucukoglu, Kurt, & Aytekin, 2015).

Behaviors demonstrated by infants in pain include avoidance (infants withdraw their extremities away from pain stimuli), aggression (tachycardia, desaturation, and increased muscle tone), postural or expression changes, and alarm (crying) (Bellieni, 2012). Developmental care in neonatal care units aims to reduce physiological and psychological distress in order to promote nerve development in preterm infants. This care includes positioning and touch, such as facilitated tucking, which provides comfort throughout a painful procedure (Fernandes, Campbell-Yeo, & Johnston, 2011).

In Indonesia, no studies have addressed the application of facilitated tucking in preterm infants with non-invasive ventilation, and its impact on two pain responses during blood collection, namely physiological parameters and behavior, thus emphasizing the need conduct such research. This study aims to identify the effectiveness of facilitated tucking on relieving pain by evaluating two pain responses, namely heart rate and oxygen saturation, and duration of crying in preterm infants during blood collection.

## **Method**

The study design was quasi-experimental, employing a nonequivalent control group pretest-posttest approach. The study involved 40 preterm infants admitted to several hospitals in Jakarta, all of whom were selected through the consecutive sampling technique and assigned to intervention and control groups which each comprised 20 infants. The inclusion criteria included preterm infants with a gestational age of 28-36 weeks and non-invasive ventilation, and who were undergoing arterial or venous blood collection; the exclusion criteria included infants with congenital and neurological defects, those with hemodynamic instability, and infants who

had been prescribed with analgetic or sedative medication.

The intervention group was given facilitated tucking three minutes prior to the puncture, during the puncture, and three minutes following it, while the control group was provided with standard care during blood collection. Facilitated tucking was applied by facilitating infants in a physiological flexion position by fixing one hand on the posterior part of their head and hand, while the other hand fixating the buttocks and flexed the extremities. This position resembles a flexed fetal-type position in the womb.

Pain responses were evaluated by assessing physiological parameters including alteration in pulse rate and oxygen saturation, which were documented at their highest points before, during, and after the puncture, and behavioral response (crying duration), whose length was measured in seconds by a stopwatch. The evaluation of the physiological parameters and crying duration was compared with that of the control

group, who were provided with standard care (without facilitated tucking).

The study was granted administrative approval and conducted by complying with research ethics. Ethical clearance was issued by the Ethical Committee of the Faculty of Nursing of Universitas Indonesia.

## Results

The findings are presented based on the type of analysis. The majority of the infants were male (67.5%), applied with CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) (62.5%), with an average birth weight of 1411.6 grams, and an average weight of 1481.6 grams during the data collection. The average gestational age was 31.8 weeks and the average age was 10.1 days. The test of homogeneity revealed that both groups were homogeneous. The participant characteristics are shown in Table 1.

Figure 1 shows that the control group, who were not provided with facilitated tucking, had their

Table 1. Participant Characteristics in the Intervention and Control Groups

Characteristic		Total	Group		p, $\chi^2$
			Facilitated Tucking	No Facilitated Tucking	
		n (%)	n (%)	n(%)	
Gender	Male	27 (67.5)	14 (70)	13 (65)	1,000
	Female	13 (32.5)	6 (30)	7 (35)	
Mechanical ventilation	NIV	3 (7.5)	1 (5)	2 (10)	0.428
	CPAP	25 (62.5)	13 (65)	12 (60)	
	HFN	10 (25)	4 (20)	6 (30)	
	Optiflow	2 (5)	2 (10)	-	
		Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p, Ind t-test
Birth weight (grams)		1411.6 (395.2)	1507.5 (388.0)	1315.80 (388.1)	0.788
Current weight (grams)		1481.6 (369.5)	1556.5 (377.7)	1406.85 (354.8)	0.204
Gestational age (weeks)		31.5 (1.96)	31.8 (2.0)	31.25 (1.9)	0.516
Chronological age (days)		10.1 (9.8)	9.4 (8.2)	10.80 (11,4)	0.660

Table 2. Means of Pulse, Oxygen Saturation, and Crying Duration in the Intervention and Control Groups

Characteristic	Stage of Puncture	Group						p
		Facilitated Tucking			No Facilitated Tucking			
		Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	
Pulse	Before	145.30	14.183	120-168	156.10	19.371	100-187	0.053*
	During	156.55	21.182	125-205	180.80	24.827	148-250	0.002
	After	147.30	14.579	124-170	165.55	17.209	130-195	0.001
SaO2	Before	96.10	3.567	86-100	96.05	3.137	89-100	0.753**
	During	95.80	2.931	86-99	92.35	4.069	86-99	0.036
	After	95.90	2.931	86-99	94.05	2.892	88-98	0.032
Crying duration		63.65	46.226	8-170	127.35	68.753	20-240	0.002***

Note: \*General Linear Model+post hoc; \*\*Mann-Whitney; \*\*\*Independent T-Test

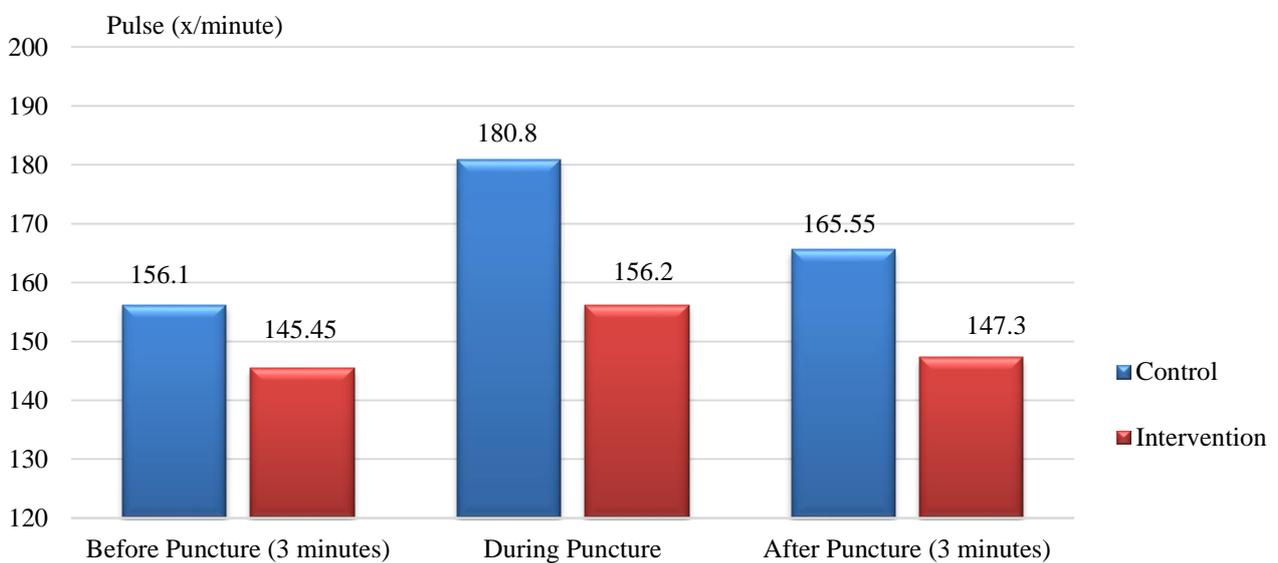


Figure 1. The difference in Mean of Pulse between Intervention and Control Group

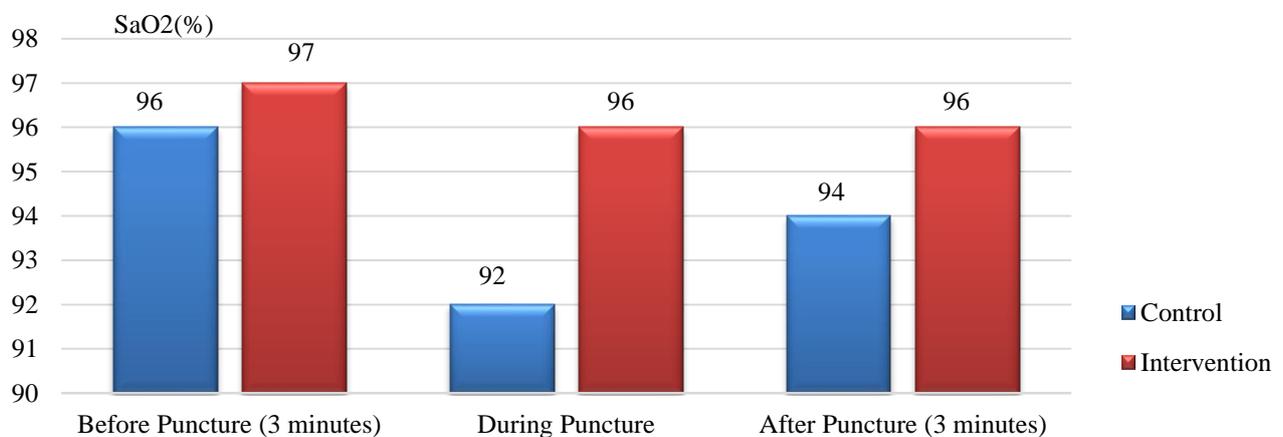


Figure 2. The difference in Mean of Oxygen Saturation between Intervention and Control Group

highest pulse rate during puncture, and that this group had an overall higher pulse rate than the intervention group. The corresponding rate of the intervention group, which did receive facilitated tucking, immediately returned to its earlier rate following the puncture. Table 2 indicates that there was a significant difference in the mean of the pulse between the two groups during and after the puncture ( $p= 0.002$ ;  $p= 0.001$ ,  $p<\alpha$ ).

Figure 2 suggests that the lowest oxygen saturation of the control group was during puncture. It also indicates that oxygen saturation after the puncture returned to its former value faster in the intervention group than in the control group. The intervention group also demonstrated higher overall oxygen saturation than the control group. Table 2 shows a significant difference in the mean of changes in oxygen saturation between both groups during and after puncture ( $p= 0.036$ ;  $p= 0.032$ ,  $p <\alpha$ ).

Table 2 also shows a comparison of the crying duration; the group which received facilitated tucking had a shorter duration than the group that did not receive it. The analysis results suggest a significant difference in crying duration between the two groups ( $p= 0.002$ ,  $p <\alpha$ ).

## Discussion

Infants may have a higher pulse rate and lower oxygen saturation as responses to stress during blood collection procedures (Bellieni, 2012). The study findings indicate that there was a significant difference in the means of pulse and oxygen saturation during and after puncture between the group which received facilitated tucking and that which did not. This finding corresponds with that of Reyhani, Mohebi, Boskabadi, Gholami, and Ghanbarabadi (2012), who reported that there was a significant difference in pulse rate and oxygen saturation in a group which had been provided with facilitated tucking during blood collection ( $p= 0.001$ ). A study conducted by Sundaram, Shrivastava, Pandian, and Singh (2013) also revealed a significantly lower pulse rate during a 120-second relaxation

phase in infants who had received facilitated tucking during blood collection by heel stick.

Our study findings suggest that the pulse and oxygen saturation of the group provided with facilitated tucking returned more quickly to their earlier value than those of the control group. Diego, Field, and Hernandez-Reif (2009) state that touch and positioning may facilitate an infant's physiological stability, as they increase parasympathetic activities during the relaxation phase. This claim is supported by Ramada, Almeida, and Cunha's (2013) study, which revealed that therapeutic touch promoted relaxation, reduced vital signs, and affected the basal metabolism rate in infants. Liaw, et al. (2012) reported that the application of facilitated tucking during the heel prick procedure assisted in stabilizing physiological functions and behaviors in premature neonates. Facilitated tucking helps simultaneous skin contact in the postural position, which results in a synergistic effect on pain and stabilization of the motoric and autonomic nervous system, leading to lower levels of stress (Cignacco et al., 2012). Lower stress in infants will promote their growth and development.

Premature infants have not fully developed their ability to make a flexion action independently in response to pain, which prevents them from using a self-comforting strategy to adapt to stressful and painful conditions. Facilitated tucking assists preterm infants in maintaining their movements, which leads to stability of the autonomic physiological function (Naeni, Mohagheghi, Peyrovi, & Mehran, 2014). Smith (2012) explains that providing touch for infants is beneficial for promoting physiological and regulation stability, by maintaining the pulse rate within the normal range and improving sleep quality. The analgetic effect of touch may also be described through the oxytocinergic mechanism and mediation of C fiber through sensory stimuli (Hatfield, 2014; Ramada et al., 2013).

Crying is a major behavioral response to pain (Kostandy et al., 2008). Infants cry in response

to inconveniences, including pain. Pain in hospitalized preterm infants commonly results from numerous invasive procedures, such as blood collection, and facilitated tucking is a non-pharmacological approach to relieving this pain during blood collection. The study findings indicate that the infants in the intervention group had a shorter duration of crying during blood collection than those in the control group. This result is in line with Liaw et al.'s (2012) study, which reported that there was a significantly shorter duration of crying in a group of premature infants who were provided with oral sucrose, non-nutritive sucking and facilitated tucking during the heel stick procedure than in a group who were provided with standard care.

Sundaram et al. (2013) also reported lower levels of pain in preterm infants who were provided with facilitated tucking during the heel stick procedure. A combination of facilitated tucking and music also reduced pain levels significantly and shortened the duration of crying in their intervention group (68.5 seconds) in comparison with the control group (105 seconds) (Zubaidah & Naviati, 2015). The analysis revealed the homogeneity of both groups, so it can be assumed that infants' physiological and behavioral responses during blood collection were affected by facilitated tucking. Facilitated tucking is a type of therapeutical touch; touch is therapeutical modality which facilitates relaxation, promotes movement, enhances reflexes, and reduces anxiety and crying (Chhugani & Sarkar, 2014).

A study conducted by Brummelte et al. (2012) claimed that infants with repeated and uncontrolled pain stimulation might lose their white matter fractional anisotropy and subcortical gray matter area of the brain. Such circumstances may lead to permanent brain damage in motoric and cognitive functions. Therefore, accurate pain assessment and appropriate pain management will provide advantages for preterm neonates, as they offer clear instructions for intervention. The fetal tucking position reduces an infant's body surface, which maintains energy expen-

diture. Reducing lighting, controlling noises, and positioning are part of the developmental care that aims to enhance infants' energy and adaptation to pain stimuli (Kucukoglu et al., 2015).

The implication of the study is enriches nursing interventions, especially in perinatal units. In order to improve the quality of nursing care, perinatology nurses may apply facilitated tucking as part of the developmental care and pain management of neonates during blood collection. The intervention serves to reduce the risk of short and long-term consequences resulting from repeated painful procedures in premature infants. Chronic pain may result in weaker immune systems in neonates (Page, 2004).

The main limitation of this study was the limited number of samples involved. Only 40 participants were involved; however, the statistical analysis indicates significant differences in pulse rate, oxygen saturation and crying duration during blood collection between the intervention and control groups. Moreover, the study did not apply various standardized instruments to evaluate pain in neonates.

## **Conclusion**

The study results suggest that facilitated tucking is effective in relieving pain in premature infants during blood collection. This is indicated by the relatively constant changes in pulse and oxygen saturation and the shorter duration of crying during blood collection in the group which was provided with facilitated tucking.

Further study should be conducted with a higher number of samples and application of various aspects of developmental care. A study with a clinical trial design should be conducted, applying standardized instruments for better results so that it can be used as a reference for hospital policies. Health facilities should enrich their pain management procedures through evidence-based practices by applying facilitated tucking as part of the standardized pain management

procedures for neonates. Nurses and other health-care providers should also develop their skills in neonatal pain management (HM, NN, INR).

## Acknowledgments

The authors would like to express their gratitude to the Pediatric Nursing Department of the Faculty of Nursing of Universitas Indonesia, and to the board, head nurse, physicians, and nurses in the Perinatology Unit of RSUPN Ciptomangunkusumo, who provided support during the data collection.

## Reference

- Bellieni, C.V. (2012). Pain assessment in human fetus and infant. *The American Association of Pharmaceutical Scientist Journal*, 14 (3), 456–446. doi: 10.1208/s12248-012-9354
- Brummelte, S., Grunau, R.E., Chau, V., Poskitt, K.J., Brant, R., Vinal, J.,..... Miller, S.P. (2012). Procedural pain and brain development in premature newborns. *American Neurological Association*, 71, 385–396. doi: 10.1002/ana.22267
- Cignacco, E.L., Sellam, G., Stoffel, L., Gerull, R., Nelle, M., Anand, K.J.S., & Engberg, S. (2012). Oral sucrose and “facilitated tucking” for repeated pain relief in preterms: A randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 129 (2), 299–308. doi: 10.1542/peds.2011-1879
- Chhugani, M., & Sarkar, S. (2014). Therapeutic touch modalities and premature neonates’s health outcome: A literature review. *Neonatal Biology*, 3 (148), 1–3. doi: 10.4172/2167-0897.1000148
- Diego, M.A., Field, T., & Hernandez-Reif, M. (2009). Procedural pain heart rate responses in massaged preterm infants. *Infants Behavioural Development*, 32 (2), 226–229. doi: 10.1016/j.infbeh.2008.12.001
- Fernandes, A., Campbell-Yeo, M., & Johnston, C.C. (2011). Procedural pain management for neonates using non-pharmacological strategies: Part 1: Sensorial interventions. *Advances in Neonatal Care*, 11 (4), 235–241. doi: 10.1097/ANC.0b013e318225a2c2
- Hatfield, L.A. (2014). Neonatal pain: What’s age got to do with it? *Surgical Neurology International*, 5 (13), s479–s489. doi: 10.4103/2152-7806.144630
- Jaberi, E., & Raksana, M. (2017). A study on preterm births during 2013-2015, shiraz, iran. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38 (1), 22–26. doi: 10.1080/01443615.2017.1322565
- Johnston, C.C., Fernandes, A.M., & Campbell-Yeo, M. (2011). Pain in neonates is different. *Pain*, 152 (3), S63–S73. doi: 10.1016/j.pain.2010.10.008
- Konstandy, R., Xiaomei, C., Abouelfettoh, A., Bronson, C., Stankus, A., & Ludington, S.M. (2008). Effect of kangaroo skin care (skin contact) on crying response to pain in preterm neonates. *Pain Management of Nursing*, 9 (2), 55–65. doi: 10.1016/j.pmn.2007.11.004
- Kostovic, I., & Judas, M. (2010). The development of the subplate and thalamocortical connections in the human fetal brain. *Acta Paediatrica*, 99 (8), 1119–1127. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01811.x
- Kucukoglu, S., Kurt, S., & Aytekin, A. (2015). The effect of the facilitated tucking position in reducing vaccination-induced pain in newborns. *Italian Journal of Pediatrics*, 41, 61. <http://doi.org/10.1186/s13052-015-0168-9>
- Lago, P., Garetti, E., Merazzi, D., Pieragostini, L., Ancora, G., Pirelli, A., & Bellieni, C. V. (2009). Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992), 98 (6), 932–939. <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01291.x>
- Lawn, J.E., Davaidge, R., Paul, V.K., Xylander, S.V., Johson, J.D.G., Costello, A. .... Molyneux, L. (2013). Born too soon: Care for the preterm baby. *Reproductive Health*, 10 (1), 1–19. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S5
- Liaw, J.J., Yang, L., Lee, C.M., Fan, H.C., Chang, Y.C., & Cheng, L.P. (2012). Effects of

- combined use of non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking on infant behavioural states across heel-stick procedures: A prospective, randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (7), 883–894. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.021
- Marchant, A. (2014). Neonatal do not feel pain: A critical review of the evidence. *Bioscience Horizons*, 7, 1–9. doi: 10.1093/biohorizons/hzu006
- Martin, S.W., Dias, F.S., Enumo, S.R.F., & Paula, K.M.P. (2013). Pain assessment and control by nurses of neonatal intensive care unit. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*, 14 (1), 21–26. doi: 10.1590/S1806-00132013000100006
- Naeni, M.A., Mohagheghi, P., Peyrovi, H., & Mehran, A. (2014). The effect of facilitated tucking during endotracheal suctioning on procedural pain in preterm neonates: A randomized controlled crossover study. *Global Journal of Health Science*, 6 (4), 278–284. doi: 10.5539/gjhs.v6n40278
- Page, G.G. (2004). Are there long-term consequences of pain in newborn or very young infants? *The Journal of Perinatal Education*, 13 (3), 10–17. <http://doi.org/10.1624/105812404X1725>
- Ramada, N.C.O., Almeida, F.A., & Cunha, M.L.R. (2013). Therapeutic touch: influence on vital signs of newborns. *Einstein*, 11 (4), 421–425. <http://doi.org/10.1590/S1679-45082013000400003>
- Reyhani, T., Aemmi, S.Z., Mohebbi, T., & Boskabadi, H. (2014). The effect of facilitated tucking (FT) during venipuncture on duration of crying in preterm infants. *International Journal of Pediatrics*, 12 (2), 431–435.
- Reyhani, T., Mohebbi, T., Boskabadi, H., Gholami, H., & Ghanbarabadi, G.V. (2012). The effect of facilitated tucking during venipuncture on pain and physiological parameters in preterm infants. *Evidence Based Care Journal*, 2 (2), 47–55. doi: 10.22038/EBCJ.2012.399
- Smith, J.R. (2012). Comforting touch in the very preterm hospitalized infant: An integrative review. *Advances in Neonatal Care*, 12 (6), 349–365. doi: 10.1097/ANC.0b013e31826093ee
- Sundaram, B., Shrivastava, S., Pandian, J.S., & Singh, V.P. (2013). Facilitated tucking on pain in pre-term newborns during neonatal intensive care: A single blinded randomized controlled cross-over pilot trial. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 6 (1), 19–27. doi: 10.3233/PRM-130233
- Zubaidah, Z., & Naviati, E. (2015). Pengaruh *facilitated tucking* dan musik terhadap respon nyeri bayi prematur ketika pengambilan darah. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 10 (2), 94–104. <http://dx.doi.org/10.20884/1.jks.2015.10.2.603>

## PELATIHAN ASUHAN KEPERAWATAN PEKA BUDAYA EFEKTIF MENINGKATKAN KOMPETENSI KULTURAL PERAWAT

Enie Novieastari<sup>1\*</sup>, Jajang Gunawijaya<sup>2</sup>, Agustin Indracahyani<sup>1</sup>

1. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

\*E-mail: enienovieastari@gmail.com

---

### Abstrak

Seorang perawat dituntut untuk memiliki kompetensi kultural sehingga memiliki kepekaan terhadap kebutuhan budaya pasien. Artikel ini bertujuan untuk memberikan gambaran peningkatan kompetensi kultural perawat yang masih rendah melalui program Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya pada Pasien dengan Gangguan Respirasi. Desain yang digunakan adalah quasi eksperimen dengan *pre* dan *post test* tanpa kelompok kontrol. Program pelatihan ini berlangsung selama 4 minggu melibatkan 93 orang perawat pelaksana dan manajer asuhan keperawatan di sebuah rumah sakit di Jakarta Timur yang dipilih secara purposif. Instrumen kompetensi kultural yang digunakan adalah instrumen yang dikembangkan oleh peneliti pada penelitian sebelumnya. Hasil pengukuran kompetensi kultural perawat sebelum dan setelah pelatihan menunjukkan perbedaan yang bermakna. Kompetensi kultural ditinjau dari aspek pengetahuan budaya memiliki nilai  $p < 0,001$  ( $\alpha = 0,05$ ), dari sikap budaya nilai  $p < 0,01$  ( $\alpha = 0,05$ ), dan dari aspek keterampilan budaya nilai  $p < 0,001$  ( $\alpha = 0,05$ ). Kesimpulan yang dapat diambil adalah bahwa kegiatan Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya efektif meningkatkan kompetensi kultural perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Rekomendasi untuk kegiatan selanjutnya adalah perlunya mensosialisasikan model Asuhan Keperawatan Peka Budaya yang digunakan dalam pelatihan ini kepada seluruh perawat agar dapat diterapkan kepada seluruh pasien dengan berbagai gangguan kesehatan.

**Kata kunci:** kompetensi kultural, pelatihan perawat, asuhan keperawatan, peka budaya

### Abstract

*Culturally-sensitive nursing care trainings effectively improve nurses' cultural competency. Nurses are required to have cultural competency in order to provide culturally sensitive nursing care for their patients. The purpose of this study was to improve nurse cultural competences through A Training Program of Culturally Sensitive Nursing Care for Patients with Respiratory Health Problems. The study utilized quasi-experiments design without control. The four-week training program was organized involving 93 nurses at Persahabatan Hospital Jakarta who were selected using purposive sampling. The nurse cultural competency instruments modified by the author from her previous work was used. The results of this study showed that after the training program, the nurse cultural competency increased significantly ( $p < 0.001$  for cultural knowledge,  $p = 0.003$  for cultural attitude, and  $p < 0.001$  for cultural skills). It was found that the training program was effective to increase every aspect of nurse cultural competency. In conclusion, the nursing care training program was effective to increase nurse's cultural competency. Further programs are needed to improve the program outreach for all nurses and to be applied to the patients with a variety of health problems.*

**Keywords:** cultural competency, nurses training, culturally sensitive, nursing care

---

## Pendahuluan

Salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perawat adalah kompetensi kultural. Seorang perawat yang memiliki kompetensi kultural akan mempedulikan dan peka terhadap kebutuhan budaya pasien yang menerima asuh-

an keperawatan. Pada saat ini, kompetensi kultural perawat di Indonesia masih belum menjadi perhatian, mayoritas perawat belum dipersiapkan kompetensi kulturalnya selama proses pendidikan. Kurangnya kompetensi kultural perawat dapat berakibat pada banyaknya masalah dalam berinteraksi antara pasien dan perawat.

Berdasarkan hasil observasi peneliti selama penelitian yang dilakukan pada 2012–2013, perawat yang belum memiliki kompetensi kultural banyak menghadapi masalah dalam berinteraksi dengan pasien. Banyak keluhan yang muncul sebagai akibat kurangnya kepedulian dan kepekaan perawat terhadap keragaman kebutuhan dan kebudayaan pasien yang dirawat. Hal tersebut sejalan dengan pendapat Zander (2007) bahwa respon perawat dalam berinteraksi dengan pasien seperti marah ketika tidak mampu berkomunikasi, mengkritik secara terbuka, atau tidak berminat berinteraksi dengan pasien menunjukkan perawat kurang memiliki kompetensi kultural. Selain itu, perawat yang kurang memiliki kompetensi kultural akan mudah merasa frustrasi dan tidak nyaman dalam berinteraksi. Mereka tidak dapat dengan leluasa berkomunikasi dengan pasien sesuai dengan tuntutan profesi keperawatan karena mereka kurang memahami nilai, keyakinan dan kebiasaan dari budaya pasien yang mereka hadapi setiap hari.

Hasil penelitian sebelumnya yang telah peneliti lakukan pada 2012, menemukan bahwa pasien yang memperoleh asuhan keperawatan dari perawat yang telah dilatih kompetensi kulturalnya kepuasannya lebih tinggi sebanyak 5,2 kali dibandingkan dengan pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak dilatih (Novieastari, 2013). Ada perbedaan bermakna antara kompetensi kultural perawat sebelum dan sesudah pelatihan, serta ada perbedaan kompetensi kultural perawat yang dilatih dan yang tidak dilatih menggunakan model Asuhan Keperawatan Peka Budaya. Pelatihan ini terbukti efektif meningkatkan kompetensi kultural perawat, dimana perawat yang telah dilatih mempunyai peluang 12,8 kali untuk kompeten kultural dibandingkan dengan kelompok perawat yang tidak mengikuti pelatihan.

Keperawatan meyakini bahwa setiap individu pasien itu adalah unik, berbeda satu dengan yang lainnya. Setiap pasien memiliki nilai-nilai dan keyakinan serta kebudayaan yang beragam dan berbeda-beda. *Joint Commission Interna-*

*tional* (JCI, 2010) menuliskan bahwa institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit berkarya untuk mewujudkan rasa percaya pasien, menjalin komunikasi terbuka dengan mereka serta untuk memahami dan melindungi nilai-nilai budaya, psikososial, dan spiritual mereka. Hasil perawatan akan lebih baik jika pasien dan keluarganya dilibatkan dalam pengambilan keputusan dan proses perawatan pasien sesuai dengan budaya mereka. Artinya setiap individu pasien perlu dihormati dan dilindungi nilai-nilai dan kebudayaannya sesuai dengan keragaman dan keunikannya sebagai individu.

Pemahaman perawat bahwa kepercayaan yang dimiliki oleh seseorang berkaitan dengan etiologi dari suatu penyakit (*illness*) yang dideritanya akan membantu perawat untuk dapat membantu pasien mengatasi penyakitnya. Andrews dan Boyle (2003) menjelaskan bahwa sejumlah masalah kesehatan yang dialami oleh pasien dewasa dipengaruhi oleh faktor budaya. Selain faktor penyebab penyakit, aspek-aspek yang terkait perubahan kebiasaan, gaya hidup dan sistem keluarga sebagai faktor-faktor kebudayaan merupakan faktor penting dalam penanganan penyakit kronis.

Pasien dengan masalah penyakit kronis termasuk penyakit respirasi kronis memiliki konotasi kebudayaan karena faktor penyebab terjadinya penyakit dan proses penyembuhan atau pengendalian penyakit berhubungan dengan kebudayaan pasien. Asuhan keperawatan harus memperhatikan latar belakang kebudayaan, nilai-nilai, keyakinan dan kebiasaan-kebiasaan yang memengaruhi kemampuan pasien dan keluarganya. Perawat harus dapat membantu pasien mengatasi penyakit, dan memberikan intervensi yang sesuai dengan kebudayaan mereka sehingga pasien dapat beradaptasi dengan perubahan kebiasaan atau kebudayaan mereka apabila diperlukan (Novieastari, Murtiwi, & Wiarsih, 2012).

Asuhan Keperawatan Peka Budaya merupakan asuhan keperawatan yang menggunakan kompetensi budaya dalam membantu pasien me-

menuhi kebutuhan sesuai dengan kebutuhan budayanya (Leininger & McFarland, 2002a; Leininger & McFarland, 2002b). Seorang perawat yang memiliki kompetensi kultural diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih bermakna bagi kehidupan pasien yang berasal dari beragam kebudayaan dan secara tidak langsung dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan pendekatan budaya yang diberikan oleh perawat. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi bagaimanakah pengaruh Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya pada pasien dengan Gangguan Respirasi terhadap kompetensi kultural perawat?

## Metode

Studi ini menggunakan desain kuasi eksperimen dengan *pre-post* tanpa kelompok kontrol. Teknik *purposive sampling* digunakan untuk memilih sampel yang berjumlah 92 orang perawat pelaksana dan manajer asuhan keperawatan di ruang rawat inap. Instrumen yang digunakan adalah instrumen kompetensi kultural yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan hasil modifikasi dari instrumen dan konsep yang terkait dengan keperawatan transkultural. Instrumen telah dipergunakan dalam penelitian sebelumnya ( $\alpha$  Cronbach= 0,926). Instrumen terdiri atas 3 bagian yaitu pengetahuan budaya (25 pertanyaan), sikap budaya (20 pertanyaan) dan keterampilan budaya (35 pertanyaan) menggunakan skala Likert (Novieastari, 2013).

Sebelum dilakukan intervensi berupa program pelatihan, perawat mengisi kuesioner pre tes dan setelah 1 bulan mengikuti pelatihan, perawat mengisi kuesioner *post-test*. Intervensi berupa program pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya pada Pasien dengan Gangguan Respirasi berlangsung sebanyak 10 sesi (5 sesi teori @ 3 jam dan 4 sesi praktik @ 4 jam serta 1 sesi evaluasi dan rencana tindak lanjut).

## Hasil

**Karakteristik Perawat.** Dalam studi ini mayoritas perawat adalah perempuan (95,7%), ber-

agama Islam (83,87%), dan berasal dari suku Jawa (48,39%). Perawat berusia antara 22–56 tahun dengan rerata 41 tahun ( $SD= 9$  tahun). Rerata perawat telah bekerja di rumah sakit tersebut selama 18 tahun ( $SD= 10$  tahun), dengan rentang lama kerja berkisar antara 1–35 tahun.

**Kompetensi Kultural Perawat.** Hasil analisis data menunjukkan terjadi peningkatan rerata pengetahuan, sikap dan keterampilan perawat sebelum dan setelah pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya (Tabel 1). Komponen pengetahuan budaya ada 25 pertanyaan, rerata jawaban responden sebelum mendapatkan pelatihan hanya mampu menjawab 10 pertanyaan dengan benar ( $SD= 3,75$ ). Namun, setelah mendapatkan pelatihan, rerata jawaban benar responden meningkat menjadi 18 ( $SD= 2,64$ ). Total nilai maksimal untuk komponen sikap budaya adalah 80, rerata responden mampu mencapai nilai 63,10 ( $SD= 6,47$ ) sebelum intervensi dan sedikit meningkat menjadi 65,05 ( $SD= 6,77$ ) setelah intervensi. Sedangkan dari total nilai maksimal 140 untuk keterampilan budaya perawat, rerata responden mampu mencapai nilai 104,05 ( $SD= 14,20$ ) sebelum intervensi, dan meningkat menjadi 113,70 ( $SD= 13,49$ ) setelah intervensi.

**Perbedaan Kompetensi Kultural Perawat Sebelum dan Setelah Pelatihan.** Berdasarkan hasil analisis data yang disajikan dalam Tabel 2, rerata nilai pengetahuan perawat setelah pelatihan ( $M= 17,51$ ;  $SD= 2,64$ ) 8 poin lebih tinggi daripada sebelum pelatihan ( $M= 9,95$ ;  $SD= 3,75$ ). Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang sangat bermakna antara pengetahuan budaya perawat sebelum dan setelah pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya ( $t(92)= -17,57$ ;  $p < 0,001$ ).

Rerata nilai sikap perawat setelah pelatihan ( $M= 65,05$ ;  $SD= 6,77$ ) juga menunjukkan peningkatan sebanyak 2 poin dibanding dengan sebelum pelatihan ( $M= 63,09$ ;  $SD= 6,47$ ). Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara sikap budaya perawat sebelum dan setelah pelatihan Asuhan

Tabel 1. Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Perawat

Karakteristik	Rerata	SD	Min- Max
Pengetahuan Budaya			
Pre	9,94	3,75	2-17
Post	17,50	2,64	7-22
Sikap Budaya			
Pre	63,10	6,47	51-80
Post	65,05	6,77	50-80
Keterampilan Budaya			
Pre	104,05	14,20	71-134
Post	113,70	13,49	87-140

Tabel 2. Perbedaan Kompetensi Kultural Perawat Sebelum dan Setelah Pelatihan

	Rerata (95% CI)	SD	t	p
Pengetahuan				
Pre	9,95 (9,17- 10,72)	3,75	-17,57	0,000
Pos	17,51 (16,96-18,05)	2,64		
Sikap				
Pre	63,09 (61,76-64,43)	6,47	-3,08	0,003
Pos	65,05 (63,66-66,45)	6,77		
Keterampilan				
Pre	104,05 (101,13-106,98)	14,19	-5,25	0,000
Pos	113,69 (110,92- 116,48)	13,48		

Keperawatan Peka Budaya ( $t(92) = -3,08$ ;  $p < 0,01$ ).

Sama halnya dengan rerata nilai pengetahuan dan sikap budaya, rerata nilai keterampilan perawat setelah pelatihan ( $M = 113,69$ ;  $SD = 13,48$ ) juga mengalami peningkatan sebesar 10 poin dibandingkan sebelum pelatihan ( $M = 104,05$ ;  $SD = 14,19$ ). Analisis selanjutnya menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang sangat bermakna antara keterampilan budaya perawat sebelum dan setelah pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya ( $t(92) = -5,25$ ,  $p < 0,001$ ).

## Pembahasan

Perawat perlu memiliki kompetensi kultural agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang peka terhadap kebutuhan pasien termasuk

kebutuhan yang sesuai dengan kebudayaannya. Kompetensi kultural merupakan sekumpulan keterampilan dan perilaku yang memungkinkan perawat bekerja secara efektif di dalam konteks kebudayaan pasien (Lampley, Little, Beck-Little, & Yu Xu, 2008). Menurut Shearer dan Davidhizar (2003), bahwa kompetensi kultural merupakan suatu kemampuan untuk merawat pasien secara peka budaya dan cara yang sesuai dengan kebudayaan pasien. Kemampuan memberikan asuhan keperawatan secara peka budaya merupakan salah satu kompetensi yang wajib dimiliki oleh seluruh perawat di dunia termasuk di Indonesia (PP-PPNI, 2010).

Kompetensi kultural merupakan suatu proses yang terus menerus perlu dilatih dan dikembangkan kepada para perawat khususnya dan tenaga kesehatan pada umumnya. Untuk dapat

memiliki kompetensi kultural, perawat perlu dilatih dan dipersiapkan agar memiliki pemahaman yang baik tentang konsep kebudayaan dan kaitannya dengan kesehatan, penyakit serta konsep keperawatan transkultural di samping konsep-konsep yang berkaitan dengan asuhan keperawatan peka budaya. Selama pelatihan, para perawat menunjukkan motivasi yang tinggi untuk berinteraksi dengan pasien dengan latar belakang yang beragam bahkan perawat yang sebelumnya enggan untuk berinteraksi dengan pasien yang sulit berkomunikasi, termotivasi untuk melakukan interaksi dengan pasien dan memperoleh kepuasan dari berinteraksi dengan pasien tersebut setelah pendekatan peka budaya diterapkan.

Pelatihan asuhan keperawatan peka budaya merupakan salah satu bentuk upaya peningkatan kompetensi kultural perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang dikembangkan oleh peneliti. Pelatihan asuhan keperawatan peka budaya yang diberikan pada perawat dapat meningkatkan aspek pengetahuan, sikap, dan keterampilan budaya perawat secara bermakna. Hal ini sejalan dengan model konsep keperawatan yang dikemukakan oleh Campinha-Bacote (2002) yaitu bahwa kompetensi kultural merupakan suatu proses dimana pemberi pelayanan profesional secara terus menerus berjuang dalam mencapai kemampuan untuk bekerja secara efektif di dalam konteks budaya klien (baik secara individu, keluarga, atau masyarakat). Menurutnya, kompetensi kultural merupakan suatu proses "*becoming culturally competent*" dan bukanlah "*being culturally competent*".

Asuhan keperawatan peka budaya hanya dapat diberikan oleh perawat yang memiliki kemampuan praktik lanjut karena membutuhkan pengetahuan khusus terkait keperawatan transkultural seperti yang telah diberikan sebagai intervensi melalui pelatihan asuhan keperawatan peka budaya pada pasien dengan gangguan respirasi. Dalam penelitian disertasi Novieastari (2013), bahwa Model Asuhan Keperawatan Peka Budaya (AKPB) merupakan model asuh-

an keperawatan dengan kompetensi kultural perawat sebagai pondasi dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara peka budaya. Model ini menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan asuhan keperawatan, mengimplementasikan asuhan keperawatan dan mengevaluasi efektifitas asuhan keperawatan dengan mengintegrasikan konsep kebudayaan dan keperawatan transkultural dalam memberi asuhan keperawatan pada pasien secara lebih komprehensif dan holistik.

Pendekatan proses keperawatan sebagai kerangka kerja perawat digunakan untuk menggambarkan kontinuitas dari proses asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan gangguan respirasi. Pendekatan ini menggunakan pendekatan penyelesaian masalah secara ilmiah yang telah biasa dipergunakan oleh para perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosis, penyusunan rencana asuhan keperawatan, implementasi rencana intervensi yang telah disusun, dan evaluasi efektivitas asuhan keperawatan yang telah diberikan (Potter & Perry, 2009). Namun pada model AKPB, perawat perlu mengintegrasikan pemahaman mereka tentang konsep kultural dan keperawatan transkultural sehingga di setiap langkah proses keperawatan aspek kebudayaan pasien menjadi perhatian perawat dan diidentifikasi sejak langkah pengkajian.

Pelatihan menggunakan Model AKPB efektif meningkatkan kompetensi kultural perawat dimana kelompok perawat yang telah dilatih dengan AKPB mempunyai peluang sebesar 12,8 kali untuk kompeten dibandingkan dengan kelompok perawat yang tidak mengikuti pelatihan AKPB (Novieastari, 2013). Hal ini sejalan dengan hasil dari studi ini yang menunjukkan bahwa pelatihan asuhan keperawatan peka budaya pada pasien dengan gangguan respirasi dapat meningkatkan kompetensi kultural dari aspek pengetahuan, sikap, dan keterampilan budaya secara bermakna.

Hasil penelitian ini juga mendukung apa yang telah dibahas oleh Maier-Lorentz (2008) dalam artikelnya yang menyatakan bahwa perawat harus memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam kompetensi kultural. Asuhan keperawatan yang kompeten secara budaya membantu memastikan kepuasan pasien dan pencapaian hasil yang positif. Pelayanan kesehatan yang kongruen secara budaya menurut Jeffreys (2006) merupakan hak asasi manusia dan bukan merupakan *privilege*, oleh karenanya setiap pasien perlu mendapatkannya dari pemberi pelayanan kesehatan. Hal ini juga diamanahkan oleh *Code of Nurses* dari *International Council of Nurses* (ICN) dan juga Standar Kompetensi Perawat Indonesia (PP-PPNI, 2010). Kriteria akreditasi rumah sakit secara internasional seperti yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCI, 2010) juga memasukkan pelayanan yang harus diberikan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kultural untuk meningkatkan kepuasan pasien.

Menurut *Bureau of Primary Health Care* (BPHC) USA dalam Seright (2007), konsekuensi dari kompetensi kultural dapat diukur melalui beberapa capaian (*outcomes*) pelayanan yang diberikan yaitu mencakup: 1) adanya perbaikan dari diagnosis dan rencana terapi; 2) perkembangan penanganan rencana tindakan yang diikuti oleh pasien dan didukung oleh keluarga; 3) penurunan angka keterlambatan dalam pencarian layanan; 4) peningkatan komunikasi secara menyeluruh; 5) peningkatan kompatibilitas antara praktik kesehatan berbasis budaya atau tradisional dengan barat. Kepuasan pasien merupakan suatu konsekuensi dari asuhan atau pelayanan yang kompeten. Kepuasan praktisi, logikanya juga meningkatkan kepatuhan pasien terhadap rencana perawatan atau tindakan. Hal ini dapat berarti bahwa berkurangnya rawat ulang atau kekambuhan pasien dan meningkatkan kesehatan yang optimal.

Standar nasional pelayanan yang sesuai secara kultural dan linguistik dinyatakan Anderson,

Scrimshaw, Fullilove, Fielding, dan Normand (2003) bahwa standar pertama dari perawatan yang kompeten secara budaya adalah institusi pelayanan kesehatan harus dapat menjamin semua pasien atau konsumen menerima layanan dari semua tenaga secara efektif, dapat dipahami, dan menghormati pasien/konsumen dengan cara-cara yang sesuai dengan keyakinan dan praktik kesehatan budayanya, serta menggunakan bahasa yang disukai. Hal ini tentunya berkaitan dengan upaya meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan yang diberikan kepada mereka.

Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya kepada perawat dapat dijadikan sebagai salah satu upaya peningkatan kemampuan keperawatan khususnya dalam meningkatkan kompetensi budaya agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang peka budaya khususnya pada pasien dengan gangguan respirasi. Namun demikian pelatihan ini dapat dikembangkan juga untuk asuhan keperawatan pada pasien lainnya. Pelatihan asuhan keperawatan peka budaya dapat diterapkan untuk mendukung pencapaian salah satu standar akreditasi internasional rumah sakit sesuai standar JCI, mengingat salah satu aspek yang perlu dipenuhi dalam akreditasi tersebut adalah perawat perlu memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan kebudayaannya. Oleh karena itu pelatihan ini dapat dijadikan salah satu program rumah sakit untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan kebudayaannya melalui peningkatan kompetensi kultural.

## Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil adalah bahwa kegiatan Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya efektif meningkatkan kompetensi kultural perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan respirasi yang menerima asuhan keperawatan. Rekomendasi untuk kegiatan pengabdian masyarakat selanjutnya adalah perlunya mensosialisasikan model Asuhan Keperawatan Peka Budaya kepada seluruh perawat agar dapat diterapkan kepada

seluruh pasien dengan berbagai gangguan kesehatan (AF, NN, HR).

## Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Universitas Indonesia melalui Program *Community Engagement Grants* (CEGS) 2014 yang telah memberikan dukungan dana untuk terlaksananya studi ini. Demikian juga kepada Pimpinan RS, Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Bidang Diklat RSUP Persahabatan Jakarta yang telah bekerjasama sebagai mitra bagi terlaksananya kegiatan di RSUP Persahabatan Jakarta.

## Referensi

- Andrews, M., & Boyle, J.S. (2003). *Transcultural concepts in nursing care*. Philadelphia: JB Lippincott Company.
- Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., Fielding, J.E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (3S), 68–79.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery health care services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 181–184. doi: 10.1177/104596020 13003003
- Jeffreys, M.R. (2006). *Teaching cultural competence in nursing and health care: Inquiry, action, and innovation*. New York, USA: Springer Publishing company, Inc.
- Joint Commission International. (2010). *Standar akreditasi rumah sakit* (Edisi ke-4). (Alih bahasa: M. Tjandarasana & N. Budiman). Jakarta: PERSI.
- Lamplsey, T., Little, K., Beck-Little, R., & Yu Xu (2008). Cultural competence of north carolina nurses: A journey from novice to expert. *Home Health Care Management & Practice*, 20 (10), 1–8. doi: 10.1177/1084 822307311946.
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2002a). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practice. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 189–192. Diperoleh dari <http://tcn.sagepub.com> pada 24 April, 2008.
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2002b). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice* (3rd Ed.). New York: Mc Graw Hill.
- Maier-Lorentz, M. (2008). Transcultural Nursing: Its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15 (1), 37–43. Diperoleh dari *Proquest Nursing & Allied Health Source* pada Juni 2013.
- Novieastari, N., Murtiwi, & Wiarsih, W. (2012). Modified simulation learning method on knowledge and attitude of nursing student's cultural awareness at Universitas Indonesia. *Jurnal Makara Seri Kesehatan*, 16 (1), 23–28.
- Novieastari, E. (2013). *Pengaruh model asuhan keperawatan peka budaya terhadap kepuasan pasien diabetes mellitus* (Laporan Disertasi, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- PP-PPNI. (2010). *Standar profesi dan kode etik perawat Indonesia*. Jakarta: PP-PPNI.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2009). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (7th Ed.). St. Louis, MI: Elsevier Mosby.
- Shearer, R., & Davidhizar, R. (2003). Using role play to develop cultural competence. *Journal of Nursing Education*, 42 (6), 273–276.
- Seright, T.J. (2007). Perspectives of registered nurse cultural competence in a rural state: Part I. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 7 (1), 47–56.
- Zander, P.E. (2007). Cultural competence: Analyzing the construct. *The Journal of Theory Construction and Testing*, 11 (2), 50–54.

## PENERAPAN *MOBILE VIDEO* EFEKTIF MENINGKATKAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU DALAM MENURUNKAN LAMA DIARE BALITA DI WILAYAH PUSKESMAS KEDATON BANDAR LAMPUNG

Yuli Lestari<sup>1,\*</sup>, Nani Nurhaeni<sup>2</sup>, Happy Hayati<sup>2</sup>

1. STIKes Mitra Lampung, Lampung 35132, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

\*E-mail: yulilestari.mitra@gmail.com

---

### Abstrak

Penanganan diare yang tepat dan edukasi manajemen diare pada ibu dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian balita karena diare. Penelitian ini bertujuan untuk menguji efektifitas edukasi video penanganan diare terhadap pengetahuan dan sikap ibu dalam penanganan diare, serta lama diare balita. Desain penelitian menggunakan *pre-post test* dengan *kontrol group*. Total sampel sejumlah 71 responden dibagi kelompok intervensi dan kontrol yang dipilih menggunakan teknik *consecutive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah edukasi pada kelompok intervensi (pengetahuan:  $p=0,002$ ; sikap  $p=0,008$ ); terdapat perbedaan bermakna antara selisih skor pengetahuan dan sikap antar kelompok (pengetahuan  $p=0,008$ ; sikap  $p=0,001$ ), namun tidak ada perbedaan yang bermakna antara lama diare kelompok kontrol dengan intervensi ( $p=0,796$ ). Edukasi video efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap, namun tidak pada variabel lama diare. Edukasi melalui audiovisual dapat dipertimbangkan sebagai asuhan keperawatan karena keefektifannya dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu menangani anak diare.

Kata Kunci: edukasi audiovisual, lama diare, manajemen diare

### Abstract

*Application of Mobile Video Effective to Increase the Knowledge and Attitude in Managing Diarrhea of the Mothers and to Reduce Diarrhea Duration of Under Five Children. Proper handling of diarrhea and education of diarrhea management in mothers can decrease morbidity and mortality of children under five due to diarrhea. This study aimed to examine the effectiveness of video education about management of diarrhea toward knowledge and attitude of the mother, and duration diarrhea of under five children. The design applied a pre and post-test with the control group. The total sample was 71 respondents divided to control group and interventions were selected by consecutive sampling technique. The results showed that there were significant differences between knowledge and attitude before and after education in interventions (knowledge:  $p=0.002$ ; attitude  $p=0.008$ ). There was a significant difference between score knowledge and attitude control group and interventions (knowledge  $p=0.008$ ; attitude  $p=0.001$ ), but there was no significant difference between duration diarrhea control group and interventions ( $p=0.796$ ). Video education enhanced knowledge and attitude of the mother, but not to the duration of diarrhea. Audiovisual can be considered as a nursing intervention because its effectiveness to increase knowledge and attitude of the mother in handling the children with diarrhea.*

Keywords: audiovisual education, attitude, diarrhea management, duration of diarrhea

---

### Pendahuluan

Diare merupakan penyakit penyebab utama tingginya angka kesakitan dan kematian pada anak di bawah 5 (lima) tahun di negara ber-

kembang (WHO, 2009; WHO, 2013; WHO, 2015). Tepatnya 24% kematian anak di negara berkembang disebabkan karena diare dan dehidrasi (Hockenberry & Wilson, 2013). Asia Tenggara berada pada urutan ke-2 dengan ang-

ka kematian anak usia dibawah 5 tahun karena diare. Diare di Indonesia sebesar rata-rata 1,5 per 1000 kelahiran hidup anak usia 1-59 bulan (UNICEF, 2015; WHO, 2015). Di Provinsi Lampung diare berpotensi menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB). Kematian bayi (usia 29 hari –11 bulan) yang disebabkan oleh diare sebesar 31,4% dan pada balita (usia 12–59 bulan) sebesar 25,2%. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa diare merupakan masalah kesehatan yang perlu diperhatikan karena menjadi penyumbang kematian tertinggi pada balita (Kemenkes RI, 2011; Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2014).

Penatalaksanaan diare di rumah dengan manajemen yang tepat dapat mengurangi keparahan diare, Namun demikian kasus diare anak juga dapat menyebabkan komplikasi dehidrasi sehingga memerlukan penatalaksanaan di ruang gawat darurat untuk mendapat terapi cairan intravena. Carusso, Stephenson, dan Leon (2011) menyatakan kesehatan anak dengan diare sebagian besar dikendalikan oleh pengalaman ibu. Faktor pendidikan ibu juga menjadi masalah penting dalam penatalaksanaan diare di rumah untuk menurunkan keparahan diare pada anak (Yilgwan, 2012; Becker-Dreps et al., 2014). Yalew (2014) menemukan di wilayah Ethiopia persepsi ibu tentang pemahaman pengasuh dalam perawatan diare sangat penting sebelum anak dibawa ke rumah sakit atau klinik. Peran orang tua dalam perawatan anak akan menjadi optimal bila dibekali dengan pengetahuan dan sikap yang baik (Kanugo, et al., 2014; Lamberti, et al., 2015; Silah, et al., 2013)

Edukasi dapat memberi bekal pengetahuan dan menciptakan sikap positif ibu tentang penyebab, pencegahan, dan manajemen diare (Merga & Alemayehu, 2015). Edukasi memerlukan persiapan dan perlu kompetensi karena melibatkan transmisi informasi untuk meningkatkan pemahaman seseorang (Hockenberry & Wilson, 2013). Media yang dianggap baik dalam menyampaikan informasi adalah media audiovisual. Media audiovisual diberikan melalui media digital menggunakan kata-kata yang diucap-

kan dalam bentuk ilustrasi, foto, animasi atau video (Clark & Mayer, 2016). Media ini dapat menyalurkan pengetahuan ke otak lebih maksimal karena memberikan gambaran yang lebih nyata dan dapat meningkatkan retensi memori karena menarik dan mudah diingat dibanding dengan media lain (Maulana, 2009; Sadiman et al., 2009). Media audiovisual juga dianggap mudah dipahami oleh orang dengan pendidikan rendah. Nascimento, et al. (2014) melaporkan bahwa video pendidikan terbukti meningkatkan *self-efficacy* ibu di Brazil dalam pencegahan dan penatalaksanaan bayi diare.

Media audiovisual dapat diakses melalui komputer, gawai, dan media elektronik lainnya. Pada era digitalisasi saat ini, angka pengguna ponsel pintar di Indonesia kini mencapai sekitar 25% dari total penduduk atau sekitar 65 juta orang (Menristekdikti, 2017). Kemudahan seseorang memiliki dan tingginya angka penggunaan ponsel pintar memberi peluang besar dalam mengaplikasikan edukasi dengan media video. Tujuan penelitian ini adalah untuk menguji efektifitas edukasi audiovisual perawatan diare terhadap pengetahuan dan sikap ibu, serta lama diare balita di wilayah puskesmas Kedaton Bandar Lampung.

## Metode

Desain penelitian ini menggunakan *pre-post-test* dengan *control group*. Penelitian ini dilakukan di Wilayah Puskesmas Kedaton Bandar Lampung selama sebulan. Populasi dalam penelitian ini yaitu ibu dengan balita diare yang datang ke Puskesmas Kedaton. Sampel penelitian yaitu 71 responden dengan kriteria inklusi: (1) Ibu balita (usia 2–59 bulan) dengan diare, (2) Balita diare dengan atau tanpa demam, (3) Ibu merawat balitanya sendiri dirumah, (4) Ibu dapat membaca dan menulis. Kriteria eksklusi yaitu: (1) Balita diare dengan penyakit penyerta lain (seperti: batuk, demam karena infeksi penyakit lain, (2) Ibu sakit, (3) Ibu dengan balita yang perlu dirawat inap karena diare. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling*.

Alat pengumpul data menggunakan kuesioner dan lembar *follow up*. Analisis data menggunakan Uji *Chi-Square* untuk menguji data kategorik tidak berpasangan, uji *Mc Nemar* untuk menguji data kategorik berpasangan, dan uji *Mann Whitney* untuk menguji data numerik tidak berpasangan.

Kuesioner terdiri dari 18 item tentang diare dan perawatan diare di rumah untuk mengukur pengetahuan. Skor pengetahuan berdasar jumlah jawaban benar. Pengukuran variabel sikap juga menggunakan kuesioner yang terdiri dari 18 item dalam bentuk pernyataan positif dan negatif menggunakan skala Likert, untuk pernyataan positif diberikan skor dengan ketentuan 1= sangat tidak setuju terhadap pernyataan, 2= tidak setuju, 3= setuju, dan 4= sangat setuju. Sebaliknya untuk pemberian skor pada pernyataan negatif. Uji validitas kuesioner pengetahuan didapatkan nilai  $r = 0,365-0,817$  dengan *Cronbach alpha* sebesar 0,876; sikap didapatkan  $r = 0,431-0,900$  dengan *cronbach alpha* sebesar 0,740. Intervensi yang diberikan adalah edukasi menggunakan media audiovisual. Penelitian yang dilakukan sudah lolos kaji etik dari Universitas Indonesia, dimana kelompok kontrol mendapatkan edukasi audiovisual setelah data selesai diambil.

## Hasil

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan kurang (skor jawaban responden  $< 49$ ) pada kelompok intervensi sebelum edukasi adalah 8 orang; sesudah edukasi adalah 1 orang. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan sebelum dengan sesudah edukasi ( $p = 0,002$ ). Pengetahuan kurang kelompok kontrol sebelum edukasi adalah 7 orang; sesudah edukasi adalah 5 orang. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan sebelum dengan sesudah edukasi pada kelompok kontrol ( $p = 0,018$ ) yang dapat dilihat pada Tabel 1.

Sikap negatif (skor jawaban responden  $< 75$ ) kelompok intervensi sebelum edukasi adalah 21 orang; sesudah edukasi adalah 13 orang. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara sikap sebelum dengan sesudah edukasi ( $p = 0,008$ ). Sikap negatif kelompok kontrol sebelum edukasi adalah 13 orang; sesudah edukasi adalah 9 orang. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara sikap sebelum dengan sesudah edukasi ( $p = 0,125$ ) yang dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 1. Perbedaan Pengetahuan Ibu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol berdasarkan *Pre-test* dan *Post-Test*

Variabel	Pengetahuan Post Test			Total	p
	Baik	Cukup	Kurang		
Kelompok Intervensi					
Pengetahuan Pre Test					
a. Baik	13	0	0	13	0,002
b. Cukup	8	7	0	15	
c. Kurang	2	5	1	8	
Total	23	12	1	36	
Kelompok Kontrol					
Pengetahuan Pre Test					
a. Baik	11	0	0	11	0,018
b. Cukup	6	11	0	17	
c. Kurang	0	2	5	7	
Total	17	13	5	35	

Tabel 2. Perbedaan Sikap Ibu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol berdasarkan *Pre-test* dan *Post-test*

Variabel	Sikap Post Test		Total	p
	Positif	Negatif		
Kelompok Intervensi				
Sikap Pre Test				
a. Positif	15	0	15	0,008
b. Negatif	8	13	21	
Total	23	13	36	
Kelompok Kontrol				
Sikap Pre Test				
a. Positif	22	0	22	0,125
b. Negatif	4	9	13	
Total	26	9	35	

Tabel 3. Perbedaan Selisih Skor Pengetahuan dan Sikap Ibu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Berdasarkan *Pre-test* dan *Post-test*

Variabel	Kelompok	n	Mean <i>diff</i> *	Selisih	p
Pengetahuan	Intervensi	36	11,5	4,9	0,008
	Kontrol	35	6,6		
Sikap	Intervensi	36	3,61	2,38	0,001
	Kontrol	35	1,23		

Tabel 4. Perbedaan Lama Diare Balita pada Kelompok Intervensi dan Kontrol berdasarkan *Pre test* dan *Post Test*

Variabel	Kelompok	n	Median (Min – Max)	Rerata ± SD	p
Lama diare	Intervensi kontrol	36	2 (1 – 4)	2,08 ± 0,993	0,796
		35	2 (1 – 4)	2,14 ± 1,004	

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara selisih skor pengetahuan kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ( $p=0,008$ ); ada perbedaan yang bermakna antara selisih skor sikap kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ( $p=0,001$ ), namun hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara lama diare kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ( $p=0,796$ ) yang dapat dilihat pada Tabel 3 dan Tabel 4.

## Pembahasan

Pengetahuan kurang jika dibandingkan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok in-

tervensi mengalami penurunan lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol. Dapat dilihat pada Tabel 1 bahwa jumlah responden kelompok intervensi dengan pengetahuan kurang menurun sebanyak tujuh responden sedangkan pada kelompok kontrol menurun sebanyak dua responden. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Kanungo, et al. (2014) yang menemukan bahwa tingkat pengetahuan tentang penanganan diare paling baik pada kelompok intervensi dibanding dengan kelompok kontrol. Edukasi merupakan suatu kegiatan memberikan informasi yang menguntungkan terhadap peningkatan pengetahuan (Auld & Gambescia, 2011). Edukasi kesehatan menurut WHO (2015) adalah berbagai kombinasi pengalaman belajar

yang dirancang untuk membantu individu dan komunitas memperbaiki kesehatan mereka, dengan meningkatkan pengetahuan atau sikap yang memengaruhi mereka. Menurut Maulana (2009); Sadiman, et al. (2009) media audiovisual dapat menyalurkan informasi ke otak lebih maksimal karena dapat memberikan gambaran nyata sehingga mudah untuk diingat.

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara pengetahuan sebelum dengan sesudah edukasi pada kelompok intervensi ( $p= 0,002$ ) dan kelompok kontrol ( $p= 0,018$ ). Penelitian ini sesuai dengan penelitian Sulisnadewi, Nurhaeni, dan Gayatri (2012) yang menemukan bahwa skor pengetahuan, sikap, dan keterampilan masing-masing kelompok berbeda secara bermakna ( $p < 0,05$ ) setelah diberikan edukasi dan ibu pada kelompok intervensi ditemukan berbeda secara bermakna dengan kelompok kontrol ( $p= 0,000$ ).

Sikap negatif mengalami penurunan baik pada kelompok intervensi maupun kontrol setelah dilakukan edukasi. Menurut Costa, Vasconcelos, dan Peres (2010) pembentukan sikap dipengaruhi beberapa faktor, yaitu faktor biologis yang mencakup usia dan status kesehatan, faktor psikologis, dan faktor komunikasi sosial. Faktor fisiologis seseorang akan menentukan bagaimana sikap seseorang dalam mengambil keputusan. Frelman-Stewart, et al. (2013) menemukan bahwa informasi yang lebih rinci dapat meningkatkan pengetahuan untuk mengambil keputusan. Ilvonen (2010) juga menjelaskan pengetahuan dan sikap merupakan bentuk interpretasi informasi dan pengalaman. Pembentukan sikap dapat dilakukan dengan cara kegiatan berulang, melalui kejadian yang menimbulkan kesan mendalam, dan pengalaman traumatis pada individu (Maulana, 2009).

Pengalaman dan informasi kemungkinan menjadi faktor yang mendukung perubahan sikap seseorang. Alhamda (2014) menyatakan sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang objek tersebut melalui persuasi serta tekanan lingkungan dan

budaya dari kelompok sosialnya. Merga dan Alemayehu (2015) menyebutkan berdasarkan analisis pernyataan terkait sikap, 146 (62,9%) ibu dikategorikan memiliki sikap yang baik setelah diberi edukasi, meskipun dalam studi ditemukan bahwa ibu memiliki sikap/keyakinan yang berbeda-beda mengenai transmisi penyakit diare, metode pencegahan dan penanganan.

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara sikap sebelum dengan sesudah edukasi pada kelompok intervensi ( $p= 0,008$ ); pada kelompok kontrol menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara sikap sebelum dengan sesudah edukasi ( $p= 0,125$ ). Sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi (Alhamda, 2014). Informasi yang berulang dan terus menerus diberikan secara bertahap akan diserap individu sebagai cara pembentukan sikap (Maulana, 2009). Proses edukasi merupakan upaya mengubah perilaku melalui pemberian informasi untuk mencapai kesehatan (Fenstein, et al., 2006). Penelitian ini sesuai dengan penelitian Merga dan Alemayehu (2015) yang menemukan bahwa pengetahuan dan sikap ibu dalam mengenali tanda dehidrasi akibat diare, pencegahan dan penanganan diare pada anak setelah edukasi secara bermakna dapat menurunkan risiko kejadian diare. Strategi informasi, edukasi, dan komunikasi dapat membantu meningkatkan pengetahuan dan menciptakan sikap positif di kalangan ibu tentang penyebab, pencegahan, dan manajemen diare.

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara selisih skor pengetahuan kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ( $p= 0,008$ ) dan selisih skor sikap antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ( $p= 0,001$ ). Penelitian ini sesuai dengan penelitian Sillah, Ho, dan Chao (2013) yang menemukan bahwa ibu yang terdidik dalam pengelolaan diare memiliki nilai pengetahuan dan sikap yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak terdidik. Ibu yang diberikan pendidikan pengelolaan diare memiliki nilai pengetahuan yang jauh lebih tinggi ( $p=$

0,032) dan sikap ( $p= 0,018$ ) dibanding dengan mereka yang tidak diberikan pendidikan.

Penelitian Kapti (2010) juga menemukan bahwa sebagian besar ibu yang berpendidikan tinggi sebesar 58,3% dan terbukti ada perbedaan pengetahuan dan sikap yang bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol ( $p < 0,05$ ). Pengetahuan dan sikap dipengaruhi oleh pendidikan seseorang, semakin tinggi pendidikan maka semakin banyak pengetahuan yang diperoleh seseorang (Surjadi, Torruellas, Ayala, Yee, & Khalili, 2011). Orang dengan latar belakang pendidikan formal yang tinggi cenderung lebih aktif untuk mencari sendiri informasi yang dibutuhkan, namun demikian pengetahuan dan sikap seseorang dapat ditingkatkan dengan cara pemberian edukasi. Berdasarkan teori *Health Promotion Model* (Alligood, 2014) bahwa sosial kognitif dibentuk melalui observasi diri dan refleksi diri yang secara kuat dapat memengaruhi perilaku individu. Pengalaman dan faktor pribadi: biologi, psikologi, dan sosial budaya akan menentukan pengetahuan dan sikap spesifik sehingga tumbuh komitmen pada rencana tindakan yaitu perubahan perilaku (Alligood, 2014).

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara lama diare antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ( $p= 0,796$ ). Faktor yang memengaruhi lama diare antara lain usia, ASI eksklusif, frekuensi, dan keparahan diare (Strand, et al., 2012; Begum, 2014). Penelitian ini sesuai dengan penelitian Sillah, et al. (2013) yang menyatakan bahwa edukasi dapat meningkatkan nilai pengetahuan dan sikap, namun tidak memengaruhi praktik ibu dalam penanganan diare pada anak-anak. Sulisnadewi, et al. (2012) menemukan tingkat pengetahuan yang rendah akan menyebabkan ibu balita tidak dapat melakukan upaya pencegahan maupun perawatan pada anak diare. Perbedaan hasil antara pengetahuan, sikap, dan praktik dalam pengelolaan diare dapat disebabkan oleh fakta bahwa beberapa ibu tidak dapat menerapkan pengetahuan mereka tentang pengelolaan diare karena jad-

wal yang sibuk dalam melakukan pekerjaan rumah tangga dan mengurus anak lain (Sillah, et al. 2013).

Webb, et al. (2010) mengungkapkan bahwa ibu memiliki pengetahuan yang baik dalam penanganan diare anak, namun tidak dalam praktiknya, terutama dalam penggunaan larutan rehidrasi oral. Masdiana (2016) menemukan perilaku ibu dalam perawatan/ pengobatan diare berupa mencari fasilitas kesehatan, pengobatan tradisional, merawat sendiri balita dengan diare di rumah, dan tidak melakukan apa-apa, sedangkan pencegahan diare yang dilakukan adalah menjaga makan dan minum anak, menjaga agar anak tidak terpapar dari anak lain yang sedang mengalami diare, menjaga kebersihan diri dan sanitasi lingkungan. Anak-anak dengan diare kebanyakan yang ditemukan dirawat di rumah perlu mendapatkan penanganan yang tepat. Oleh karena itu, perawat perlu memberikan pengetahuan dasar tentang praktik pengelolaan dan perawatan diare anak untuk mempersingkat durasi, mengurangi keparahan, dan mencegah terulangnya diare (Churgay & Aftab, 2012). Menurut teori *Health Promotion Model* faktor penghambat perilaku spesifik pengetahuan dan sikap antara lain sifat serta pengalaman individu (Alligood, 2014). Faktor penghambat lain juga dikarenakan untuk mengubah perilaku dibutuhkan waktu antara 18–224 hari (Lally, et al., 2009).

Pada pelaksanaannya, intervensi edukasi dalam penelitian ini tidak dilakukan dalam ruangan khusus, tetapi dilakukan di ruang tunggu dengan menggunakan *earphone*. Kondisi ini dapat menimbulkan distraksi pada responden. Keterampilan ibu merawat anaknya yang diare tidak dilakukan melalui observasi secara langsung sehingga terdapat kelemahan pada pengukuran variabelnya. Penelitian ini juga tidak mengukur faktor lain yang kemungkinan memengaruhi pengetahuan dan sikap ibu tentang penanganan diare dan lamanya diare selain edukasi.

Hasil penelitian ini memberikan dampak pada pelayanan khususnya di divisi promosi kese-

hatan agar mengembangkan media edukasi yang lebih kreatif sesuai dengan dinamika masyarakat dewasa ini. Edukasi dengan media video dapat digunakan sebagai alat bantu petugas kesehatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan karena dapat dilakukan mandiri dan kelompok. Edukasi tetap dapat dilakukan meskipun pelayanan kesehatan dalam kondisi keterbatasan sumber daya manusia.

## Kesimpulan

Pengetahuan antara sebelum dan sesudah edukasi yang didapatkan pada kedua kelompok menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna, dimana nilai statistik kelompok intervensi lebih kecil dari pada kontrol. Sikap antara sebelum dan sesudah edukasi yang didapatkan pada kelompok intervensi menunjukkan ada perbedaan yang bermakna sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang bermakna. Selisih skor pengetahuan dan sikap menunjukkan ada perbedaan, namun lama diare sesudah program edukasi menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol.

Pihak institusi pelayanan kesehatan perlu mengembangkan berbagai video edukasi perawatan diare yang dapat diakses dan memberikan kemudahan pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Penelitian dinilai efektif dan efisien dari segi tenaga, waktu, dan biaya. Penelitian lain perlu dilanjutnya dengan tujuan mengembangkan bentuk edukasi video yang paling tepat dan sesuai untuk ibu dengan mempertimbangkan latar belakang pendidikan, budaya dan status sosial ekonomi (HM, NN, INR).

## Ucapan Terima kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Puskesmas Kedaton Bandar Lampung dan Kepala Pos Kesehatan Kelurahan (Pos-KesKel) Wilayah Puskesmas Kedaton dan asisten peneliti yang ikut membantu jalannya

penelitian, serta ibu-ibu yang bersedia menjadi responden.

## Referensi

- Alhamda, S. (2014). *Buku ajar sosiologi kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Allgood, M.R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th Ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Auld, E., & Gambescia, S. (2011). Health education. *Oxford Bibliographies in Public Health*. doi: 10.1093/obo/9780199756797-0044
- Bastable, S.B. (2008). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice* (3th Ed.). USA: Jones and Barlett Publishers, LLC.
- Becker-dreps, S., Zambrana, L.E., Reyes, D., Vilchez, S., & Weber, D.J. (2014). Household management of childhood diarrhea: A population-based study in Nicaragua. *J Health Popul Nutr*, 32 (1); 149–154. ISSN 1606-0997|\$ 5.00+0.20.
- Begum, M. (2014). Breast feeding versus formula feeding and diarrheal diseases in infants and children: A review. *Journal of Bangladesh College of Physicians & Surgeons*, 32 (1), 26–30. <http://dx.doi.org/10.3329/jbcps.v32i1.21033>
- Caruso, B., Stephenson, R., & Leon, J.S. (2010). Maternal behavior and experience, care access, and agency as determinants of child diarrhea in Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28 (6), 429–439.
- Churgay, C.A., & Aftab, Z. (2012). Gastroenteritis in children: Part II. Prevention and management a handout on gastroenteritis treatment. *American Family Physician*, 85 (11). Retrieved from <http://www.aafp.org/afp/2012/0601/p1066-s1.html>
- Clark, R.C. & Mayer, R.E., (2016). *E-learning and the science of instruction: proven guidelines for consumers and designers of multimedia*

- learning (4th Ed.). Canada: John Wiley & Sons Inc.
- Costa, L.C.F., Vasconcelos, F.A.G., & Peres, K.G. (2010). Influence of biological, social and psychological factors on abnormal eating attitudes among female university students in Brazil. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 28 (2), 173–181.
- Dinas Kesehatan Provinsi Lampung. (2014). *Profil kesehatan provinsi Lampung tahun 2014*. Bandar Lampung: Dinas kesehatan provinsi Lampung.
- Feinstein, L., Sabates, R., Anderson, T.M., Sorhaindo, A., & Hammond, C. (2006). What are the effects of education on health? In *Proceedings of the Copenhagen Symposium" Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement*.
- Feldman-Stewart, D., O'Brien, M. A., Clayman, M. L., Davison, B. J., Jimbo, M., Labrecque, M., . . . Shepherd, H. (2013). Providing information about options in patient decision aids. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13, S4. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6947-13-S2-S4>
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2013). *Wong's essentials of pediatric nursing* (9th Ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Ilvonen, I. (2010). Knowledge management and knowledge security—a conceptual comparison. *Paper presented at the 352-X*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/869507094?accountid=17242>.
- Kanungo, S., Mahapatra, T., Bhaduri, B., Mahapatra, S., Chakraborty, N. D., Manna, B., & Sur, D. (2014). Diarrhoea-related knowledge and practice of physicians in urban slums of Kolkata, India. *Epidemiology and Infection*, 142 (2), 314–326. <http://dx.doi.org/10.1017/S0950268813001076>
- Kapti, R. E. (2010). *Efektifitas audiovisual sebagai media penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu dalam tatalaksana balita dengan diare di dua Rumah Sakit Kota Malang* (Tesis, tidak dipublikasikan). Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Buku bagan manajemen terpadu balita sakit*. Jakarta: Kemenkes.
- Kementerian Riset dan Teknologi Dikti. (2017). *Smartphone Rakyat Indonesia*. Diperoleh dari <http://www.dikti.go.id/smartphone-rakyat-indonesia-2/>
- Lally, P., Van Jaarsveld, C.H., Potts, H.W., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European journal of social psychology*, 40 (6), 998–1009.
- Lamberti, L.M., Walker, C.L.F., Taneja, S., Mazumder, S., & Black, R.E. (2015). The association between provider practice and knowledge of ORS and zinc supplementation for the treatment of childhood diarrhea in bihar, gujarat and uttar pradesh, India: A multi-site cross-sectional study. *PLoS One*, 10 (6). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0130845>
- Lin, W., Hang, C., Yang, H., & Hung, M., B.S. (2011). 2005-2008 nutrition and health survey in Taiwan: The nutrition knowledge, attitude and behavior of 19–64 years old adults. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 20 (2), 309–318. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/878058686?accountid=17242>.
- Maulana, H.D.J. (2009). *Promosi kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Masdiana, T.T. (2016). Persepsi, sikap, dan perilaku ibu dalam merawat balita dengan diare. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 4 (1), 100–112.
- Merga, N., & Alemayehu, T. (2015). Knowledge, perception, and management skills of mothers with under-five children about diarrhoeal disease in indigenous and resettlement communities in assosa district, western Ethiopia. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 33 (1), 20–30.

- Nascimento, L.A., Joventino, E.S., de Oliveira Andrade, L.C., Gomes, A.L.A., & Ximenes, L.B. (2014). Evaluation of educational videos produced in Brazil about infant diarrhea: a documental study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13 (3), 311–320.
- Sadiman, A.S., Rahardjo, R., Haryono, A., & Rahardjito. (2009). *Media pendidikan: pengertian, pengembangan, dan pemanfaatannya*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Sillah, F., Ho, H., & Chao, J. C. -. (2013). The use of oral rehydration salt in managing children under 5 y old with diarrhea in the gambia: Knowledge, attitude, and practice. *Nutrition*, 29 (11), 1368–1373. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2013.05.014>
- Strand, T.A., Sharma, P.R., Gjessing, H., Ulak, M., Chandyo, R.K., Adhikari, R.K., & Sommerfelt, H. (2012). Risk factors for extended duration of acute diarrhea in young children. *PLoS One*, 7 (5). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0036436>.
- Sulisnadewi, N.L.K., Nani, N., & Dewi, G. (2012). Pendidikan kesehatan keluarga Efektif meningkatkan kemampuan ibu dalam merawat anak diare. *Jurnal Keperawatan Indonesia*; 15 (3), 165–170. doi: 10.7454/jki.v15i3.23.
- Surjadi, M., Torruellas, C., Ayala, C., Yee, H.F., & Khalili, M. (2011). Formal patient education improves patient knowledge of Hepatitis C in vulnerable populations. *Digestive Diseases and Sciences*, 56 (1), 213–219. <http://doi.org/10.1007/s10620-010-1455-3>
- UNICEF (2015). *Sekitar 35 juta balita masih beresiko jika target angka kematian anak tidak tercapai*. Retrieved from [http://www.unicef.org/indonesia/id/media\\_21393.html](http://www.unicef.org/indonesia/id/media_21393.html)
- Webb, A.L., Ramakrishnan, U., Stein, A.D., Sellen, D.W., Merchant, M., & Martorell, R. (2010). Greater years of maternal schooling and higher scores on academic achievement tests are independently associated with improved management of child diarrhea by rural Guatemalan mothers. *Maternal and child health journal*, 14 (5), 799–806.
- World Health Organization. (2015). *Global Health Observatory (GHO) data: Under-five mortality*. Retrieved from [http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/mortality\\_under\\_five/en/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five/en/)
- World Health Organization. (2009). *Diarrhoea: why children are still dying and what can be done*. Geneva: WHO. Retrieved from [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241598415/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241598415/en/)
- World Health Organization. (2013). *WHO pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illness* (2nd Ed.). Geneva: WHO.
- Yalew, E. (2014). A qualitative study of community perceptions about childhood diarrhea and its management in Assosa District, West Ethiopia. *BMC public health*, 14 (1), 975.
- Yilgwan, C.S. (2012). Prevalence of diarrhea disease and risk factors in Jos University Teaching Hospital, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 11 (4), 217. doi: 10.4103/1596-3519.10285.

## **REGULASI DIRI PADA PENYAKIT KRONIS—SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: KAJIAN LITERATUR**

Atikah Fatmawati\*

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Majapahit Mojokerto, Jawa Timur, 61364, Indonesia

\*E-mail: tikaners87@gmail.com

---

### **Abstrak**

Penyakit *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) adalah salah satu penyakit yang terkait dengan sistem imun. Penyakit SLE masih tergolong penyakit yang awam di Indonesia. Banyak faktor yang memengaruhi terjadinya kasus SLE di Indonesia, antara lain belum terpenuhinya kebutuhan pasien dan keluarganya tentang informasi, pendidikan, dan dukungan yang terkait dengan SLE. Hal ini diperlukan agar pasien mudah dalam penanganan penyakit terkait. Artikel dikumpulkan melalui database elektronik CINAHL, ScienceDirect, dan Proquest menggunakan kata kunci manajemen diri, sistemik lupus erythematosus, kelelahan, dan depresi. Kriteria inklusi adalah penelitian terhadap jurnal yang diterbitkan pada periode antara tahun 2008-2017. Upaya mengurangi efek negatif penyakit kronis mutlak diperlukan. Salah satunya adalah penerapan program manajemen diri pada pasien SLE. Telah terbukti bahwa penerapan manajemen diri memiliki efek dalam mengurangi kelelahan dan depresi, dan meningkatkan keterampilan mengatasi dan efikasi diri. Pengetahuan dan pemahaman tentang program keperawatan yang relevan dalam pengelolaan penyakit kronis harus dikembangkan dalam lingkup praktik dan penelitian. Oleh karena itu, partisipasi aktif pasien dan keluarga merupakan komponen penting dalam keberhasilan program pengobatan.

**Kata kunci** : depresi, kelelahan, manajemen diri, regulasi diri, dan sistemik lupus erythematosus

### **Abstract**

*Self Regulation in Chronic Illness - Systemic Lupus Erythematosus: Literature Review. Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is one of the diseases that associated with immune system. SLE is still classified as a disease that lay in Indonesia. Many factors that cause this disease are not detected, one of which has not fulfilled the needs of patients and family of information, education, and support that is associated with SLE. This is necessary to enable the patient in self-management related illness. Articles were collected through electronic databases CINAHL, Science Direct, and ProQuest using keywords self-management, systemic lupus erythematosus, fatigue, and depression. The inclusion criteria were studies to journals published in the period between the years 2008-2017. Efforts to reduce the negative effects of chronic disease is absolutely necessary. One is the application of self-management program in patients with SLE. It has been proven that the application has an effect in reducing fatigue and depression, and increasing coping skills and self-efficacy. Knowledge and understanding of relevant nursing programs in chronic disease self-management should be developed within the scope of practice and research. So that the active participation of the patient and family is an important component in the success of a treatment program.*

**Keywords** : depression, fatigue, self management, self regulation, and systemic lupus erythematos

---

## **Pendahuluan**

Penyakit *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) adalah penyakit yang ditandai dengan produksi antibodi yang berlebihan terhadap komponen inti sel, dan menimbulkan berbagai macam manifestasi klinis pada organ (Cleanthous, Tyagi,

Isenberg, & Newman, 2012). Istilah penyakit SLE telah diperkenalkan oleh dokter pada abad ke-19 untuk menggambarkan lesi di kulit, dan membutuhkan waktu hampir 100 tahun untuk akhirnya menyadari bahwa penyakit ini bersifat sistemik pada beberapa organ yang disebabkan respon autoimun yang menyimpang (Tsokos,

2011). Penyebab pasti dari penyakit SLE sampai saat ini masih belum diketahui. Namun terdapat beberapa faktor yang diduga menjadi faktor risiko dari penyakit ini, yaitu genetik, lingkungan, regulasi sistem imun, hormonal, dan epigenetic (Bartels, et al., 2013).

SLE adalah hasil dari regulasi sistem imun yang terganggu yang menyebabkan produksi berlebihan dari autoantibodi. Pada kondisi normal tubuh manusia, antibodi diproduksi dan digunakan untuk melindungi tubuh dari benda asing (virus, kuman, bakteri, dll). Namun pada kondisi SLE, antibodi tersebut kehilangan kemampuan untuk membedakan antara benda asing dan jaringan tubuh sendiri. Secara khusus, sel B dan sel T berkontribusi pada respon imun penyakit SLE ini (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010).

Penyakit SLE masih tergolong penyakit yang awam di Indonesia. Akan tetapi tidak berarti bahwa tidak ada orang yang menderita penyakit ini. Prevalensi penyakit SLE ini semakin hari semakin banyak diteliti. Prevalensi berkisar antara 20–150 kasus per 100.000 penduduk, dengan prevalensi yang tertinggi terdapat di negara Brazil. Di Amerika Serikat, orang-orang Afrika, Hispanik, atau Asia keturunan cenderung memiliki angka prevalensi yang tinggi dibandingkan dengan kelompok ras atau etnis lainnya. Tingkat kelangsungan hidup selama 10 tahun pada Odapus (Orang dengan Lupus) berkisar pada 70% (Tsokos, 2011). Di Indonesia, data jumlah Odapus belum diketahui secara pasti. Survey yang dilakukan Prof. Handono Kalim, dkk. menunjukkan jumlah Odapus adalah sebesar 0,5% dari total populasi penduduk yang ada di Malang (Kemenkes RI, 2017).

Banyak pasien yang datang ke rumah sakit sudah dalam kondisi penyakit SLE yang serius, ini mungkin dikarenakan terlambatnya pasien tersebut mengenali tanda dan gejala. Sehingga banyak kasus SLE yang tidak terdeteksi keberadaannya. Masalah tidak terdeteksinya kasus SLE di Indonesia dapat dikarenakan berbagai macam hal, antara lain seringnya penyakit ini

terlambat diketahui dan diobati dengan benar karena cukup banyak dokter yang tidak mengetahui atau kurang waspada tentang gejala penyakit dan dampaknya terhadap kesehatan. Hal ini disebabkan karena tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit SLE ini masih terlalu umum dan seringkali merujuk pada penyakit lain, misalnya malaria, nyeri sendi, dan lain-lain.

Odapus harus berhadapan dengan berbagai macam keterbatasan aktivitas yang disebabkan oleh kemungkinan munculnya tanda dan gejala penyakit. Hal ini bukan tidak mungkin dapat memengaruhi aktifitas kesehariannya. Faktor yang dapat memengaruhi yaitu belum terpenuhinya kebutuhan Odapus dan keluarganya tentang informasi, pendidikan, dan dukungan yang terkait dengan SLE. Dengan minimalnya tingkat pengetahuan pasien dengan SLE, maka dikhawatirkan status aktivitas penyakitnya pun akan berada pada level yang buruk, akibat ketidaktahuan tentang perilaku apa saja yang harus diperhatikan pada penyakit SLE ini. Maka dari itu, dibutuhkan suatu kajian mengenai peran *self regulation* sebagai bagian dari terapi pada SLE yang dapat dilakukan oleh pasien dengan bantuan perawat, dalam rangka mengurangi efek negatif yang mungkin muncul dari penyakit SLE ini.

## Metode

Metode penulisan artikel menggunakan penelusuran literatur melalui database *online* yaitu CINAHL, ScienceDirect, dan Proquest. Literatur dibatasi dari tahun 2008–2017 dengan kata kunci “manajemen diri”, “sistemik lupus erythematosus”, “kelelahan”, dan “depresi”. Sebanyak 15 artikel didapatkan pada kajian literatur ini.

## Hasil

**Efek yang Mungkin Muncul pada SLE.** Berbagai efek dapat timbul pada pasien dengan SLE. Efek tersebut dapat datang dari efek secara fisik maupun efek secara psikologis. Pada

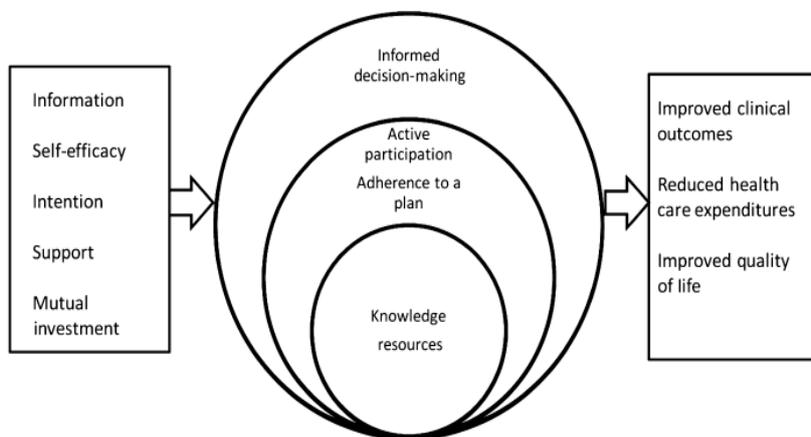
penderita lupus jaringan di dalam tubuh dianggap benda asing. Rangsangan dari jaringan tersebut akan bereaksi dengan sistem imunitas dan akan membentuk antibodi yang berlebihan, dimana antibodi yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap penyakit, masuk ke dalam tubuh justru akan menyerang sel-sel jaringan organ tubuh yang sehat dan berbagai jaringan organ tubuh seperti jaringan kulit otot tulang, ginjal, sistem saraf, kardiovaskular, paru-paru, dan hati (Tsokos, 2011).

Efek psikologis pun muncul pada Odapus, meningat manifestasi klinisnya yang menyerang berbagai macam organ, diantaranya ginjal, kulit, paru-paru, otak, dan jantung. Salah satu efek yang sangat terlihat dan menjadi ciri pada Oda-pus adalah adanya *butterfly rash* (kemerahan pada wajah di sekitar pipi) yang dapat menurunkan kepercayaan diri dan tidak jarang mengakibatkan depresi. Hal ini dapat memengaruhi aktivitas kehidupan sehari-harinya. Dalam kaitannya terhadap keterlibatan sistem saraf pusat pada SLE, banyak yang mengarah ke spektrum yang lebih luas dari gejala neurologis, diantaranya kejang, stroke, chorea, mielopati, dan gejala kejiwaan. Adapun gejala kejiwaan yang sering muncul pada pasien SLE adalah kondisi depresi, kecemasan, psikosis, dan kebingungan yang bersifat akut (Nery, et al., 2008).

Dalam satu studi yang dilakukan di wilayah Saudi Arabia pada 2013 menunjukkan bahwa

prevalensi kejadian depresi pada perempuan yang menderita SLE adalah sebesar 18,75% (15 dari 80 perempuan yang diteliti) (Sehlo & Bahlas, 2013). Studi lain yang dilakukan di Iran tahun 2005 menyebutkan dari 85 pasien SLE yang diteliti terdapat 60% yang menderita depresi. Gejala-gejala depresi yang sering muncul pada responden, antara lain kelemahan dan kelelahan (88,2%), kesedihan (77,6%), perasaan mudah tersinggung (82,3%), sedangkan gejala yang terkadang muncul, antara lain kehilangan berat badan (34,1%), penurunan energi (28,2%), sampai pada ide untuk bunuh diri (10,5%) (Zakeri, et al., 2012).

SLE berpotensi memiliki banyak tantangan yang berhubungan dengan cara untuk mengatasi kondisi kronis dari penyakit ini dan regimen pengobatannya. Dengan demikian, SLE, dapat membawa dampak yang cukup signifikan pada kualitas hidup individu yang mengalaminya (Zakeri, et al., 2012). Saat ini yang banyak terjadi adalah banyak peneliti klinis dan dokter yang meneliti tentang SLE menemukan bahwa pasien harus dikaji secara holistik, akan tetapi yang banyak terjadi adalah hanya berfokus pada kerusakan organ yang terjadi, infeksi, penyakit penyerta, dan efek samping obat. Peneliti juga menemukan bahwa penting bagi dokter dan tenaga kesehatan untuk menyadari dan mengkaji konsekuensi fungsional dan sosial pada pasien SLE, dan upaya untuk meningkatkan kualitas hidupnya (Griffiths, Mosca, & Gordon, 2005).



Gambar 1. Model Manajemen Diri Pada Penyakit Kronis (Sumber: Udhis, 2011)

## Pembahasan

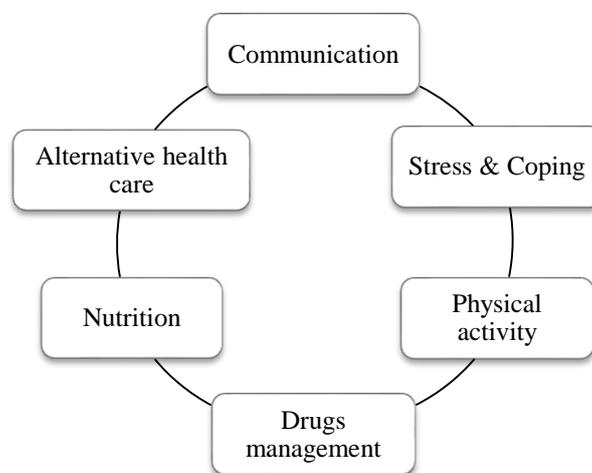
**Self-Management Skills pada SLE.** Banyak yang beranggapan bahwa penyakit SLE adalah penyakit yang bersifat fatal. Anggapan tersebut terjadi karena adanya ketidaktepatan dalam hal manajemen penyakit yang dapat datang dari sisi pasien dan bahkan tenaga kesehatan. Aktivitas harian pasien dapat terganggu karena efek samping yang mungkin muncul dari pengobatan jangka panjang dan ketidakmampuan pasien untuk mengatasinya. Peningkatan kelangsungan hidup pada Odapus perlu untuk dilakukan, karena hal ini dapat menggeser beban pengelolaan penyakit dari mengobati berbagai gejala yang muncul ke upaya-upaya pencegahan munculnya gejala tersebut (Drenkard, et al., 2012).

Integrasi *self-management* pada perawatan pasien dengan SLE mempunyai efek positif, yaitu hasil klinis yang membaik, mengurangi pengeluaran dana perawatan kesehatan, dan peningkatan kualitas hidup (Udlis, 2011). Hasil klinis yang membaik dapat menjadi salah satu indikator keberhasilan dari suatu program *self-management* pada penyakit kronis. Konsekuensi lain yaitu berkurangnya pengeluaran pembiayaan kesehatan. Hal ini dapat terjadi karena dengan meningkatnya kemampuan pasien untuk *manage* kondisi penyakit dan kesehatan, maka akan semakin berkurang juga jumlah kunjungan mereka ke pusat pelayanan kese-

hatan. Peningkatan kualitas hidup sebagai konsekuensi yang terakhir merupakan efek yang dapat timbul dengan semakin membaiknya dan semakin meningkatnya kemampuan pasien dalam *self-management*.

Menurut Bomar (2012), terdapat beberapa kemampuan dan keterampilan yang harus diintegrasikan dalam *self-management* pada penyakit SLE ini, diantaranya komunikasi, koping dan stres, aktifitas fisik, pengaturan obat, nutrisi, dan perawatan kesehatan alternatif. Komunikasi menjadi bagian penting dalam *self-management*. Tidak hanya antara pasien dan tenaga kesehatan, akan tetapi juga dibutuhkan peran serta keluarga. Komunikasi yang melibatkan pihak keluarga atau mitra yang mendukung akan membawa manfaat, diantaranya meningkatkan komunikasi pasangan, meningkatkan keterampilan mengatasi masalah, dan meningkatkan dukungan sosial (Karlson, et al., 2004; Koroma, 2012).

Dalam *Model of Inner Strength* yang dikembangkan oleh Lundman, et al., (2010), disebutkan bahwa *inner strength* adalah kondisi seseorang yang memiliki pandangan tentang kehidupan dimana perubahan dari berbagai jenis adalah bagian alami dari kehidupan. *Inner strength* sendiri terkait erat dengan hubungan, baik itu hubungan dengan keluarga, teman, komunitas, alam, dan dimensi spiritual yang dapat



Gambar 2. Keterampilan Manajemen Diri Pada SLE (Sumber: Bomar, 2012)

membawa efek pada berbagai macam cara dalam menghadapi perubahan yang terjadi di kehidupan (Viglund, Jonsén, Strandberg, Lundman, & Nygren, 2013). Hal ini mendukung pentingnya komunikasi dan juga dukungan sosial terhadap kemampuan pasien dalam melaksanakan *self-management* pada penyakitnya.

Koping dan stres mengacu pada kemampuan pasien untuk mengatasi stressor yang mungkin datang akibat serangan berulang penyakit, efek pengobatan jangka panjang, gejala ketidaknyamanan pada tubuh, dan lain-lain. Pasien dengan penyakit SLE ini akan mengalami berbagai perubahan dalam fungsi fisik saat berada pada kondisi serangan, selain itu perasaan depresi dan putus asa juga akan muncul akibat ketidakpastian gejala dan efek pengobatan, serta prognosis yang tidak pasti (Sohng, 2003). Hal ini tentunya membutuhkan suatu intervensi dari perawat untuk membantu pasien melewati kondisi stress dengan cara mengembangkan mekanisme koping yang efektif.

Aktivitas fisik juga penting untuk diperhatikan pada pasien dengan SLE ini, terutama terkait upaya untuk mengurangi paparan sinar ultraviolet yang kemungkinan dapat menimbulkan eksaserbasi. Penggunaan *sun screen/sun protection* selama aktivitas di luar ruangan serta penggunaan baju tertutup dan topi, perlu untuk disampaikan pada pasien. Selain itu, penjadwalan aktivitas fisik yang berada di luar ruangan perlu untuk dilakukan guna mencegah paparan matahari yang terlalu lama (Wheeler, 2010; Tsokos, 2011; Koroma, 2012; Bartels, et al., 2013).

Pengaturan obat dan nutrisi pada pasien dengan SLE penting untuk dipahami, baik oleh pasien, keluarga, maupun tenaga kesehatan. Perawat perlu menekankan pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan dan tindak lanjut untuk deteksi dan pengendalian penyakit SLE. Instruksikan pasien untuk mencari perawatan medis jika muncul gejala baru, termasuk demam (Panjwani, 2009). Menasihati pasien SLE mengenai risiko tinggi terhadap infeksi dan penya-

kit kardiovaskular. Mendidik pasien dengan SLE tentang pengaruh lemak dan tujuan mengontrol tekanan darah untuk meminimalkan risiko penyakit arteri koroner. Pasien dengan SLE juga perlu diberikan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, diantaranya untuk menambah konsumsi makanan yang mengandung kalsium dan vitamin D (Wheeler, 2010; Robinson, Cook, & Currie, 2011).

Penyakit SLE dapat menyebabkan gejala serangan yang mendadak, maka dari itu diperlukan pengetahuan dan kemampuan pasien dalam pengambilan keputusan yang tepat terkait pemilihan dan penentuan fasilitas pelayanan kesehatan yang akan digunakannya. Selain fasilitas pelayanan kesehatan yang bersifat konvensional, perawatan yang bersifat alternatif dan komplementer juga dibutuhkan untuk mengurangi efek negative dari penyakit. Pilihan perawatannya dapat berupa obat herbal, akupunktur, massage, yoga, dan lain-lain (Bomar, 2012).

Satu hal penting lain terkait *self-management* pada pasien SLE, yaitu perencanaan kehamilan. Perencanaan kehamilan penting untuk diperhatikan oleh wanita dengan SLE. Kesuburan penderita SLE sama dengan populasi wanita bukan SLE. Beberapa penelitian mendapatkan kekambuhan lupus selama kehamilan namun umumnya ringan, tetapi jika kehamilan terjadi pada saat nefritis masih aktif maka 50–60% eksaserbasi, sementara jika nefritis lupus dalam keadaan remisi 3–6 bulan sebelum konsepsi hanya 7–10% yang mengalami kekambuhan. Kemungkinan untuk mengalami pre-eklampsia dan eklampsia juga meningkat pada penderita dengan nefritis lupus dengan faktor predisposisi yaitu hipertensi dan sindroma anti fosfolipid (APS).

Jika penderita SLE ingin hamil dianjurkan sekecil-kecilnya setelah 6 bulan aktivitas penyakitnya terkontrol atau dalam keadaan remisi total. Pada lupus nefritis jangka waktu lebih lama sampai 12 bulan remisi total. Hal ini dapat mengurangi kekambuhan lupus selama hamil.

Pengaruh kehamilan pada SLE terhadap fetus adalah adanya kemungkinan peningkatan risiko terjadi *fetal heart block* (kongenital) sebesar 2%. Kejadian ini berhubungan dengan adanya antibodi anti Ro/SSA atau anti La/SSB (Kasjmir, et al., 2011).

**Evidence Based Practice.** Fenomena penyakit kronis akan semakin meningkat jumlahnya dari hari ke hari dan membutuhkan suatu model perawatan yang tepat (Weinert, Cudney, & Spring, 2008; Udhis, 2011). Hal inilah yang menjadi dasar untuk dilaksanakannya program *self-management* pada pasien. Terdapat 5 dimensi yang terintegrasi dalam program tersebut, yaitu sumber daya, pengetahuan, kepatuhan terhadap rencana, adanya partisipasi aktif, dan kemampuan pengambilan keputusan (Udhis, 2011). *Self-management* ini didukung oleh teori model keperawatan, yaitu *Watson's Caring Model*, yang memiliki tujuan untuk meningkatkan keseimbangan aspek dalam individu (*body, mind, and spirit*) melalui *self-knowledge, self-reverence, self-healing, dan self-care* (Leong, Wa, Peggy, & Chio, 2013).

Salah satu dimensi yang harus terintegrasi dalam *self-management* ini adalah adanya partisipasi aktif dari pihak yang terkait, diantaranya adalah pasien, keluarga, dan juga tenaga kesehatan. Dalam satu literatur disebutkan bahwa faktor yang dapat memengaruhi kesuksesan penerapan *self-management* ini adalah karakteristik pribadi dari pasien. Perawat harus mampu mendapatkan data tentang pemahaman pasien tentang kondisi penyakit, yang hal ini akan digunakan untuk mengembangkan hubungan terapeutik pasien-perawat, mengidentifikasi dan menentukan kebutuhan pendidikan, mengadopsi strategi yang tepat, dan menyesuaikan intervensi pendidikan atau program *self-management* (Bagnasco, et al., 2013).

Sampai saat ini telah terdapat beberapa penelitian yang membahas tentang efek dari *self-management* pada penyakit SLE. Dalam penelitian yang dilakukan di Rheumatology Hospital –Korea Selatan, menunjukkan bahwa program

*self-management* ini memiliki efek dalam mengurangi kondisi *fatigue* ( $p= 0,049$ ) dan depresi ( $0,025$ ), serta meningkatkan kemampuan koping ( $0,007$ ) dan *self-efficacy* ( $p= 0,001$ ). Program ini memiliki potensi untuk menjadi intervensi keperawatan terbaik di tatanan komunitas (Sohng, 2003). Dalam studi ini lebih terlihat efek *self-management* terhadap kondisi *psycho-social* daripada efek terhadap kondisi nyeri dan aktivitas penyakit setelah pemberian intervensi.

Dalam program *self-management* ini, intervensi yang dapat diberikan adalah terkait dengan *psychoeducational*. Salah satu penelitian RCT yang dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan bahwa *psychoeducational* tersebut dapat meningkatkan kemampuan komunikasi pasangan ( $p= 0,01$ ), *self-efficacy* ( $p= 0,004$ ), status kesehatan mental ( $p= 0,03$ ), dan menurunkan skor *fatigue* ( $p= 0,02$ ) dibandingkan dengan kelompok kontrol (Karlson, et al., 2004).

## Kesimpulan

Fenomena jumlah penyakit kronis yang terus meningkat membutuhkan suatu penanganan khusus. Hal ini dalam upaya untuk mengurangi efek negatif yang mungkin muncul. Salah satunya adalah penerapan program *self-management* ini pada pasien dengan penyakit kronis, salah satunya adalah penyakit SLE. Telah terbukti bahwa program *self-management* ini memiliki efek dalam mengurangi kondisi *fatigue* dan depresi, serta meningkatkan kemampuan koping dan *self-efficacy*. Oleh karena itu, *self-management* dapat menjadi suatu intervensi terbaik untuk pasien.

Pengetahuan dan pemahaman perawat terkait program *self-management* pada penyakit kronis harus terus dikembangkan dalam lingkup praktik dan penelitian. Hal ini didukung oleh justifikasi bahwa semakin kekinian konsep asuhan keperawatan akan berubah menjadi *patient and family center care*. Peran serta aktif pasien dan keluarga merupakan suatu komponen penting dalam kesuksesan suatu program perawatan (JH, AW, TN).

## Referensi

- Bagnasco, A., Di Giacomo, P., Da Rin Della Mora, R., Catania, G., Turci, C., Rocco, G., & Sasso, L. (2013). Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes: a quantitative systematic review protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 187–200. <https://doi.org/10.1111/jan.12178>
- Bartels, C.M., Diamond, H.S., Muller, D., Farina, A.G., Goldberg, E., Hildebrand, J., ... Lakdawala, V.S. (2013). Systemic Lupus Erythematosus (SLE). Retrieved from <http://www.emedicine.medscape.com>
- Bomar, M.G. (2012). Systemic Lupus Erythematosus: Self Management Skills in Chronic Illness. Retrieved from [http://shp.missouri.edu/vhct/case2700/self\\_mgmt.htm](http://shp.missouri.edu/vhct/case2700/self_mgmt.htm)
- Cleanthous, S., Tyagi, M., Isenberg, D.A., & Newman, S.P. (2012). What do we know about self-reported fatigue in systemic lupus erythematosus? *Lupus*, 21 (5), 465–476. <https://doi.org/10.1177/0961203312436863>
- Kemendes RI. (2017). Situasi Lupus di Indonesia. Jakarta: Pusdatin–Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. ISSN: 2442-7659.
- Drenkard, C., Dunlop-Thomas, C., Easley, K., Bao, G., Brady, T., & Lim, S. S. (2012). Benefits of a self-management program in low-income African-American women with systemic lupus erythematosus: Results of a pilot test. *Lupus*, 21 (14), 1586–1593. <https://doi.org/10.1177/0961203312458842>
- Griffiths, B., Mosca, M., & Gordon, C. (2005). Assessment of patients with systemic lupus erythematosus and the use of lupus disease activity indices. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 19 (5), 685–708. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2005.03.010>
- Karlson, E.W., Liang, M.H., Eaton, H., Huang, J., Fitzgerald, L., Rogers, M.P., & Daltroy, L.H. (2004). A randomized clinical trial of a psychoeducational intervention to improve outcomes in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 50 (6), 1832–1841. <https://doi.org/10.1002/art.20279>
- Kasjmir, Y., Handono, K., Wijaya, L. K., Hamijoyo, L., Albar, Z., Kalim, H., ... Ongkowijaya. (2011). *Rekomendasi Perhimpunan Reumatologi Indonesia untuk Diagnosis dan Pengelolaan Lupus Erythematosus Sistemik*. Jakarta: Perhimpunan Reumatologi Indonesia.
- Koroma, F. (2012). Systemic lupus erythematosus: nurse and patient education. *Nursing Standard (Royal College of Nursing)*, 26(39), 49–58.
- Leong, L.T., Wa, S., Peggy, L., & Chio, H.I. (2013). Understanding Watson's caring model in the self-management program for chronic heart failure patient. *Macau Journal of Nursing*, 12 (1), 42–48.
- Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Santamäki Fischer, R., & Strandberg, G. (2010). Inner strength--a theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2), 251–260. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.020>
- Nery, F.G., Borba, E.F., Viana, V.S.T., Hatch, J.P., Soares, J.C., Bonfá, E., & Neto, F.L. (2008). Prevalence of depressive and anxiety disorders in systemic lupus erythematosus and their association with anti-ribosomal P antibodies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(3), 695–700. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.11.014>
- Panjwani, S. (2009). Early diagnosis and treatment of discoid lupus erythematosus. *Journal of The American Board of Family Medicine*, 22(2). <https://doi.org/10.3122/jabfm.2009.02.080075>
- Robinson, M., Cook, S.S., & Currie, L.M. (2011). Systemic lupus erythematosus: a genetic review for advanced practice nurses. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23 (12), 629–637. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00675.x>

- Sehlo, M.G., & Bahlas, S.M. (2013). Perceived illness stigma is associated with depression in female patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychosomatic Research*, 74 (3), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.023>
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2010). *Brunner and Suddarth textbook of medical surgical nursing* (12th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sohng, K. Y. (2003). Effects of a self-management course for patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (5), 479–486.
- Tsokos, G.C. (2011). Systemic lupus erythematosus. *The New England Journal of Medicine*, 365 (22), 2110–2121. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1100359>
- Udlis, K.A. (2011). Self-management in chronic illness: concept and dimensional analysis. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3 (2), 130–139. <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2011.01085.x>
- Viglund, K., Jonsén, E., Strandberg, G., Lundman, B., & Nygren, B. (2013). Inner strength as a mediator of the relationship between disease and self-rated health among old people. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.12179>
- Weinert, C., Cudney, S., & Spring, A. (2008). Evolution of a conceptual model for adaptation to chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 40(4), 364–372. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00241.x>
- Wheeler, T. (2010). Systemic lupus erythematosus: the basics of nursing care. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(4), 249–253. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20220676>
- Zakeri, Z., Shakiba, M., Narouie, B., Mladkova, N., Ghasemi-Rad, M., & Khosravi, A. (2012). Prevalence of depression and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus: Iranian experience. *Rheumatology International*, 32 (5), 1179–1187. <https://doi.org/10.1007/s00296-010-1791-9>

## RELAKSASI OTOT PROGRESIF MENURUNKAN STRES KELUARGA YANG MERAWAT PASIEN GANGGUAN JIWA

Livana PH<sup>1\*</sup>, Novy Helena Catharina Daulima<sup>2</sup>, Mustikasari<sup>2</sup>

1. Program studi Keperawatan STIKES Kendal, Kendal 51311, Indonesia
2. Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

\*E-mail: livana.ph@gmail.com

---

### Abstrak

Gangguan jiwa merupakan penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik di dunia maupun di Indonesia. Jumlah gangguan jiwa di kabupaten Kendal meningkat sehingga meningkatnya stres pada keluarga. Penelitian bertujuan untuk menilai efektifitas relaksasi otot progresif dalam menurunkan stres keluarga yang merawat pasien gangguan jiwa. Desain penelitian *quasi eksperiment pre-post test with control group* dengan 96 sampel secara *purposive sampling*, 48 kelompok intervensi dan 48 kelompok kontrol. Hasil penelitian relaksasi otot progresif sangat efektif menurunkan stres keluarga yang merawat pasien gangguan jiwa dibanding kelompok yang tidak mendapatkan perlakuan ( $p= 0,001$ ). Rekomendasi penelitian relaksasi otot progresif diberikan pada keluarga pasien gangguan jiwa untuk mengatasi stres keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa.

**Kata kunci:** relaksasi otot progresif, stres, keluarga pasien gangguan jiwa

### Abstract

*Effect of progressive muscle relaxation to the level of family stress in caring for clients of mental disorders in Psyciatry Polyclinic Regional General Hospital Kendal. Mental disorders are not contagious disease that is public health problem, both in the world and in Indonesia. In kendal the number of mental disorders increase so increasing the level of family stress. The purpose of this study to identify the effect of progressive muscle relaxation on the level of family stress in caring for clients of mental disorders in Psyciatry Polyclinic Regional General Hospital Kendal. Quasi experiments research design pre-post test with control group with 96 sampels by purposive sampling, 48 groups received therapy and 48 groups did not receive therapy. The results showed that a progressive muscle relaxation exercise significant difference between the stress levels in the group who received and did not receive therapy ( $p= 0.001$ ). This research did recommended to families who are clients of mental disorders as a primary care giver stress levels of families cope with caring for clients in mental disorders with progressive muscle relaxation therapy.*

**Keywords:** *progressive muscle relaxation, stress, client family mental disorder.*

---

## Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik di dunia maupun di Indonesia. Gangguan jiwa menurut Notosoedirdjo dan Latipun (2005) dimaknai sebagai adanya penyimpangan dari norma-norma perilaku, yang mencakup pikiran, perasaan, dan tindakan. Gangguan jiwa dapat terjadi tanpa mengenal usia, karena tingkat stres yang berlebihan akibat dari sesuatu yang mengganggu fisik dan

psikis. Masyarakat seringkali memiliki persepsi negatif terhadap gangguan jiwa, mereka dianggap sebagai orang yang tidak waras, sinning dan ungkapan kasar lainnya.

Masyarakat menganggap kehadiran pasien gangguan jiwa terjadi akibat konstruksi pola pikir yang salah akibat ketidaktahuan pada tindakan sehingga tidak membantu kesembuhan pasien gangguan jiwa. Masyarakat percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan roh jahat, sebagian ada yang menuduh bahwa

gangguan jiwa terjadi akibat guna-guna, kutukan atau hukuman atas dosanya. Kepercayaan yang salah ini akan merugikan pasien gangguan jiwa ataupun keluarganya sehingga pasien gangguan jiwa tidak mendapat pengobatan secara cepat dan tepat (Notosoedirjo & Latipun, 2005). Masyarakat mempunyai penilaian negatif (stigma) terhadap pasien gangguan jiwa, dengan bereaksi emosional dan berperilaku diskriminasi yang menjadi *stressor* yang tidak kecil bagi keluarga pasien (Mubin, Hamid, & Wiarsih, 2008).

Gangguan jiwa umumnya mengalami gangguan psikologis sebagai keluhan utama, sehingga berdampak terganggunya kebutuhan fisiologis (Kusumawati & Hartono, 2010). Penyebab gangguan jiwa merupakan proses interaksi yang kompleks antara faktor organo-biologik, psikoedukatif, dan sosiokultural. Faktor organo-biologik merupakan keadaan biologis atau jasmani yang dapat menghambat perkembangan individu, seperti kelainan gen, kurang gizi, dan penyakit, sehingga dapat memengaruhi seluruh aspek tingkah laku mulai dari kecerdasan sampai daya tahan terhadap stres. Faktor psikoedukatif meliputi aspek psikologis dan pendidikan seperti adanya trauma psikis pada masa kanak-kanak atau pola asuh yang salah. Faktor sosiokultural merupakan keadaan obyektif dari masyarakat yang berupa tuntutan sehingga menimbulkan tekanan pada individu (Bahar & Syaify, 2013).

Menurut Videbeck (2008) ada tiga faktor yang menyebabkan gangguan jiwa, yaitu faktor individual, faktor interpersonal, faktor sosial dan budaya. Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa sebanyak 450 juta orang di seluruh dunia menderita gangguan jiwa (Anna, 2012). Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia saat ini masih cukup tinggi. Jumlah pasien gangguan jiwa di provinsi Jawa Tengah mencapai sebesar 2,3% dari prevalensi gangguan jiwa berat nasional sebesar 1,7 per mil (Kemenkes, 2013). Jumlah gangguan jiwa di wilayah Kabupaten Kendal juga meningkat. Faktor utama yang menyebabkan peningkatan jumlah gang-

guan jiwa adalah faktor ekonomi dan beban hidup karena ketidakmampuan untuk mengatasi emosi serta lemahnya dukungan sosial (Bappeda Kabupaten Kendal, 2012).

Hasil penelitian Andriani, Mubin, dan PH (2012) menunjukkan mayoritas keluarga yang memiliki anggota keluarga gangguan jiwa mengalami tingkat stres sedang sebesar 66,7%. Cara untuk menunjang penyembuhan pasien gangguan jiwa, yaitu dengan mengurangi stres dan menambah kemampuan keluarga untuk menghindari dampak negatif stres dengan relaksasi otot progresif (Ramdhani & Putra, 2008).

Relaksasi Otot progresif adalah suatu metode relaksasi yang paling sederhana dan mudah dipelajari dengan menegangkan dan merilekskan otot-otot tubuh (Richmond, 2013). Pada keluarga pasien gangguan jiwa yang mengalami stres dapat ditemukan satu atau lebih diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan stres sehingga perlu intervensi yang berupa intervensi keperawatan generalis ataupun spesialis yang ditujukan untuk pasien sebagai individu, keluarga, dan kelompok (Stuart, 2009).

Hasil penelitian Hikmawati, Mubin, dan PH (2013) menunjukkan bahwa ada pengaruh hipnotis lima jari terhadap tingkat stres keluarga dalam merawat anggota keluarga gangguan jiwa sebesar 60%. Gambaran tingkat stres yang dialami keluarga karena memikirkan bahwa pasien gangguan jiwa tidak ada perubahan, dan selalu ketergantungan dengan obat sehingga banyak dari keluarga yang merawat pasien gangguan jiwa mengalami gangguan tidur dan merasakan otot sakit seperti ditusuk-tusuk, pegal dan tegang. Sedangkan tindakan khusus untuk mengatasi respon fisiologis terhadap stres dengan relaksasi otot progresif belum pernah dilakukan. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang perbedaan tingkat stres keluarga yang merawat pasien gangguan jiwa yang mendapat dan yang tidak mendapat terapi relaksasi otot progresif di salah satu Poli Jiwa di sebuah rumah sakit di wilayah Jawa Tengah.

## Metode

Penelitian ini menggunakan desain quasi eksperiment dengan pendekatan *Pre-Posttest with control group*. Kriteria sampel penelitian yaitu keluarga inti, bisa membaca dan menulis, serta memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Sampel penelitian berjumlah 96 orang, diambil secara *purposive sampling* yaitu 48 orang kelompok intervensi dan 48 orang kelompok kontrol. Tempat penelitian dilakukan di poli RS suatu Kabupaten di Jawa Tengah.

Penelitian ini menggunakan prinsip etik yang meliputi menghormati martabat manusia (*Respect for person*), berbuat baik (*Beneficence*), tidak merugikan (*non maleficence*), dan keadilan (*Justice*) (Polit dan Hungler, 2001). Pengukuran tingkat stres pada saat *pre* dan *post test* menggunakan kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)* dan buku kerja. Sebelum melakukan penelitian dilakukan uji lolos etik untuk kelayakan penelitian oleh tim komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penelitian ini sudah melalui proses uji lolos etik. Selanjutnya peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian kepada responden, jika responden bersedia diminta mengisi lembar persetujuan kesediaan menjadi responden yang ditandatangani dan selanjutnya dilakukan latihan relaksasi otot progresif hingga responden dianggap mengerti dan mampu mengikuti 15 gerakan secara berurutan sesuai dengan petunjuk dalam panduan yang diberikan.

Pelaksanaan terapi relaksasi otot progresif dilakukan mandiri oleh responden di rumah selama empat hari secara rutin, hari kelima peneliti mengunjungi rumah responden untuk mengumpulkan data. Setelah dilakukan mandiri oleh responden, lembar kuesioner dan buku kerja dikumpulkan oleh peneliti untuk dilakukan proses pengolahan data dengan terlebih dahulu dilakukan pengecekan ulang. Pengolahan data melalui tahapan *editing, coding, scrolling, processing, cleaning*. Analisis data menggunakan perangkat lunak komputer dengan analisis statistik uji *Chi-square*.

## Hasil

Tabel 1 menunjukkan bahwa hasil analisis rata-rata umur responden dari kedua kelompok yang mendapat dan yang tidak mendapat terapi adalah 44,48 tahun, dengan standar deviasi 9,513. Umur termuda 26 tahun dan umur tertua 55 tahun. Sedangkan rata-rata lama merawat pasien gangguan jiwa pada kedua kelompok adalah 3,1 tahun, dengan standar deviasi 1,16. Lama merawat pasien gangguan jiwa terendah 1 tahun dan tertinggi 4 tahun. Sedangkan hasil analisis didapatkan nilai  $p = 0,168$  ( $p > 0,05$ ) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna atau setara antara umur kelompok yang mendapat terapi dengan kelompok yang tidak mendapat terapi, sedangkan hasil analisis lama merawat pasien gangguan jiwa didapatkan nilai  $p = 0,264$  ( $p > 0,05$ ) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang

Tabel 1. Distribusi dan Analisis Kesetaraan Umur dan Lama Merawat Pasien Gangguan Jiwa

Variabel	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	R	p
Umur							
Kelompok yang mendapat terapi	48	44,04	45,5	9,392	26 – 55	-0,202	0,168
Kelompok yang tidak mendapat terapi	48	44,92	47,5	9,713	26 – 55		
Total	96	44,48	46,5	9,513	26 – 55		
Lama merawat pasien gangguan jiwa							
Kelompok yang mendapat terapi	48	3,04	4	1,22	1 – 4	-0,165	0,264
Kelompok yang tidak mendapat terapi	48	3,15	4	1,09	1 – 4		
Total	96	3,1	4	1,16	1 – 4		

Tabel 2. Distribusi dan Analisis Kesetaraan Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Perkawinan, Pekerjaan, dan Penghasilan

Variabel	Kelompok yang mendapat terapi		Kelompok yang tidak mendapat terapi		Total	%	p
	f	%	f	%			
Jenis Kelamin							
Laki-laki	20	41,7	22	45,8	42	43,75	0,845
Perempuan	28	58,3	26	54,2	54	56,25	
Pendidikan							
Tamat SD	25	52,1	31	64,6	56	58,3	0,072
Tamat SMP	5	10,4	4	8,3	9	9,4	
Tamat SMA	14	29,2	11	22,9	25	26	
Tamat PT	4	8,3	2	4,2	6	6,3	
Status Perkawinan							
Belum menikah	6	12,5	4	8,3	10	10,4	0,909
Menikah	41	85,4	42	87,5	83	86,6	
Janda atau duda	1	2,1	2	4,2	3	3	
Pekerjaan							
Tidak Bekerja	19	39,6	15	31,2	34	35,4	0,720
Bekerja	29	60,4	33	68,8	62	64,6	
Penghasilan							
Rendah, $\leq$ UMK Kendal	28	58,3	30	62,5	58	60,4	1,000
Tinggi, $>$ UMK Kendal	20	41,7	18	37,5	38	39,6	
Tingkat stres sebelum pemberian terapi relaksasi otot progresif							
Ringan	11	22,9	12	25	23	24	0,430
Sedang	37	77,1	36	75	73	76	

bermakna atau setara antara lama merawat pasien gangguan jiwa pada kelompok yang mendapat dan yang tidak mendapat terapi relaksasi otot progresif.

Tabel 2 menunjukkan bahwa hasil analisis pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat terapi, mayoritas keluarga yang merawat pasien gangguan jiwa 56,25% berjenis kelamin perempuan, 58,3% pendidikan tamat SD, 86,6% menikah, 64,6% bekerja, dan 60,4% memiliki penghasilan kurang dari atau sama dengan UMK kabupaten Kendal serta 76% mengalami stres tingkat sedang sebelum pemberian terapi relaksasi otot progresif. Hasil analisis kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, penghasilan dan tingkat stres memiliki nilai  $p > 0,05$  sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan atau

setara antara jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, penghasilan dan tingkat stres kelompok yang mendapat dan yang tidak mendapat terapi relaksasi otot progresif.

Hasil pada Tabel 3 didapatkan kelompok intervensi/ perlakuan setelah diberikan relaksasi otot progresif mengalami penurunan tingkat stres dibandingkan dengan kelompok kontrol. Terdapat perbedaan tingkat stres antara kelompok intervensi/ perlakuan dengan kelompok kontrol ( $p = 0,000$ ).

Pada Tabel 4 menunjukkan bahwa mayoritas jumlah responden pada kelompok yang mendapatkan terapi mengalami stres ringan sebanyak 38 orang. Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi, responden yang mengalami stres ringan berjumlah delapan orang.

Tabel 3. Perubahan Tingkat Stres Keluarga dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa pada Kelompok yang Mendapat dan yang Tidak Mendapat Terapi Sebelum dan Sesudah Pemberian Terapi Relaksasi Otot Progresif

	Tingkat stres	Sesudah Pemberian Terapi						Total		p	
		Normal		Ringan		Sedang		N	%		
		N	%	n	%	n	%				
Sebelum pemberian terapi	Kelompok yang mendapat terapi	Ringan	9	18,7	2	4,2	-	-	11	22,9	0,000
	Sedang	1	2,1	36	75	-	-	37	77,1		
	Total	10	20,8	38	79,2	-	-	48	100		
	Kelompok yang tidak mendapat terapi	Ringan	1	2,1	1	2,1	10	20,8	12	25	0,159
	Sedang	0	0	7	14,6	29	60,4	36	75		
	Total	1	2,1	8	16,7	39	81,2	48	100		

Tabel 4. Perbedaan Tingkat Stres Keluarga dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa pada Kelompok yang Mendapat dan yang Tidak Mendapat Terapi Sesudah Pemberian Terapi Relaksasi Otot Progresif

Kelompok yang mendapat terapi	Tingkat stres	Kelompok yang tidak mendapat terapi						Total		p
		Normal		Ringan		Sedang		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
	normal	1	2,1	5	10,4	4	8,3	10	20,8	0,001
	ringan	0	0	3	6,3	35	72,9	38	79,2	
	total	1	2,1	8	16,7	39	81,2	48	100	

Hasil analisis menunjukkan bahwa 30 orang (78,9%) lebih banyak dibandingkan kelompok yang tidak mendapat terapi mengalami stres ringan. Hal ini menunjukkan bahwa terapi relaksasi otot progresif mampu menurunkan tingkat stres sebesar 78,9% antara kelompok yang mendapat dan yang tidak mendapatkan terapi. Dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara tingkat stres kelompok yang mendapat dan yang tidak mendapatkan terapi relaksasi otot progresif ( $p=0,001$ ).

## Pembahasan

Hasil penelitian pada kelompok yang mendapat terapi menunjukkan bahwa terapi relaksasi otot progresif mampu menurunkan tingkat stres sebesar 71% dengan nilai  $p=0,000$  yang berarti bahwa ada penurunan yang bermakna antara tingkat stres sebelum dan sesudah latihan relaksasi otot progresif selama empat hari secara rutin pada kelompok yang mendapatkan terapi. Sejalan dengan teori terkait relaksasi otot pro-

gresif oleh Ramdhani dan Putra (2008) yang menyatakan bahwa relaksasi otot progresif merupakan suatu metode untuk membantu menurunkan tegangan sehingga otot menjadi rileks. Relaksasi otot progresif bertujuan menurunkan tanda dan gejala terkait ansietas dan stres seperti ketegangan otot dan kesulitan tidur. Ketika tubuh dan pikiran rileks secara otomatis ketegangan yang membuat otot-otot mengencang akan diabaikan. Smeltzer dan Bare (2002) mengungkapkan bahwa relaksasi otot progresif mampu menurunkan tanda dan gejala fisiologis dan psikologis dari stres.

Hasil penelitian ini mendukung beberapa penelitian sebelumnya antara lain yaitu Hamarno, Nurachmah, dan Widyastuti (2010) yang menyatakan bahwa terapi relaksasi otot progresif secara bermakna mampu menurunkan rata-rata tekanan darah sistolik. Chen, et al. (2009) menyatakan bahwa latihan relaksasi otot progresif secara rutin mampu menurunkan berbagai situasi stres. Shinde, Shinde, Khatri, dan Hande

(2013) menyatakan bahwa latihan relaksasi otot progresif mampu mengurangi efek psikologis seperti stres dan ketegangan mental. Wilk dan Turkoski (2012) menyatakan bahwa latihan relaksasi otot progresif mampu menurunkan tingkat stres, tekanan darah, dan denyut jantung pada pasien rehabilitasi jantung. Supriati, Keliat, dan Nuraini (2010) menyatakan bahwa pelaksanaan terapi relaksasi otot progresif yang dilakukan selama 4 hari pada pasien gangguan fisik menunjukkan ada penurunan tingkat ansietas setelah pemberian terapi relaksasi otot progresif. Hashim dan Hanafi (2011) menunjukkan bahwa relaksasi otot progresif menginduksi respons suasana hati dalam mengatasi kebingungan, depresi, dan kelelahan. Oktavianis (2010) menyatakan bahwa relaksasi otot progresif juga dapat menurunkan tingkat stres biologis pada pengasuh lanjut usia.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Edmund Jacobson pada tahun 1930-an yang menyatakan bahwa Relaksasi otot progresif dapat dilakukan untuk mengatasi berbagai keluhan responden yang berhubungan dengan stres seperti ansietas, sering gelisah, kurang nafsu makan, dan insomnia. Efektifitas relaksasi otot progresif merupakan hubungan antara ketegangan otot dengan ketegangan emosi, sehingga individu yang mengalami gangguan emosional maka secara otomatis individu tersebut menegangkan otot-otot tubuhnya (Vitahealth, 2004). Videbeck (2008) mengungkapkan bahwa individu yang memiliki koping adaptif dapat berada pada tingkat stres ringan, dan sebaliknya individu yang memiliki koping maladaptif maka individu tersebut masuk dalam rentang stres sedang hingga berat. Pendapat ini mendukung hasil penelitian yaitu latihan relaksasi otot progresif yang dilakukan selama empat hari secara rutin mampu menurunkan tingkat stres sebesar 71%.

Pada saat melakukan terapi relaksasi ini, perhatian responden diarahkan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang. Relaksasi Otot Progresif

bertujuan menurunkan kecemasan, stres, ketegangan otot dan kesulitan tidur. Kontraksi otot akan diikuti dengan relaksasi dari 15 kelompok otot (Berstein & Borkovec, 2005; Kwekkeboom & Gretarsdottir, 2006; Conrad & Roth, 2007; Supriati, Keliat, & Nuraini, 2010; Alini, 2012).

Hal lain yang mendukung keberhasilan terapi relaksasi otot progresif pada penelitian ini adalah peneliti menggunakan empat tahap dalam pemberian terapi relaksasi otot progresif ini, yaitu peneliti mempraktekkan terlebih dahulu gerakan yang akan dilatih, kemudian responden diminta untuk mengulang gerakan yang sudah dilatih, kemudian ketika responden mampu mempraktekkan kembali gerakan yang sudah dilatih tersebut, peneliti memberikan umpan balik berupa pujian kepada responden untuk menguatkan kemampuan responden melaksanakan terapi relaksasi otot progresif, setelah responden mampu melaksanakan 15 gerakan secara berurutan maka responden diminta untuk mengaplikasikannya secara mandiri di rumah secara rutin selama 4 hari berturut-turut dan responden diminta untuk mendokumentasikan setiap latihan gerakan relaksasi otot progresif di buku kerja yang telah peneliti sediakan. Pelaksanaan terapi relaksasi ini mendukung pendapat Richmond (2013) yang menyatakan relaksasi otot progresif merupakan metode relaksasi yang paling sederhana dan mudah dipelajari untuk merilekskan otot tubuh sehingga mampu mengurangi stres.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori, peneliti berpendapat bahwa latihan relaksasi otot progresif secara rutin mampu menurunkan tingkat stres dibandingkan dengan sebelum melakukan tindakan terapi tersebut. Keberhasilan terapi relaksasi otot progresif pada penelitian ini disebabkan komitmen responden yang bersedia melakukan terapi relaksasi otot progresif secara rutin pagi setelah bangun tidur dan malam sebelum tidur selama empat hari secara berturut-turut yang difokuskan pada setiap sesi.

Pelaksanaan relaksasi otot progresif pada responden sebaiknya menggunakan posisi yang

nyaman, dan semua item yang menghambat dilepas seperti kacamata, sepatu dan ikat pinggang, kemudian responden diminta untuk menutup mata, menempatkan kaki terpisah dengan nyaman, dan menempatkan tangan jauh dari tubuh dengan telapak tangan menghadap ke atas. Latihan ini sebaiknya dilakukan sebanyak tiga sesi, masing-masing sesi 10–20 menit dengan melakukan 15 gerakan yang berurutan pada sesi dua, pelaksanaan terapi yang dilakukan secara rutin pada pagi hari setelah bangun tidur dan pada malam hari sebelum tidur selama empat hari berturut-turut menunjukkan bahwa pelaksanaan terapi relaksasi mampu menurunkan tingkat stres sebesar 78,9%, untuk mencapai maksimal (100%) maka diperlukan waktu yang lebih lama untuk melaksanakan terapi relaksasi otot progresif yaitu sekitar 5 hingga 6 hari secara rutin. Jika waktu pelaksanaan relaksasi otot progresif ditingkatkan menjadi 5 hingga 6 hari secara berturut-turut kemudian dikaitkan dengan hasil penelitian oleh Hamarno, Nurachmah, dan Widyastuti (2010) yang menunjukkan bahwa latihan relaksasi otot progresif yang dilakukan selama enam hari secara bermakna mampu menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 16,65 mmHg ( $p=0,000$ ), maka peneliti berpendapat bahwa pelaksanaan terapi relaksasi otot progresif yang dilakukan selama lima hingga enam hari secara rutin akan menurunkan tekanan darah sistolik yang nantinya akan berkontribusi terhadap penurunan tingkat stres.

Hasil penelitian ini sependapat dengan penelitian yang dilakukan oleh Tobing, Keliat, dan Wardhani (2012) yang menyatakan bahwa pemberian terapi relaksasi otot yang dilakukan di rumah responden selama 10 minggu dengan 4 sesi latihan serta frekuensi latihan rutin 2–3 kali dalam seminggu ternyata mampu meningkatkan kemampuan relaksasi secara bermakna. Jika dibandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya tersebut, hasil penelitian ini ternyata lebih efektif dan efisien dalam menurunkan tingkat stres karena pemberian terapi relaksasi otot progresif pada penelitian ini dilakukan dengan 3 sesi dan 4 hari secara rutin, ternyata

efektif menurunkan tingkat stres secara bermakna sebesar 78,9%. Latihan relaksasi otot progresif yang digunakan sebagai ketrampilan koping mampu mengajarkan responden dalam meningkatkan perasaan rileks sehingga ketegangan sebagai respon stres dapat diatasi.

## Kesimpulan

Ada perbedaan yang bermakna antara tingkat stres kelompok yang mendapat dan yang tidak mendapat relaksasi otot progresif. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi *evidence based practice* bagi perawat spesialis jiwa dalam memberikan alternatif terapi spesialis pada keluarga pasien gangguan jiwa berat. Bagi pengembangan ilmu hendaknya terapi relaksasi otot progresif dapat dikembangkan menjadi satu topik atau satu mata ajar bagi mahasiswa keperawatan dan kesehatan setelah diuji efektivitasnya. Penelitian lanjut dengan metode kualitatif perlu dilakukan untuk melihat sejauh mana efektifitas terapi relaksasi otot progresif mengurangi tingkat stres keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa berat (BA, MK, HR).

## Referensi

- Alini, A. (2012). *Pengaruh terapi assertiveness training dan progressive muscle relaxation terhadap gejala dan kemampuan klien dengan perilaku kekerasan di RS Dr. H. Marzuki Mahdi Bogor* (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok – Jawa Barat.
- Andriani, T., Mubin, F., & PH, L. (2012). *Gambaran tingkat stres pada keluarga yang memiliki pasien gangguan jiwa di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal* (Skripsi, tidak dipublikasikan). STIKes Kendal, Jawa Tengah.
- Anna, L.K. (2012, Oktober 10). WHO: 450 juta orang menderita gangguan jiwa. *Kompas*. Diperoleh dari <https://lifestyle.kompas.com/>
- Bahar, A., & Syaify, A. (2013). *Sehat & Bugar selama berhaji*. Depok: Penebar Swadaya.

- Bappeda Kabupaten Kendal. (2012). *Pengembangan sistem informasi profil daerah Kabupaten Kendal tahun 2012*. Kendal: Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah Kabupaten Kendal.
- Berstein, A.D., & Borkovec, S. (2005). *The journal: New direction in progressive relaxation training a guidebook for helping*. USA: Praeger Publisher USA.
- Chen, W.C., Chu, H., Lu, R.B., Chou, Y.H., Chen, C.H., Chang, Y.C., O'Brien, A.P., & Chou, K.R. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing: Complementary & Alternative Medicine*, 18 (15), 2187–2196. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x.
- Conrad, A., & Roth, W.T. (2007). Muscle relaxation for anxiety disorder: It works but how? *Journal of Anxiety Disorder*, 21 (3), 243–246.
- Hamarno, R., Nurachmah, E., & Widyastuti. (2010). *Pengaruh relaksasi otot progresif terhadap penurunan tekanan darah pada klien hipertensi primer di Kota Malang*. (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok – Jawa Barat.
- Hashim, H.A., & Hanafi, A.Y.H. (2011). The effects of progressive muscle relaxation and autogenic relaxation on young soccer players' moodstates. *Asian Journal of Sports Medicine*, 2 (2), 99–105.
- Hikmawati, R., Mubin, F., & PH, L. (2013). *Pengaruh pemberian hipnotis 5 jari terhadap tingkat stress pada keluarga dalam merawat anggota keluarga gangguan jiwa berat di RSUD dr. H. Soewondo Kendal* (Skripsi, tidak dipublikasikan). STIKes Kendal, Jawa Tengah.
- Kemenkes RI. (2013). *Profil kesehatan provinsi Jawa tengah tahun 2012*. Jakarta: Pusat data dan informasi Kementerian kesehatan RI.
- Kusumawati, F & Hartono, Y. (2010). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kwekkeboom, K.L., & Gretarsdottir, E. (2006). Systematic review of relaxation interventions for pain. *J Nurs Scholarsh*, 38 (3), 269–277.
- Mubin, M.F., Hamid, A.C.S., & Wiarsih, W. (2008). *Pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa di Kota Semarang: Studi fenomenologi* (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok – Jawa Barat.
- Notosoedirjo, M., & Latipun, L. (2005). *Kesehatan mental, konsep, dan penerapan*. Malang: UMM Press.
- Oktavianis, D. (2010). *Efektivitas relaksasi otot progresif untuk menurunkan tingkat stres padapengasuh lanjut usia di Panti Werdha X* (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, Surabaya.
- Ramdhani, N., & Putra, A.A. (2008). *Pengembangan multimedia relaksasi*. Yogyakarta: Bagian Psikologi klinis Fakultas Psikologi UGM.
- Richmond, R.L. (2013). *A guide to psychology and its practice: Progressive muscle relaxation*. Diperoleh dari <http://www.guidetopsychology.com/pmr.htm>.
- Shinde, N., Shinde, K.J., Khatri, S.M., & Hande, D. (2013). Immediate effect of jacobson's progressive muscular relaxation in hypertension. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 7 (3), 234–237. 10.5958/j.0973-5674.7.3.098
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th Ed.). St. Louis: Mosby.
- Supriati, L., Keliat, B.A., & Nuraini, T. (2010). *Pengaruh terapi thought stopping dan progressive muscle relaxation terhadap ansietas pada pasien dengan gangguan fisik di RSUD Dr. Soewondo Madiun* (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok – Jawa Barat.

- Tobing, D.L., Keliat, B.A., & Wardhani, I.Y. (2012). *Pengaruh progresive muscle relaxation dan logoterapi terhadap perubahan ansietas, depresi, kemampuan relaksasi, dan kemampuan memaknai hidup pasien kanker di RS Dharmais Jakarta* (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok – Jawa Barat.
- Vitahealth. (2004). *Hipertensi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Wilk, C., & Turkoski, B. (2012). Progressive muscle relaxation in cardiac rehabilitation: A pilot study. *Rehabilitation Nursing*, 26 (6), 238–242.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa* (alih bahasa: R. Komalasari, A. Hany). Jakarta: EGC.

## **TERAPI KELOMPOK ASERTIF EFEKTIF MENINGKATKAN KEMAMPUAN ASERTIF DAN RESILIENSI PADA REMAJA DI SMPN PADANGPANJANG**

Rosa Fitri Amalia<sup>1\*</sup>, Budi Anna Keliat<sup>2</sup>

1. Fakultas Keperawatan Universitas Andalas, Padang 25163, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

\*E-mail: rosafitri2014@gmail.com

---

### **Abstrak**

Kurangnya kemampuan remaja dalam berperilaku asertif menyebabkan terjadinya penyimpangan perilaku seperti tidak mampu mengungkapkan keinginan dengan baik, melanggar hak orang lain dan meminta dengan paksa. Untuk mengatasi hal tersebut perlu ditingkatkan kemampuan asertif dan resiliensi pada remaja dengan terapi kelompok asertif. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh terapi kelompok asertif terhadap kemampuan asertif dan resiliensi pada remaja. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Quasi Experimental Pre test-Pos test with control group*. Kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing terdiri dari 42 orang. Terapi kelompok asertif dilakukan sebanyak 6 sesi. Hasil penelitian didapatkan terjadi peningkatan secara signifikan terhadap kemampuan asertif ( $p=0,000$ ) dan kemampuan resiliensi ( $p=0,015$ ) pada kelompok intervensi. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan secara signifikan antara hasil *pre test dan post test*. Selain itu ditemukan terdapat korelasi yang positif ( $r=0,396$ ) antara kemampuan asertif dengan kemampuan resiliensi. Terapi ini direkomendasikan pada pelayanan kesehatan di masyarakat khususnya kepada anak remaja.

**Kata Kunci:** Asertif, resiliensi, remaja, terapi kelompok asertif

### **Abstract**

***The Effect of Assertive Group Therapy on Assertive and Resilience Ability of Adolescent in Padangpanjang Junior High School.*** Adolescent's lack of ability in assertive behaviour causes deviant behaviour e.g. unable to express wishes, violate other people right and ask forcefully. One solution to overcome this is that assertive ability and resilience need to be improved through assertive group therapy. This study aims to find the effect of assertive group therapy on assertive ability and resilience of adolescents. Quasi Experimental Pre and Post-test with control group was used. Intervention has been performed to 42 participants while 42 others were as a control group. Six sessions of assertive group therapy has been done. The findings show that a significant increase of assertive ability in intervention group has been found ( $p=0.000$ ) while ability resilience also raises significantly ( $p=0.015$ ). On the other hand, no significant difference is noted between pre-test and post-test in control group since the value of assertive and resilience ability are ( $p=0.287$ ) and ( $p=0.658$ ) respectively. Moreover, a positive correlation ( $r=0.0396$ ) has been found between assertive ability and resilience ability. The therapy is recommended as one of health care treatment in society particularly for adolescent.

**Keywords:** adolescent, assertive, assertive group therapy, resilience

---

## **Pendahuluan**

World Health Organization (WHO) memperkirakan jumlah populasi remaja dunia sekitar 1/5 (satu per lima) dari total jumlah penduduk dunia, keadaan tersebut dalam beberapa tahun terakhir menimbulkan terjadinya pergeseran pola

penyebab tindak kriminalitas. Jumlah remaja di Indonesia juga terbilang cukup besar yaitu mencapai 63,4 juta atau 26,7% dari total penduduk. Hal yang menggambarkan adanya risiko terjadi peningkatan pelanggaran hukum (Wahyuni & Rahmadewi, 2011). Sholichatun (2010) menyatakan bahwa sekitar 78.000 remaja yang

tersebar menurut wilayah provinsi di Indonesia berhadapan dengan permasalahan hukum.

Pelanggaran hukum dan perilaku menyimpang pada remaja menurut Videbeck (2012) karena kurangnya kemampuan kognitif abstrak atau keterampilan verbal untuk menjelaskan apa yang terjadi dan remaja memiliki perasaan yang tidak stabil sehingga kurang mampu membedakan apa yang diinginkan dan tidak diinginkan. Berdasarkan data dari BKKBN oleh Wahyuni dan Rahmadewi (2011) anak usia 10–14 tahun telah melakukan seks bebas atau seks luar nikah sebanyak 4,38% sedangkan pada usia 14–19 tahun sebanyak 41,8% telah melakukan seks bebas dan dari hasil survei KPAI mengatakan bahwa 97% pelajar remaja pernah menonton film porno. Hal ini terjadi karena ketidakmampuan remaja mengatakan “tidak” untuk hal-hal yang bersifat negatif dan yang tidak diinginkan.

Untuk itu, remaja perlu mempunyai kemampuan asertif agar tidak kehilangan hak-hak pribadi sebagai individu yang cenderung mudah terpengaruh pergaulan dan berada di bawah kekuasaan orang lain yang memengaruhi (Novalia & Dayakisni, 2013). Hapsari dan Retnaningsih (2007) dalam penelitiannya mengatakan bahwa banyaknya remaja awal yang enggan berperilaku asertif dan memilih memendam perasaannya dan berpura-pura setuju dengan menahan pendapatnya. Keenganan ini dikarenakan rasa kekhawatiran akan mengecewakan orang lain dan takut tidak diterima dalam kelompok.

Jackson dan Watkin (2004) mengatakan resiliensi adalah kemampuan individu untuk beradaptasi dengan baik meski berhadapan dengan keadaan yang sulit. Situasi remaja yang tidak berperilaku asertif merupakan suatu salah satu fenomena yang terjadi pada remaja sekaligus menggambarkan bahwa semakin krisis kondisi remaja saat ini yang dapat menimbulkan traumatis pada remaja. Menurut Ginsburg (2006) setiap anak yang dilahirkan memiliki kemampuan yang berbeda dalam menghadapi setiap masalah dan kemampuan resiliensi adalah kemampuan remaja untuk pulih dari keadaan yang

sulit dan traumatis. Oleh karena itu, penting bagi remaja memiliki kemampuan resiliensi dalam menghadapi permasalahan yang dihadapi.

Penelitian awal yang dilakukan terhadap lima Sekolah SMP Negeri di Padangpanjang dengan total jumlah siswa 2.652 orang menunjukkan sekitar 136 kasus pelanggaran yang merupakan representasi dari perilaku tidak asertif dan resiliensi pada remaja. Kasus pelanggaran tersebut diantaranya berkelahi dengan teman, telat masuk sekolah, bolos, berbicara tidak sopan dengan teman atau dengan guru, dan meminta paksa uang temannya. Selain itu, wawancara dengan guru Bimbingan Konseling (BK) pada sebuah SMPN di Padangpanjang didapatkan kejadian pelanggaran pada siswa yaitu bahwa 20 siswa suka menjahili temannya, 10 siswa suka berkelahi dengan temannya. Sebanyak 23 siswa didapati sering telat masuk sekolah, dan 12 siswa suka bolos saat belajar disekolah. Wawancara pada 10 siswa didapatkan 4 siswa mengatakan kadang dia sulit untuk berkonsentrasi belajar di sekolah karena ada masalah di rumah, 3 siswa mengatakan kadang dia sulit menolak ajakan temannya untuk bolos sekolah. Hasil observasi ditemukan 2 siswa suka bicara kasar kepada teman dan 1 siswa lebih banyak diam ketika diolok-olok temannya.

Permasalahan-permasalahan yang ditemukan pada remaja didapatkan ada dua faktor penyebab yaitu, faktor internal yang berasal dari anak itu sendiri dan faktor eksternal yaitu yang berasal dari lingkungan orangtua, keluarga atau masyarakat yang kurang menguntungkan dan membuat remaja mudah terpengaruh .

Salah satu faktor eksternal yang memengaruhi kemampuan asertif dan resiliensi pada remaja yaitu lingkungan, diantaranya adalah lingkungan sekolah. Upaya pihak sekolah dalam mengatasi pelanggaran yang dilakukan oleh siswa yang bermasalah yaitu dengan cara teguran lisan, dimana siswa yang melakukan kekerasan baik di lingkungan sekolah sendiri ataupun di luar lingkungan sekolah telah dinasehati ten-

tang akibat perilaku yang mereka lakukan. Jika pelanggaran masih diulangi oleh siswa, maka akan dilanjutkan dengan teguran tertulis yang disampaikan langsung pada orangtua/wali murid siswa yang melakukan tindakan pelanggaran. Orangtua akan di panggil untuk diberikan penjelasan dan arahan terhadap perilaku negatif siswa selama berada di sekolah.

Namun, upaya yang telah dilakukan pihak sekolah belum mendapatkan hasil yang maksimal sehingga masih terjadi pelanggaran-pelanggaran yang dapat memengaruhi perkembangan pada remaja untuk itu remaja perlu memiliki kemampuan asertif untuk membela diri sendiri tanpa rasa cemas, mengekspresikan perasaan dengan jujur, nyaman, dan memungkinkan untuk bertindak menurut kepentingan diri sendiri (Alberti & Emmons, 2002). Selain kemampuan asertif remaja juga perlu memiliki kemampuan resiliensi yang membuat remaja mempunyai efikasi diri tinggi, kepercayaan diri yang tinggi dalam bertindak, mampu berhubungan sosial yang baik, berani mengambil risiko dan dapat bertahan di bawah rintangan besar (Grotberg, 2003). Hal ini dibuktikan oleh hasil penelitian Agbakwuru dan Stella (2012) bahwa remaja yang memiliki kemampuan asertif dan resiliensi dapat menghadapi permasalahan yang sedang dihadapi. Hal ini berarti dengan meningkatnya resiliensi pada remaja akan memungkinkan hasil yang baik bagi remaja untuk melindungi diri dari lingkungan disekitarnya.

Upaya yang dapat dilakukan dalam meningkatkan kemampuan asertif dan resiliensi pada remaja yang menurut Townsend (2009) yaitu upaya promotif dan preventif. Upaya promotif yang dilakukan diharapkan dapat membuat perencanaan dalam bentuk penyuluhan kesehatan jiwa pada anak remaja dan sebagai upaya preventif dapat dilakukan berupa terapi asertif untuk meningkatkan kemampuan asertif dan resiliensi pada remaja yang mengajarkan keterampilan interpersonal dasar yang meliputi berkomunikasi langsung dengan orang lain, berani mengatakan "tidak" untuk permintaan yang tidak rasional, mampu menyatakan ke-

beratan dengan baik, mengekspresikan apresiasi yang sesuai, keterampilan berfikir jernih, memahami emosi diri dan orang lain dan pengalaman akan kemampuan diri yang menghasilkan kepercayaan diri (Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016). Hal tersebut akan membuat remaja memiliki kemampuan asertif dan resiliensi sehingga remaja mampu melewati tugas perkembangan remaja dengan baik.

Terapi asertif dapat dilakukan secara berkelompok pada remaja, yang menurut Fortinash dan Holoday (2004) dapat memberikan kesempatan kepada anggota untuk saling berbagi pengalaman, saling membantu dalam menyelesaikan masalah. Dengan demikian diharapkan setelah mendapatkan terapi kelompok asertif yang dilakukan dalam kelompok dapat meningkatkan keterampilan interpersonalnya, dan dapat saling berbagi pengalaman dan membantu dalam menyelesaikan suatu permasalahan tanpa rasa cemas. Penelitian Agbakwuru dan Stella (2012) menemukan bahwa terdapatnya pengaruh terapi kelompok asertif terhadap resiliensi pada remaja awal sehingga menjadi rekomendasi untuk kebutuhan konseling di sekolah. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan terapi kelompok asertif pada remaja siswa SMP agar dapat meningkatkan kemampuan asertif dan resiliensi mereka, sehingga nantinya permasalahan-permasalahan yang terjadi pada remaja dapat diatasi.

## Metode

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi experimental pretest-posttest with control group* dengan intervensi terapi kelompok asertif. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh terapi asertif terhadap perilaku asertif dan resiliensi pada remaja sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa terapi asertif. Jumlah keseluruhan sampel adalah 84 remaja yang terdiri dari 42 orang kelompok intervensi dan 42 orang kelompok kontrol. Pengambilan sampel dilakukan secara *propotional random sampling*. Sampel pada penelitian ini adalah remaja dengan kriteria inklusi yaitu remaja yang ber-

usia 13–15 tahun, siswa SMP, kelas VII dan VIII.

Etika penelitian diterapkan untuk melindungi responden yang menjadi subyek penelitian. Penelitian dilaksanakan setelah melalui prosedur lolos kaji etik dari komite etik di Rumah Sakit Umum M. Jamil Padang, lulus uji *expert validity* modul terapi, serta prosedur administrasi di sekolah sebagai lokasi penelitian. Peneliti juga menempuh uji kompetensi oleh pakar untuk menjamin peneliti mampu memberikan terapi kelompok asertif secara tepat dan sesuai dengan prosedur dalam modul yang telah disusun.

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi analisa univariat dan bivariat. Pada tahap akhir peneliti melakukan analisis perbedaan kemampuan asertif dan resiliensi responden dengan uji beda rerata pada kedua kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan menggunakan uji *Independent t-test*. Setelah itu dilakukan uji korelasi untuk melihat korelasi antara kemampuan asertif dan resiliensi.

## Hasil

Berdasarkan hasil penelitian ini, kemampuan asertif pada pengetahuan remaja sebelum mendapatkan terapi kelompok asertif pada kelompok intervensi adalah 58,69 (73,3%) yang berada pada kategori pengetahuan tinggi dari skor tertinggi yaitu 80. Sedangkan pada kelompok kontrol, skor sebelum mendapat terapi kelompok asertif adalah 59,24 (74,05%) yang berada pada kategori pengetahuan tinggi dari skor tertinggi 80. Data tersebut menunjukkan kemampuan kedua kelompok pada kategori yang sama dan juga mengindikasikan bahwa kedua kelompok memiliki pengetahuan awal yang baik mengenai asertif.

Setelah dilakukan terapi kelompok asertif, kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol menunjukkan perbedaan yang

bermakna. Pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan terapi kelompok asertif ditemukan kemampuan pengetahuan remaja terjadi penurunan sebesar 2,12% ( $p > 0,05$ ) artinya tidak ada perbedaan antara nilai *pretest* dan *posttest*. Maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan pengetahuan pada kelompok kontrol.

Kemampuan asertif remaja dari aspek pengetahuan pada kelompok intervensi meningkat secara bermakna ( $p < 0,05$ ) setelah diberikan terapi. Sebelum dilakukan terapi kelompok asertif nilai rerata 58,69 (73,3%) dan setelah terapi menjadi 65,76 (82,2%) yang naik sebesar 7,07 poin (8,83%) pengetahuan remaja berada pada rentang tinggi.

Kemampuan asertif remaja dilihat dari aspek keterampilan pada kelompok intervensi juga terjadi peningkatan secara bermakna ( $p < 0,05$ ). Sebelum mendapatkan terapi kelompok asertif nilai rerata keterampilan remaja adalah 39,43 (70,41%) berada pada rentang keterampilan sedang, setelah terapi terjadi peningkatan nilai rerata menjadi sebesar 44,93 (80,23%), naik sebesar 5,5 poin (9,82%) pada rentang keterampilan tinggi.

Kemampuan asertif remaja dilihat dari aspek sikap pada kelompok intervensi juga terjadi peningkatan secara bermakna ( $p < 0,05$ ). Nilai rerata sebelum terapi kelompok asertif yaitu 32,12 (66,91%) pada rentang sedang. Setelah terapi kelompok asertif meningkat menjadi 38,10 (79,37%) naik sebesar 5,98 poin (10,37%) pada rentang tinggi.

Kemampuan asertif secara komposit pada kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi kelompok asertif didapatkan nilai rata-rata komposit 130,24 (70,78%) pada rentang kemampuan asertif sedang. Setelah mendapatkan terapi kelompok asertif kemampuan asertif remaja meningkat secara bermakna ( $p < 0,05$ ) menjadi 148,79 (80,86%) terjadi peningkatan sebesar 18,55 poin (10,08%) pada rentang kemampuan asertif tinggi.

Tabel 1. Perbedaan Kemampuan Asertif Remaja Sebelum dan Setelah Terapi Kelompok Asertif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kemampuan Asertif	Kelompok		n	Mean	SD	SE	p
Pengetahuan	Intervensi	Sebelum	42	58,69	4,750	0,733	0,000
		Sesudah	42	65,76	3,740	0,577	
		Selisih		7,07	1,01	0,156	
	Kontrol	Sebelum	42	59,24	4,848	0,748	0,176
		Sesudah	42	57,55	6,485	1,001	
		Selisih		1,69	1,637	0,253	
Keterampilan	Intervensi	Sebelum	42	39,43	4,001	0,617	0,000
		Sesudah	42	44,93	2,235	0,345	
		Selisih		5,5	1,766	0,272	
	Kontrol	Sebelum	42	42,24	3,655	0,564	0,086
		Sesudah	42	40,67	3,733	0,576	
		Selisih		1,57	0,078	0,012	
Sikap	Intervensi	Sebelum	42	32,12	2,596	0,401	0,000
		Sesudah	42	38,10	3,003	0,463	
		Selisih		5,98	0,407	0,062	
	Kontrol	Sebelum	42	30,98	3,411	0,526	0,599
		Sesudah	42	31,33	2,800	0,432	
		Selisih		0,35	0,611	0,094	
Komposit kemampuan asertif remaja	Intervensi	Sebelum	42	130,24	11,347	1,751	0,000
		Sesudah	42	148,79	8,975	1,385	
		Selisih		18,55	2,372	0,366	
	Kontrol	Sebelum	42	132,46	11,914	1,838	0,287
		Sesudah	42	129,55	13,018	2,009	
		Selisih		2,91	1,104	0,171	

Kemampuan resiliensi remaja dilihat dari aspek dukungan lingkungan (*I have*) pada kelompok intervensi meningkat ( $p < 0,05$ ), dengan nilai rerata 24,10 (86,07%) dan setelah terapi kelompok asertif menjadi 25,00 (89,28%) naik sebesar 0,9 poin (3,21%), pengetahuan remaja berada pada rentang tinggi.

Kemampuan resiliensi remaja dilihat dari aspek kekuatan dalam diri remaja (*I am*) pada kelompok intervensi juga meningkat ( $p < 0,05$ ). Sebelum dilakukan terapi kelompok asertif nilai rerata 22,76 (81,28%) dan setelah mendapatkan terapi kelompok asertif menjadi 23,98 (85,64%) naik sebesar 1,22 poin (4,35%), kekuatan remaja berada pada rentang tinggi.

Kemampuan resiliensi remaja dilihat dari aspek keterampilan sosial dan pemecahan masalah (*I can*) pada kelompok intervensi meningkat juga secara bermakna ( $p < 0,05$ ) setelah dilakukan terapi kelompok asertif. Sebelum dilakukan terapi didapatkan nilai rerata 21,71 (77,53%) dan setelah intervensi meningkat menjadi 23,86 (85,21%) naik sebesar 2,15 poin (7,67%), keterampilan sosial dan kemampuan pemecahan masalah berada pada rentang tinggi.

Kemampuan resiliensi remaja secara komposit pada kelompok intervensi sebelum dan setelah mendapatkan terapi kelompok asertif meningkat secara bermakna ( $p < 0,05$ ). Sebelum dilakukan terapi nilai komposit kemampuan resiliensi

Tabel 2. Analisis Perbedaan Kemampuan Resiliensi Remaja Sebelum dan Setelah Terapi Kelompok Asertif pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kemampuan Resiliensi	Kelompok		N	Mean	SD	SE	p	
<i>I have</i>	Intervensi	Sebelum	42	24.10	2,081	0,321	0,044	
		Sesudah	42	25,00	2,024	0,312		
	Kontrol	Selisih		-0,9	0,057	0,009		
		Sebelum	42	24,29	2,644	0,408		
		Sesudah	42	24,81	1,700	0,262		0,293
		Selisih		-0,52	0,944	0,146		
<i>I Am</i>	Intervensi	Sebelum	42	22,76	1,722	0,266	0,003	
		Sesudah	42	23,98	1,774	0,274		
	Kontrol	Selisih		-1,22	-0,052	-0,008		
		Sebelum	42	23,60	2,988	0,461		
		Sesudah	42	23,43	1,610	0,248		0,745
		Selisih		0,17	1,378	0,213		
<i>I can</i>	Intervensi	Sebelum	42	21,71	2,330	0,360	0,000	
		Sesudah	42	23,86	1,747	0,270		
	Kontrol	Selisih		2,15	0,583	0,09		
		Sebelum	42	22,24	2,895	0,447		
		Sesudah	42	22,19	2,716	0,419		0,936
		Selisih		0,05	0,179	0,028		
Komposit kemampuan resiliensi remaja	Intervensi	Sebelum	42	68,57	6,133	0,415	0,015	
		Sesudah	42	72,84	5,545	0,856		
	Kontrol	Selisih		-4,27	0,588	-0,441		
		Sebelum	42	70,13	8,527	1,316		
		Sesudah	42	70,43	6,026	0,929		0,658
		Selisih		-0,3	2,501	0,387		

Tabel 3. Hubungan kemampuan asertif dengan kemampuan resiliensi pada remaja

Varaibel	r	R <sup>2</sup>	t	p
Kemampuan Asertif Kemampuan Resiliensi	0,396	0,157	2,725	0,009

remaja didapat rerata 68,57 (81,63%) pada rentang tinggi. Setelah mendapat terapi kelompok asertif nilai rerata komposit resiliensi remaja 72,84 (86,71%) meningkat 4,27 poin (5,08%).

Hasil penelitian menemukan kemampuan asertif dengan resiliensi berkorelasi positif yaitu  $r=0,396$  tingkat hubungan sedang ( $p=0,009$ ) artinya semakin meningkat kemampuan asertif remaja maka kemampuan resiliensi remaja juga akan meningkat.

### Pembahasan

Penelitian ini menunjukkan terjadinya peningkatan pengetahuan sebesar 8,9% pada kelompok

intervensi. Hasil ini diperkuat penelitian sebelumnya oleh Novianti, Keliat, Nuraini, dan Susanti (2012) tentang pengaruh terapi kelompok *assertiveness training* terhadap kemampuan komunikasi asertif ibu dalam mengelola emosi pada anak. Terapi tersebut dilakukan sebanyak 6 sesi selama tiga minggu, sebanyak 10 kali pertemuan dengan waktu setiap sesinya 60 menit yang didapatkan hasil pengetahuan ibu naik sebesar 27%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa lamanya waktu pemberian terapi kelompok asertif dapat memengaruhi peningkatan pengetahuan responden.

Peningkatan pengetahuan yang terjadi pada penelitian ini disebabkan oleh pendekatan yang

memungkinkan remaja untuk belajar mengenai konsep dirinya, mengenali karakteristik pribadinya dan dapat mengetahui jenis-jenis pola berkomunikasi termasuk bagaimana cara agar dapat berperilaku asertif, karena terapi kelompok asertif merupakan salah satu jenis terapi perilaku (Towsend, 2009). Dengan demikian pengetahuan remaja mengenai asertif akan terbangun dengan sendirinya setelah menjalani kegiatan terapi kelompok asertif.

Terapi kelompok asertif juga meningkatkan keterampilan remaja pada penelitian ini. Tahap terapi kelompok asertif yang dilakukan pada penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Novianti, et al. (2012). Maka dapat disimpulkan bahwa lamanya waktu pemberian terapi dapat memaksimalkan hasil keterampilan yang diperoleh remaja, karena dapat dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan selama satu minggu dengan 4 kali pertemuan selama 45 menit setiap sesinya sudah terdapat peningkatan pada keterampilan remaja.

Hal tersebut sejalan dengan yang dikemukakan Trisnaningtyas dan Nursalim (2010), dalam penelitiannya menjelaskan bahwa keterampilan asertif pada remaja dapat ditingkatkan dengan latihan asertif yang hasilnya dapat membantu seseorang mampu berperilaku asertif, dimana perilaku asertif merupakan perilaku antar perorangan atau interpersonal yang melibatkan aspek kejujuran dan keterbukaan pikiran dan perasaan. Artinya sangat diperlukan sebuah pembiasaan yang dilakukan berulang kali secara teratur agar sebuah keterampilan dapat dimiliki. Dalam hal ini diperlukan sebuah perlakuan yang membuat pembiasaan mengenai bagaimana seseorang dapat bertindak dengan asertif agar dapat memiliki keterampilan asertif tersebut.

Terapi kelompok asertif juga berpengaruh terhadap kemampuan resiliensi remaja dari aspek *I have*, *I am* dan *I can*. Grotberg (2001) menyimpulkan bahwa sumber resiliensi ada dari dukungan eksternal (*I have*), mengembangkan kekuatan batin (*I am*), dan interpersonal serta keterampilan pemecahan masalah (*I can*). Me-

nurutnya status sosial ekonomi juga berdampak signifikan pada tingkat resiliensi.

Setelah dilakukan terapi kelompok asertif, kelompok yang mendapatkan terapi kelompok asertif menunjukkan adanya peningkatan dukungan keluarga/lingkungan terhadap remaja. Peningkatan tersebut diperoleh dari sebuah proses yang membuat remaja mengetahui mengenai faktor dukungan keluarga/lingkungan (*I have*) pada kemampuan resiliensi seperti lingkungan disekitarnya, keluarga yang dimiliki, dan orang yang dapat mendukung remaja tersebut selama proses perkembangan sebagai seorang remaja.

Peningkatan kemampuan resiliensi pada faktor kekuatan (*I am*) setelah mendapatkan terapi kelompok asertif pada kelompok intervensi sesuai dengan penelitian oleh Bedell dan Lennox (1997), yang menyatakan bahwa asertivitas akan mendukung tingkah laku interpersonal yang secara simultan dan berusaha untuk memenuhi keinginan individu semaksimal mungkin secara bersamaan. Selain itu juga mempertimbangkan keinginan orang lain karena bukan hanya memberikan penghargaan pada diri sendiri tetapi juga kepada orang lain.

Aspek keterampilan sosial dan interpersonal (*I can*) remaja pada penelitian ini juga mengalami peningkatan secara signifikan ( $p < 0,05$ ). Pada kegiatan terapi kelompok asertif ini remaja secara teratur pada setiap sesinya dilatih agar dapat berkomunikasi secara asertif sehingga dapat meningkatkan faktor kemampuan resiliensi. Penelitian Agbakwuru dan Stella (2012) tentang pengaruh terapi asertif terhadap resiliensi remaja menunjukkan bahwa latihan asertif efektif dalam meningkatkan kepercayaan diri dan resiliensi remaja, karena ketika seseorang percaya diri maka mereka akan lebih baik dalam menghadapi masalah dengan demikian remaja tersebut lebih memiliki resiliensi yang baik.

Penelitian ini menemukan korelasi yang positif antara kemampuan asertif dengan kemampuan

resiliensi. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Nay dan Diah (2013) yang menyatakan bahwa seorang yang memiliki resiliensi yang tinggi akan mampu beradaptasi dan mudah menyesuaikan diri dengan lingkungannya, selain itu juga dapat mengontrol emosi saat bertindak. Artinya dengan kemampuan asertif yang baik maka akan mendukung untuk terus berkembangnya kemampuan resiliensi remaja. Hal ini dikarenakan remaja yang berperilaku asertif memiliki ketegasan didalam dirinya untuk bertindak atau bersikap dalam merespon sesuatu. Ketegasan tersebut dicirikan dengan kemampuan menolak, kemampuan mempertahankan hak-haknya, kemampuan mengkomunikasikan dengan terbuka tentang apa yang dirasakannya atau pendapatnya, sehingga apabila remaja menemukan permasalahan mereka akan lebih terbantu dalam menyelesaikan permasalahan tersebut dan lebih memiliki ketahanan (resiliensi) dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapinya.

## Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengujian hipotesis dari data *pretest* dan *posttest* terhadap kemampuan asertif dan resiliensi remaja yang mendapat terapi kelompok asertif, menunjukkan bahwa secara keseluruhan kemampuan asertif dan resiliensi kelompok intervensi berbeda secara signifikan. Artinya terdapat peningkatan kemampuan asertif pada remaja kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Selain itu juga ditemukan bahwa terdapat korelasi antara kemampuan asertif dengan kemampuan resiliensi pada remaja. Artinya dengan kemampuan asertif yang baik maka remaja akan lebih mampu untuk meningkatkan kemampuan resiliensinya, karena untuk meningkatkan kemampuan asertif dibutuhkan kemampuan resiliensi yang baik. Hal ini juga berlaku sebaliknya, yaitu dengan kemampuan resiliensi yang baik maka akan mendukung untuk terus berkembangnya kemampuan asertif. Remaja yang mampu berperilaku asertif akan mendukung berkembangnya kemampuan resiliensinya sehingga remaja tersebut dapat mengatasi permasalahan yang di-

hadapinya dan mampu melewati tugas perkembangannya sebagai remaja (AR, MA, HR).

## Referensi

- Agbakwuru, C., & Stella, U. (2012). Effect of assertiveness training on resilience among early-adolescents. *Journal European Scientific*, 8 (10), 69–84.
- Alberti, R., & Emmons, M. (2002). *Your perfect right: Hidup bahagia dengan menggunakan hak*. Jakarta: PT Elex Media Komputido.
- Bedell, J.R., & Lennox, S.S. (1997). *Handbook for communication and problem solving skill training: A cognitive-behavioral approach*. New York: Jhon Wiley & Sons.
- Fortinash, K.M., & Holoday, P.A. (2004). *Psychiatric mental health nursing* (3th Ed.). St. Louis Missouri: Mosby-Year Book Inc.
- Ginsburg, K.R. (2006). *A parent's guide to building resilience in children and teens giving your child roots and wings*. USA: American Academy of Pediatrics.
- Grotberg, E.H. (2001). Resilience program for children in disaster. *Ambulatory child health*, 7 (2), 75–83. <https://doi.org/10.1046/j.1467-0658.2001.00114.x>.
- Grotberg, E.H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Westport: Praeger Publisher.
- Jackson, R., & Watkin C. (2004). The resilience inventory: Seven essential skill for overcoming life's obstacles and determining happiness. *Selection and Development Review*, 20 (6), 13–17.
- Nay, T., & Diah, D. (2013). Hubungan kecerdasan spiritual dengan resiliensi pada siswa yang mengikuti program akselerasi. *Jurnal Psikologi Tabularasa*, 8 (2), 708–716.
- Novalia, N., & Dayakisni, T. (2013). Perilaku asertif dan kecenderungan menjadi korban bullying. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 1 (1), 172–178.

- Novianti, E., Keliat, B.A., Nuraini, T., & Susanti, H. (2012). Peningkatan kemampuan komunikasi ibu mengelola emosi anak usia sekolah melalui terapi kelompok *assertiveness training*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15 (2), 109–116.
- Hapsari, R.M., & Retnaningsih, R. (2007). Perilaku asertif dan harga diri pada karyawan. *Jurnal Ilmiah Psikologi*, 1 (1), 1–6.
- Sholichatun, Y. (2011). Stres dan strategi coping pada anak didik di lembaga pemasyarakatan anak. *Jurnal Psikologi Islam*, 8 (1), 23–42.
- Stuart, G.W., Keliat, A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa Stuart* (Edisi Indonesia). Singapura: Elsevier.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (6th Ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Trisnaningtyas, E., & Nursalim, M. (2010). Penerapan latihan asertif untuk meningkatkan keterampilan komunikasi interpersonal siswa. *Psikologi Pendidikan dan Bimbingan*, 11 (1). [http://ejournal.unesa.ac.id/index.php/jurnal\\_ppb/article/view/5404](http://ejournal.unesa.ac.id/index.php/jurnal_ppb/article/view/5404).
- Videbeck, S. (2012). *Buku ajar keperawatan jiwa* (Alih Bahasa: R. Komalasari). Jakarta: EGC.
- Wahyuni, D., & Rahmadewi, R. (2011). Kajian profil penduduk remaja (10–24 tahun): Ada apa dengan remaja. *Policy Brief Pusat Penelitian dan Pengembangan Kependudukan-BKKBN*, 1 (6), 1–4.