

Jurnal

KEPERAWATAN

INDONESIA

- ❑ Aspek Psikososial pada Penderita Kanker Payudara: Studi Pendahuluan
- ❑ Dukungan Atasan dan Teman Sejawat Memengaruhi Ekspektasi Perawat dalam Penerapan Jenjang Karir
- ❑ Dukungan Sosial dan Tingkat Stres Orang dengan HIV/AIDS
- ❑ Kejadian *Excessive Daytime Sleepiness* (EDS) dan Kualitas Tidur pada Mahasiswa Kesehatan
- ❑ Kemampuan Spiritualitas dan Tingkat Stres Pasien Diabetes Mellitus di Rumah Perawatan: Studi Pendahuluan
- ❑ Kepuasan Pasien Diabetes Melalui terhadap Perawatan Paliatif: Tingkat Terendah Pada Dimensi Tampilan Fisik
- ❑ Model Kolaborasi Guru, Siswa, dan Keluarga (KOGUSIGA) Meningkatkan Pengetahuan dan Keterampilan Guru tentang Keamanan Makanan Anak Sekolah
- ❑ Pilihan Pengobatan Pasien Kanker Payudara Masa Kemoterapi: Studi Kasus
- ❑ Penurunan Fungsi Kognitif dapat Menurunkan Indeks Massa Tubuh Lansia di PSTW Wilayah DKI Jakarta

ASPEK PSIKOSOSIAL PADA PENDERITA KANKER PAYUDARA: STUDI PENDAHULUAN

Siwi Setya Utami, Mustikasari*

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: mustikasari@ui.ac.id

Abstrak

Kanker payudara sebagai jenis kanker yang paling banyak diderita perempuan Indonesia, dipandang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, mengubah penampilan fisik, sulit disembuhkan, serta dekat dengan kematian, sehingga berdampak pada aspek psikologis penderita. Studi potong lintang ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara karakteristik penderita kanker payudara dengan aspek psikososial. Sebanyak 44 responden dilibatkan. Pengukuran aspek psikososial menggunakan *Depression, Anxiety, and Stress Scale* (DASS) versi Bahasa Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan masalah psikososial yang paling banyak dialami responden berdasarkan tingkat keparahannya yaitu ansietas (9,1%). Karakteristik responden dan karakter kanker payudara tidak berhubungan dengan depresi, ansietas, dan stres, namun ditemukan adanya hubungan antara pendidikan dengan ansietas ($p=0,041$). Penelitian lanjutan perlu dilakukan untuk mengidentifikasi masalah psikososial lainnya dan tindakan keperawatan yang diperlukan oleh penderita kanker payudara untuk mengatasi masalah tersebut. Ansietas perlu difokuskan sebagai masalah psikososial yang paling menonjol pada penderita kanker payudara.

Kata kunci: ansietas, aspek psikososial, depresi, kanker payudara, stres

Abstract

Psychosocial Aspects of Breast Cancer Patients: Pilot Study. Breast cancer is the most common type of cancer suffered by Indonesian women, which is seen to disturb the daily activities, changing the physical image, difficult to cure, and close to death, thus affecting the psychological aspects of the patient. This cross-sectional study aimed to identify the relationship between characteristics of breast cancer patients with psychosocial aspects. A total of 44 respondents were involved. Psychosocial aspects were measured using the Indonesian version of the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS). The results showed that psychosocial problems that the most experienced by respondents based on the severity was anxiety (9.1%), characteristic of the respondents and breast cancer characteristic was not related to depression, anxiety, and stress, however, there was association between respondent's education and anxiety ($p = 0.041$). Further research needs to be undertaken to identify other psychosocial problems and nursing interventions needed by breast cancer patients to address the problems. Anxiety needs to be focused on the most prominent psychosocial problem in breast cancer patients.

Keywords: anxiety, breast cancer, depression, psychosocial aspects, stress

Pendahuluan

Kanker adalah penyakit sel yang dikarakteristikkan dengan proliferasi sel yang tidak terkontrol (Sarafino & Smith, 2012). Kanker juga seringkali disebut tumor ganas. Masyarakat di banyak bangsa seringkali menganggap kanker merupakan penyakit yang tidak bisa disembuhkan, penyakit pengantar kematian, dan lebih

sering dialami oleh orang yang sudah berusia lanjut (Remennick, 2006).

Angka kejadian kanker di dunia sangat tinggi dan terus meningkat. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2013, insiden kanker di dunia meningkat dari 12,7 juta kasus pada tahun 2008 menjadi 14,1 juta kasus tahun 2012. Tidak hanya itu, angka kematian akibat kanker

pun meningkat dari 7,6 juta orang pada tahun 2008 menjadi 8,2 juta pada tahun 2012. Angka kematian akibat kanker ini menempati peringkat ketiga setelah kematian akibat penyakit kardiovaskuler (WHO, 2003). Insiden kanker diperkirakan dapat mencapai 26 juta orang pada tahun 2030 dan 17 juta di antaranya meninggal akibat kanker.

Kanker payudara merupakan jenis kanker yang paling banyak dialami oleh perempuan. Menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes) tahun 2014, jenis kanker terbanyak di Indonesia menurut jenis kelamin yaitu kanker payudara dan kanker leher rahim pada perempuan, sedangkan pada laki-laki yaitu kanker paru dan kanker kolorektal. Tahun 2010, jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap pada kanker payudara yaitu 12.014 orang (28,7%) dan kanker serviks 5.349 orang (12,8%) (Depkes, 2010). Data rekam medis RSUPNCM tahun 2013 menunjukkan bahwa jumlah kasus kanker payudara yaitu sebanyak 2092 dan pada tahun 2014 sebanyak 1815 kasus.

Kanker payudara adalah tumor ganas yang menyerang jaringan payudara. Ciri-ciri dari kanker payudara yaitu adanya rasa sakit pada payudara, benjolan pada payudara semakin membesar, kulit payudara mengeriput seperti kulit jeruk, dan terkadang keluar cairan atau darah dari puting susu (Romito et al, 2012). Selain itu, kanker payudara merupakan jenis payudara yang sering menimbulkan luka daripada jenis kanker lainnya (Lund-Nielsen, 2011). Biasanya, luka kanker akan muncul pada stadium lanjut yang membuat penderita tidak nyaman sehingga mempertimbangkan untuk mencari pertolongan kesehatan. Kondisi ini akan berdampak pada aspek psikologis penderita, yaitu perubahan citra tubuh, konsep diri, hubungan sosial, dan lainnya (Costa-Requena, Rodríguez, & Fernández-Ortega, 2013; Romito, et al, 2012; Sarafino & Smith, 2012).

Costa-Requena, et al. (2013) menjelaskan bahwa dampak psikososial yang dialami oleh penderita kanker payudara yaitu distress yang akan memengaruhi kualitas hidup mereka. Hinnen, et al.

(2007) menambahkan bahwa penderita akan mengalami ansietas terutama terhadap respon pasangannya karena penderita merasa sudah tidak menarik lagi dan tidak diinginkan. Ansietas dan depresi seringkali dirasakan ketika berada pada tahap lanjut, menjalani pengobatan, menunggu hasil uji diagnostik, dan sebagainya, sedangkan pemicu stres biasanya berasal dari hilangnya kemandirian dan kontrol diri, keputusasaan, ketidakberdayaan, perubahan citra diri dan fungsi tubuh, menjelang kematian (Costa-Requena, et al., 2013; Murtiwi, Nurachmah, & Nuraini, 2005; Lund-Nielsen, 2011).

Kondisi psikososial yang dialami oleh penderita kanker payudara ini merupakan kontribusi beberapa faktor, diantaranya kemampuan coping, dukungan sosial dan finansial, serta interaksi dengan orang lain. Faktor lainnya adalah jenis kanker, durasi kanker, usia, dan terapi yang dijalani (Jin-Hee, et al., 2015; Kantor, 2013). Faktor tersebut perlu diuji untuk membuktikan hubungannya sebelum diujicoba lebih lanjut mengenai intervensi keperawatan yang sesuai. Studi pendahuluan ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara karakteristik individu, karakteristi kanker payudara dan aspek psikologis penderita.

Metode

Penelitian potong lintang ini melibatkan sebanyak 44 orang responden yang memenuhi kriteria. Pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive*. Responden merupakan penderita kanker payudara yang sudah menjalani operasi pengangkatan kanker payudara dan berusia 33-62 tahun. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner *Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS)* versi Bahasa Indonesia. Uji statistik yang digunakan yaitu *Chi Square*, *One Way Anova*, dan *T-independent Test*.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari komite etik dan perijinan administrasi. Selama pengambilan data dan publikasi, prinsip etika penelitian telah diterapkan.

Hasil

Penelitian ini dilakukan pada penderita kanker payudara yang sudah menjalani operasi. Rata-rata usia penderita yaitu 47 tahun, usia paling muda yaitu 33 tahun dan usia yang paling tua 62 tahun. Rerata durasi kanker yaitu 18 bulan, minimal sebulan dan yang paling lama 84 bulan.

Pada Tabel 1 dijelaskan bahwa mayoritas responden memiliki riwayat pendidikan yang tinggi, yaitu Sekolah Menengah Atas (36,4%). Ditinjau dari pekerjaannya, sebanyak 86,4% responden tidak bekerja, sisanya bekerja

sebagai wirausaha, pengajar, dan karyawan. Selain itu, dilihat dari segi penghasilan dapat dilihat bahwa lebih dari setengah responden memiliki penghasilan keluarga lebih dari Rp 2.700.000 (52,3%).

Berdasarkan Tabel 2 terlihat bahwa sebagian besar responden (61,4%) melakukan terapi kombinasi, yaitu kemoterapi dan/atau sinar. Dilihat dari stadium kankernya, responden yang berada di stadium awal dan lanjut sama jumlahnya. Persentase terbanyak yaitu stadium 2 dan 3 (masing-masing 43,2%). Selain itu, sebanyak 41 dari 44 responden, hampir semua tidak memiliki luka kanker (93,2%).

Tabel 1. Distribusi Responden menurut Pendidikan, Pekerjaan, dan Penghasilan

Karakteristik	(n)	%
Pendidikan		
a. Tidak Sekolah	2	4,5
b. SD	8	18,2
c. SMP	7	15,9
d. SMA	16	36,4
e. PT	11	25
Pekerjaan		
a. Tidak bekerja	38	86,4
b. Wirausaha	2	4,5
c. Pengajar	3	6,8
d. Karyawan	1	2,3
Penghasilan		
a. <Rp2.700.000	21	47,7
b. ≥Rp2.700.000	23	52,3

Tabel 2. Distribusi Responden menurut Terapi, Stadium, dan Luka Kanker

Karakteristik	n	%
Terapi		
a. Tunggal	17	38,6
b. Kombinasi	27	61,4
Stadium		
a. Stadium 1	3	6,8
b. Stadium 2	19	43,2
c. Stadium 3	19	43,2
d. Stadium 4	3	6,8
Luka kanker		
a. Ada	41	93,2
b. Tidak	3	6,8

Tabel 3. Distribusi Responden menurut Depresi, Ansietas, dan Stres

Karakteristik	n	%
Depresi		
a. Ringan	42	95,5
b. Sedang	2	4,5
Ansietas		
a. Ringan	35	79,5
b. Sedang	5	19,4
c. Berat	4	9,1
Stres		
a. Ringan	42	95,5
b. Sedang	2	4,5

Tabel 4. Hubungan Usia dan Durasi Kanker dengan Aspek Psikososial

Variabel	Rerata	SD	p	N
USIA				
Depresi			0,261	
a. ringan	47,38	8,401		42
b. sedang	40,50	4,950		2
Ansietas			0,850	
a. ringan	47,14	8,922		35
b. sedang	48,20	5,215		5
c. berat	45,00	7,528		4
Stres			0,225	
a. ringan	47,40	8,370		42
b. sedang	40,00	5,657		2
DURASI				
Depresi			0,682	
a. ringan	23,36	38,525		42
b. sedang	12,00	4,243		2
Ansietas			0,699	
a. ringan	25,17	41,596		35
b. sedang	10,40	9,072		5
c. berat	18,00	17,340		4
Stres			0,900	
a. ringan	23,00	38,589		42
b. sedang	19,50	6,364		2

* bermakna jika $\leq \alpha = 0,05$

Pada Tabel 3 memperlihatkan bahwa masalah psikososial yang paling banyak dialami oleh responden berdasarkan tingkat keparahannya yaitu ansietas. Di samping itu, tingkat keparahan depresi dan stres terlihat sama. Depresi ringan dialami hampir semua responden (95,5%). Untuk kategori ansietas, sebagian besar responden mengalami ansietas ringan (79,6%)

dan sebagian lainnya ansietas sedang-berat (20,4%).

Tabel 4 menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan depresi, ansietas, stres ($p > 0,05$). Tidak ada hubungan yang signifikan antara durasi kanker dengan depresi, ansietas, stres ($p > 0,05$).

Tabel 5. Hubungan Karakteristik Responden dan Kanker Payudara dengan Depresi

Variabel	Depresi				Total		p
	Ringan		Sedang		n	%	
	n	%	N	%			
Pendidikan							
a. Rendah	18	40,9	0	0	18	40,9	0,505
b. Tinggi	24	54,4	2	4,5	26	59,1	
Pekerjaan							
a. Tidak bekerja	37	84,1	1	2,3	38	86,4	0,257
b. Bekerja	5	11,4	1	2,3	6	13,6	
Penghasilan							
a. Rendah	21	47,7	0	0	21	47,7	0,489
b. Tinggi	21	47,7	2	4,5	23	52,3	
Terapi							
a. Tunggal	16	36,4	1	2,3	17	38,6	1,000
b. Kombinasi	26	59,1	1	2,3	27	61,4	
Stadium							
a. Awal	21	47,7	1	2,3	22	50	1,000
b. Lanjut	21	47,7	1	2,3	22	50	
Luka							
a. Tidak ada	40	90,9	1	2,3	41	93,2	0,133
b. Ada	2	4,5	1	2,3	3	6,8	

*Ket: nilai p bermakna jika $\leq \alpha$ 0,05

Tabel 6. Hubungan Karakteristik Responden dan Kanker Payudara dengan Ansietas

Variabel	Ansietas						Total		p
	Ringan		Sedang		Berat		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Pendidikan									
a. Rendah	11	25	4	9,1	3	6,8	18	40,9	0,041*
b. Tinggi	24	54,5	1	2,3	1	2,3	26	59,1	
Pekerjaan									
a. Tidak bekerja	30	68,2	4	9,1	4	9,1	38	86,4	0,665
b. Bekerja	5	11,4	1	2,3	0	0	6	13,6	
Penghasilan									
a. Rendah	17	38,6	3	6,8	1	2,3	21	47,7	0,566
b. Tinggi	18	40,9	2	4,5	2	6,8	23	52,3	
Terapi									
a. Tunggal	14	31,8	3	6,8	0	0	17	38,6	0,173
b. Kombinasi	21	47,7	2	4,5	4	9,1	27	61,4	
Stadium									
a. Awal	18	40,9	3	6,8	1	2,3	22	50	0,541
b. Lanjut	17	38,6	2	4,5	3	6,8	22	50	
Luka									
a. Tidak ada	33	75	4	9,1	4	9,1	41	93,2	0,422
b. Ada	2	4,5	1	2,3	0	0	3	6,8	

*Ket: nilai p bermakna jika $\leq \alpha$ 0,05

Tabel 7. Hubungan Karakteristik Responden dan Kanker Payudara dengan Stres

Variabel	Stres				Total		p
	Ringan		Sedang		n	%	
	n	%	N	%			
Pendidikan							
a. Rendah	17	38,6	1	2,3	18	40,9	1,000
b. Tinggi	25	56,8	1	2,3	26	59,1	
Pekerjaan							
a. Tidak bekerja	37	84,1	1	2,3	38	86,4	0,257
b. Bekerja	5	11,4	1	2,3	6	13,6	
Penghasilan							
a. Rendah	20	45,5	1	2,3	21	47,7	1,000
b. Tinggi	22	50	1	2,3	23	52,3	
Terapi							
a. Tunggal	16	36,4	1	2,3	17	38,6	1,000
b. Kombinasi	26	59,1	1	2,3	27	61,4	
Stadium							
a. Awal	22	50	0	0	22	50	0,488
b. Lanjut	20	45,5	2	4,5	22	50	
Luka							
a. Tidak ada	40	90,9	1	2,3	41	93,2	0,133
b. Ada	2	4,5	1	2,3	3	6,8	

* bermakna jika $\leq \alpha 0,05$

Uji analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pendidikan, pekerjaan, penghasilan, terapi, stadium, dan keberadaan luka tidak memiliki hubungan dengan depresi ($p > 0,05$) (lihat Tabel 5).

Uji analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pekerjaan, penghasilan, terapi, stadium, dan keberadaan luka tidak memiliki hubungan dengan ansietas pada alpha 5% (lihat Tabel 6). Hanya pendidikan yang berhubungan dengan ansietas ($p < 0,05$).

Uji analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pendidikan, pekerjaan, penghasilan, terapi, stadium, dan keberadaan luka tidak memiliki hubungan dengan stres ($p > 0,05$) (lihat Tabel 7). Hasil uji statistik pada variabel pekerjaan, penghasilan, terapi dan stadium diperoleh nilai $p = 1,000$, sedangkan untuk variabel pekerjaan nilai $p = 0,257$, terapi 0,488, dan luka 0,133.

Pembahasan

Hasil penelitian menggambarkan rerata usia responden yaitu 47 tahun. Kanker payudara lebih berisiko dialami pada wanita berusia lebih dari 35 tahun, sedangkan wanita yang berusia kurang dari 30 tahun tidak memiliki risiko yang besar (Kumar, Koul, Khandrika, Meacham, & Koul, 2008). Hal ini dikarenakan pada usia 35-50 tahun mulai terjadi ketidakseimbangan pada kadar hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh sehingga mengaktifkan pertumbuhan sel kanker (Jokiel, 2009). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan depresi, ansietas, dan stres. Hal ini sejalan dengan penelitian Kim et al. (2012) tentang faktor depresi pada penderita kanker payudara di Korea yang telah melakukan operasi pengangkatan payudara. Pada penelitian tersebut ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan depresi ($p = 0,516$). Dengan usia rerata 47 tahun, sebagian besar penderita

merasa masih memiliki tanggung jawab yang besar seperti mengurus keluarga dan anak sehingga harapan hidup dan motivasi diri untuk sembuh masih kuat. Kondisi ini memaksa para penderita untuk lebih banyak berpikir positif.

Tidak adanya hubungan antara pendidikan dengan depresi maupun stres dapat terjadi karena tidak semua penderita yang berpendidikan rendah memiliki pengetahuan yang rendah pula. Hal ini didukung oleh ulasan Wulandari (2013) yang menyatakan bahwa pasien kanker payudara yang berpendidikan rendah lebih antusias dalam mencari informasi tentang penyakit yang dideritanya serta pengobatan yang dapat dilakukan untuk menyembuhkan penyakitnya.

Pada penelitian ini, tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan depresi dan stres, namun ditemukan adanya hubungan antara pendidikan dengan ansietas (nilai $p=0,041$). Penelitian Dewi, Djoenaina, dan Melisa (2004) juga menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan depresi ($p>0,05$). Hasil ini bertentangan dengan kenyataan bahwa tingkat pendidikan dapat memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dalam memperoleh informasi tentang penyakit (Prasetya, Hamid, & Susanti, 2010; & White, Riley, & Smith, 2008). Kecukupan informasi akan membentuk perasaan, sikap, perilaku, pembuatan keputusan yang baik sehingga mencegah penderita untuk merasakan depresi, ansietas, maupun stres.

Penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan depresi, ansietas, maupun stres. Hasil ini mendukung penelitian oleh Anindita et al. (2010) yang juga menunjukkan tidak adanya hubungan antara penghasilan dengan depresi, ansietas, dan stres dengan nilai p masing-masing 0,609, 0,709, dan 0,446. Status pekerjaan saat ini dapat dikaitkan dengan penghasilan atau pendapatan yang berpengaruh pada biaya pengobatan. Selain itu, pekerjaan berkaitan dengan aktivitas dan istirahat yang mungkin memengaruhi tingkat stres seseorang. Depresi paling banyak terjadi pada penderita yang tidak bekerja karena penderita

yang tidak bekerja memiliki aktivitas lebih sedikit, sedangkan aktivitas fisik dapat mengurangi beban psikologis seseorang (Wulandari, 2013).

Tidak ditemukan hubungan antara penghasilan dengan depresi, ansietas, maupun stres pada hasil penelitian. Hal ini juga didukung dengan penelitian oleh Karvinen et al. (2013) tentang stres, perilaku kesehatan, dan pemenuhan layanan medis pada pasien kanker payudara. Pada penelitian tersebut tidak ditemukan adanya hubungan antara penghasilan dengan ansietas (nilai $p>0,05$). Penghasilan atau pendapatan dapat dikaitkan dengan biaya pengobatan yang harus dikeluarkan. Pengobatan kanker dalam jangka waktu yang lama dan terus menerus memakan biaya yang tidak murah walaupun saat ini pun sudah banyak orang yang menggunakan jaminan kesehatan nasional.

Pada penelitian ini, tidak terdapat hubungan antara durasi kanker dengan depresi, ansietas, maupun stres. Pada penelitian Kim et al. (2012) ditunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara durasi kanker dengan depresi (nilai $p=0,650$). Penderita kanker yang baru didiagnosa akan sulit menerima penyakitnya dan timbul berbagai penolakan. Menurut teori eksistensial, depresi terjadi karena adanya perbedaan yang terlalu besar antara ideal diri dan kenyataan. Rata-rata durasi kanker pada penelitian ini yaitu 18 bulan. Penderita yang sudah lebih dari satu tahun menjalani terapi sejak didiagnosa akan lebih tenang daripada yang baru didiagnosa.

Selain itu, menurut Hoefler, et al. (2015), penderita membutuhkan waktu tertentu untuk melakukan mekanisme pertahanan dalam melawan atau menahan perasaan cemas, takut, atau stres. Mekanisme pertahanan yang baik merupakan pertahanan yang berasal dari dalam diri, namun dukungan dari luar juga diperlukan agar keadaan psikologisnya menjadi seimbang (Wulandari, 2013).

Tidak ditemukan hubungan antara terapi dengan depresi, ansietas, maupun stres. Hal ini

sejalan dengan penelitian Kim, et al. tahun 2012. Pada penelitian tersebut ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara terapi dengan depresi ($p= 0,279$). Jenis terapi yang didapatkan dapat memengaruhi aspek psikososial penderita kanker payudara. Penderita yang menjalani operasi pengangkatan kanker payudara saja dapat memiliki gangguan citra tubuh, harga diri rendah, dan perubahan fungsi seksual. Di sisi lain, biasanya penderita merasa lebih tenang dan tidak perlu khawatir terhadap kekambuhan kanker karena kanker sudah diangkat. Berbeda dengan operasi saja, jika terapi ditambah terapi lainnya seperti kemoterapi atau radioterapi, penderita merasa stres dengan efek samping yang ditimbulkan.

Dukungan sosial juga memengaruhi penderita dalam menjalani terapi. Dukungan sosial merupakan bentuk bantuan yang dirasakan seseorang yang dapat menumbuhkan perasaan nyaman, percaya diri, semangat, serta meningkatkan kesehatan mental seseorang yang diperoleh melalui hubungan interpersonal. Sumber dukungan sosial yang terbesar datangnya dari orang yang misalnya keluarga, pasangan, sahabat, dan rekan kerja. Dukungan dapat menurunkan tingkat kecemasan, gangguan umum, somatisasi, dan depresi. Bentuk dukungan itu sendiri dapat berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informasi dan dukungan jaringan sosial (Sarafino & Smith, 2012).

Pada penelitian ini, tidak terdapat hubungan antara stadium dengan depresi, ansietas, maupun stres. Penelitian oleh Dewi, et al. (2004) juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara durasi dengan depresi (nilai $p > 0,05$). Reaksi psikologis penderita kanker yang berada pada stadium awal dan lanjut bisa berbeda. Pada stadium lanjut, kanker dapat menyebar ke organ tubuh lain sehingga dapat memperparah penyakit. Dengan begitu, terapi yang dijalankannya pun menjadi lebih kompleks. Akibat dari keparahan penyakitlah yang menyebabkan masalah psikososial.

Untuk mengatasinya, diperlukan manajemen koping yang adaptif. Manajemen koping merupakan faktor psikologis yang dapat mengurangi atau menahan stres. Penderita pasti merasa sangat sulit untuk menerima dirinya karena penyakit dan pengobatan kanker ini menimbulkan stres secara terus menerus. Penderita dengan stadium lanjut dapat mengalami gangguan psikologis dan penolakan diri berat sehingga dapat memperburuk keadaan penderita (Wulandari, 2013).

Tidak ditemukan adanya hubungan antara keberadaan luka kanker dengan depresi, ansietas, dan stres pada hasil penelitian. Luka kanker yang muncul akibat pecahnya pembuluh darah di jaringan payudara akibat keganasan sel kanker akan mengeluarkan cairan dan bau yang tidak sedap. Selain itu, timbul nyeri yang sangat sehingga penderita merasa terganggu dalam menjalankan aktivitas. Bau tidak sedap yang ditimbulkan juga membuat penderita cemas jika orang di sekitarnya akan menjauh dari dirinya. Penderita dapat merasa rendah diri, megerung diri, dan tidak ingin berinteraksi dengan siapapun.

Pada penelitian ini, hampir semua responden tidak memiliki luka. Hal ini dikarenakan penelitian dilakukan pada perempuan yang sudah menjalankan operasi pengangkatan kanker payudara sehingga luka kanker sudah diangkat bersama jaringan payudara. Keterbatasan lainnya berkaitan dengan besar sampel dan tidak diidentifikasinya faktor lain yang kemungkinan berhubungan dengan aspek psikologis pada penderita kanker payudara.

Kesimpulan

Penderita kanker payudara sangat rentan memiliki masalah psikososial sehingga kualitas hidup dapat terpengaruh. Hasil Studi pendahuluan ini menunjukkan tidak ada hubungan antara usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, durasi, terapi, stadium, dan luka kanker dengan depresi, ansietas, dan stres, namun ditemukan

adanya hubungan antara pendidikan dengan ansietas. Hal ini menggambarkan penderita yang sudah menjalani operasi dan memiliki kanker selama kurang lebih 1,5 tahun sudah dapat beradaptasi dan menggunakan kemampuan kopingnya dengan baik walaupun masih ada yang memiliki masalah psikososial yang ringan. Hasil studi ini dapat menjadi dasar penelitian lanjut mengenai faktor yang memengaruhi aspek psikososial pada penderita kanker yang memiliki luka, dan yang baru didiagnosis. Selanjutnya dapat dikembangkan [rogram pelatihan untuk mengatasi masalah psikososial pada penderita kanker payudara dalam rangka meningkatkan kesejahteraan para penyintas kanker (SR, HR, INR).

Referensi

- Anindita, Y. P. C., Marchira, C. R., & Prabandari, Y. S. (2010). Hubungan antara pemberian radioterapi dengan terjadinya distress, anxiety, dan depresi pada penderita kanker payudara. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 26 (1), 1-6.
- Costa-Requena, G., Rodríguez, A., & Fernández-Ortega, P. (2013). Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27 (1), 77-83. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01003.x
- Depkes RI. (2010). *Laporan hasil riset kesehatan dasar Indonesia tahun 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.
- Dewi, F.I.R., Djoenaina, V., & Melisa. (2004). Hubungan antara resiliensi dengan depresi pada perempuan pasca pengangkatan payudara (mastektomi). *Jurnal Psikologi*, 2 (2).
- Hinnen, C., Hagedoorn, M., Sanderman, R., & Ranchor, A. (2007). The role of distress, neuroticism and time since diagnosis in explaining support behaviors in partners of women with breast cancer: Results of a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, 16 (10), 913-919. DOI: 10.1002/pon.1153
- Hoefler, A., Athenstaedt, U., Corcoran, K., Ebner, F., & Ischebeck, A. (2015). Coping with self-threat and the evaluation of self-related traits: An fMRI Study. *Plos One*, 10 (9), e0136027. doi: 10.1371/journal.pone.0136027
- Jin-Hee, P., Hyoung, B.S, Mison, C., Yong-Sik, J., & Young-Mi, J. (2015). Factors influencing elevated distress scores at the end of primary treatment of breast cancer. *Asian Oncology Nursing*, 15 (3), 132-139. doi: 10.5388/aon.2015.15.3.132
- Jokiel, M. (2009). Social aspects of breast cancer early detection after introduction of population screenings in Poland. *Przegląd Epidemiologiczny*, 63 (3), 443-447.
- Kantor, D.P. (2013, January). Factors influencing psychological distress in patients with cancer. *Factors Influencing Psychological Distress in Patients with Cancer*, 174 p.
- Karvinen, K. H., Murray, N. P. Arastu, H., & Allison, R. R. (2013). Stress reactivity, health behaviors, and compliance to medical care in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40 (2), 149-156.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Diperoleh dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2013.pdf>
- Kim, S., Stewart, R., Kim., S., Yang, S.J., Kim, J.M., Shin, I.S., Park, M.H., Yoon, J.H., & Yoon, J.S. (2012). Predictors of depression in Korean breast cancer patients: A one-year longitudinal study. *Asia-Pacific Psychiatry*, 4, 250-257. doi: 10.1111/j.1758-5872.2012.00197.x
- Kumar, B., Koul, S., Khandrika, L., Meacham, R.B., & Koul, H.K. (2008). Oxidative stress is inherent in prostate cancer cells and is required for aggressive phenotype. *Cancer research*, 68 (6), 1777-1785. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-07-5259.

- Lund-Nielsen, B. (2011). *Malignant wounds in patients with advanced stage cancer*. [Disertasi]. University of Copenhagen.
- Manne, S.L., & Ostroff, J.S. (2008). *Coping with breast cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Murtiwi, M., Nurachmah, E., & Nuraini, T. (2005). Kualitas hidup klien kanker yang menerima pelayanan hospis atau homecare: Suatu analisis kuantitatif. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 9 (1), 13-18. <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v9i1.154>
- Prasetya, A., Hamid, A., & Susanti, H. (2010). Penurunan tingkat depresi klien lansia dengan terapi kognitif dan senam latihan otak di Panti Wredha. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13 (1), 42-48. <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v13i1.230>
- Remennick, L. (2006). The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *Breast J.*, 12 (Suppl 1), S103-S110.
- Romito, F., Cormio, C., Giotta, F., Colucci, G., & Mattioli, V. (2012) Quality of life, fatigue and depression in Italian long-term breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 20, 2941–2948
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2012). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (7th Ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- White, C., Riley, A., & Smith, S. (2008). Awareness of depression at the reception desk: Education for primary care receptionists. *Education For Primary Care*, 19 (2), 173-190.
- World Health Organization. (2003). The Impact of Chronic Disease in Indonesia. Diperoleh dari http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/impact/indonesia.pdf
- World Health Organization. (2013). Latest World Cancer Statistic. Diperoleh dari http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf
- Wulandari, P. (2013). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian depresi pada pasien kanker payudara di RSUPN DR Cipto Mangunkusumo Jakarta* (Tesis, tidak Dipublikasi). Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DUKUNGAN ATASAN DAN TEMAN SEJAWAT MEMENGARUHI EKSPEKTASI PERAWAT DALAM PENERAPAN JENJANG KARIR

Tuti Afriani*, Rr. Tutik Sri Hariyati, Dewi Gayatri

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: tuti.afriani@gmail.com

Abstrak

Masalah utama yang dihadapi perawat di Indonesia adalah masalah kualitas sumber daya manusia. Sistem jenjang karir merupakan salah satu cara meningkatkan kualitas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi dukungan atasan dan teman sejawat ekspektasi perawat dalam penerapan jenjang karir di rumah sakit. Desain penelitian menggunakan korelasi deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Jumlah sampel 145 perawat di salah satu rumah sakit Kabupaten Bogor Jawa Barat dengan teknik simple random sampling. Data dianalisis menggunakan uji *Chi-Square* dan regresi logistik berganda. Terdapat hubungan dukungan atasan ($p= 0,000$) dan dukungan teman sejawat ($p= 0,023$) dengan ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir di rumah sakit. Dukungan atasan ($OR= 3,806$) dan jenis kelamin ($OR= 2,278$) merupakan faktor yang paling dominan dengan ekspektasi perawat. Penelitian ini merekomendasikan agar pimpinan rumah sakit mendukung sistem jenjang karir dan memotivasi perawat meningkatkan kompetensi melalui sistem jenjang karir sehingga ekspektasi perawat meningkat terhadap manfaat dari sistem ini.

Kata kunci: dukungan atasan, dukungan teman sejawat, ekspektasi, jenjang karir perawat.

Abstract

Leader and Peer Support Influence Nurses' Expectations of The Career Ladder System Implementation. *The main problem faced by nurses in Indonesia is a nursing quality. Nursing Clinical Ladder System (CLS) is one way to improve the quality of nurses in providing nursing care. This study is aimed to identify superiors and peers support affecting nurses' expectations towards the implementation of nursing clinical ladder system. This research is using Cross Sectional descriptive correlation and simple random sampling technique, and has involved 145 nurses at one hospital in Kabupaten Bogor Jawa Barat. Data were analyzed by Chi-Square test and multiple logistic regression. There is found a significant relationships between leader's support ($p= 0.000$) and colleagues' support ($p= 0.023$) and the nurses' expectations towards the implementation of CLS. The leader support ($OR= 3.806$) and the gender factor ($OR= 2.278$) are the dominant factors of nurses' expectation. It is recommended that hospital leaders support CLS and motivate nurses to improve their competence through this system so that CLP will increase the nurses' expectation to the benefits of CLS.*

Keywords: superiors support, peers support, expectation, nursing clinical ladder system

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan bermutu ditentukan oleh kualitas sumber daya manusia (SDM). Salah satu upaya meningkatkan mutu pelayanan adalah dengan adanya pengembangan staf melalui pengembangan karir perawat. Pengembangan karir perawat melalui jenjang karir terbukti dapat meningkatkan kepuasan kerja dan peningkatan kinerja perawat (Sitinjak, 2008).

Peningkatan kinerja dan kepuasan perawat juga berhubungan dengan persepsi dan harapan terhadap jenjang karir (Suroso, Hariyati, & Pujasari, 2011; Mashudi, Hariyati, & Allenidekania, 2013). Ekspektasi secara konseptual diartikan sebagai kepercayaan seseorang untuk berusaha mencapai hasil yang diinginkan.

Penelitian tentang ekspektasi perawat terhadap jenjang karir masih sangat sedikit. Salah satu-

nya penelitian Han dan Kim (2014) yang meneliti perbedaan ekspektasi antara kepala ruangan (*head nurses*), *charge nurses* dengan perawat pelaksana meliputi unsur: finansial (gaji), kolaborasi, profesionalisme, manajemen, otonomi, dan penampilan kerja (*work performance*).

Rumah Sakit X di Kabupaten Bogor merupakan rumah sakit tipe B yang belum menerapkan sistem jenjang karir. Hasil wawancara dengan ketua komite keperawatan mengatakan sistem remunerasi belum berdasarkan penilaian kinerja yang adil, promosi dan pengangkatan tidak transparan yang tidak berdasarkan kemampuan perawat, kurangnya penghargaan kepada perawat yang berprestasi, kurangnya tantangan karena mengerjakan pekerjaan rutinitas. Pimpinan rumah sakit sudah berkomitmen untuk menerapkan sistem jenjang karir untuk meningkatkan kinerja dan *performance* perawat namun belum juga terlaksana.

Implementasi jenjang karir di rumah sakit tidak terlaksana tanpa ada dukungan dari organisasi dan manajer keperawatan. Nelson, Sasaman dan Philips (2008) menyatakan perawat mempunyai kesadaran dalam meningkatkan kompetensinya, sementara organisasi memberi fasilitas dan mendukung melalui kebijakan dalam pengembangan karir. Dill, Chuang, dan Morgan (2014) mengemukakan untuk mensukseskan jenjang karir, organisasi dapat bekerja sama dengan institusi pendidikan namun kemampuan memberi reward tergantung dari kekuatan dan dukungan pimpinan organisasi tersebut.

Jennings, Mutsch, dan Schleman (2009) mendapatkan bahwa perawat memutuskan untuk ikut dalam jenjang karir karena dorongan dan dukungan dari pimpinan (99,1%), dukungan manajer (69,9%), dan dukungan teman sejawat (48,6%). Hal ini menunjukkan fenomena dukungan organisasi, atasan, dan teman sejawat perlu diidentifikasi agar dapat menjadi sumber informasi mengenai ekspektasi perawat dalam penerapan jenjang karir di rumah sakit.

Metode

Desain penelitian ini menggunakan deskriptif korelasi dengan rancangan penelitian *cross-sectional*. Sampel diambil dengan teknik *simple random sampling* terhadap 145 perawat di ruang rawat inap, intalasi gawat darurat dan rawat jalan Rumah Sakit X Kabupaten Bogor. Data dikumpulkan dalam waktu tiga minggu dengan menggunakan kuesioner.

Kuesioner yang dibuat peneliti dengan mengajukan validitas konten kepada pembimbing. Kuesioner faktor pendukung mengacu kepada instrumen yang dimodifikasi dari *Survey of Perceived Organization Support* (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986). Kuesioner ekspektasi modifikasi dari Barnes Hibbert, Sigler, Fanning, dan Sandoval, (2011). Kuesioner menggunakan empat skala Likert. Validitas kuesioner diuji terhadap 30 orang perawat di rumah sakit berbeda, didapatkan nilai *Alpha Cronbach* 0,87 untuk kuesioner faktor pendukung dan 0,90 untuk kuesioner ekspektasi menggunakan SPSS analisis korelasi *Pearson Product Moment*. Penelitian ini telah melewati uji lolos etik dari komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Hasil

Karakteristik Responden. Karakteristik responden mendapatkan hasil bahwa dari 145 responden terbanyak berusia antara 30–40 tahun (57,2%), perempuan lebih banyak 104 (69,3%), lama bekerja dibawah 9 tahun (57,9%), pendidikan D3 Keperawatan (66,7%), level hasil *mapping* terbanyak PK III (39,3%), dan status kepegawaian PNS (53,1%).

Hasil analisis Tabel 1 menunjukkan bahwa ekspektasi perawat terhadap jenjang karir di Rumah Sakit X masih rendah yaitu 52,4%. Persentase ekspektasi perawat terhadap imbalan finansial 46,9%, kolaborasi 21,4%, pengembangan profesional 37,9%, manajemen 29,7%, otonomi 57,9% dan penampilan kerja 49%.

Hubungan Karakteristik dan Pengetahuan dengan Ekspektasi. Tabel 2 didapatkan hasil bahwa perawat yang berumur di atas 40 tahun mempunyai ekspektasi lebih tinggi terhadap jenjang karir daripada perawat yang berumur dibawahnya. Perawat yang bekerja lebih dari 9 tahun mempunyai ekspektasi lebih tinggi dibanding yang bekerja di bawah 9 tahun. Perempuan mempunyai ekspektasi lebih tinggi dan pendidikan D3 keperawatan mempunyai ekspektasi yang lebih tinggi terhadap jenjang karir, namun tidak ada hubungan bermakna antara karakteristik perawat dengan ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir di rumah sakit.

Tabel 2 menunjukkan perawat masing-masing penjenjangan hasil mapping mempunyai ekspektasi yang rendah terhadap penerapan jenjang karir. Perawat PK II mempunyai ekspektasi paling tinggi diantara perawat level lain. Tidak ada hubungan bermakna antara level jenjang karir dengan ekspektasi perawat di RS.

Ketua tim mempunyai ekspektasi lebih tinggi (52,2%). Tidak ada hubungan antara posisi

dalam pekerjaan dengan ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir. Perawat non PNS mempunyai ekspektasi yang tinggi terhadap penerapan jenjang karir daripada perawat PNS 51,5%. Tidak ada hubungan bermakna antara status kepegawaian dengan ekspektasi terhadap jenjang karir. Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan ekspektasi.

Hubungan Faktor Pendukung dengan Ekspektasi. Hasil pada Tabel 3 adanya hubungan bermakna antara dukungan atasan dan teman sejawat dengan ekspektasi perawat terhadap jenjang karir ($p= 0,000$ dan $p= 0,023$; $\alpha= 0,05$).

Tabel 4 menunjukkan variabel yang paling berpengaruh terhadap ekspektasi perawat yaitu jenis kelamin dan dukungan atasan. Hasil analisis didapatkan wanita mempunyai ekspektasi yang lebih tinggi terhadap jenjang karir 2,278 kali dibanding laki-laki setelah dikontrol oleh dukungan atasan (95% CI). Perawat yang mendapat dukungan atasan mempunyai ekspektasi 3,806 kali lebih tinggi setelah dikontrol oleh jenis kelamin.

Tabel 1. Ekspektasi Perawat

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Ekspekasi		
Rendah	76	52,4
Tinggi	69	47,6
Imbalan Finansial		
Rendah	77	53,1
Tinggi	68	46,9
Kolaborasi		
Rendah	114	78,6
Tinggi	31	21,4
Pengembangan Profesional		
Rendah	90	62,1
Tinggi	55	37,9
Manajemen		
Rendah	102	70,3
Tinggi	43	29,7
Otonomi		
Rendah	61	42,1
Tinggi	84	57,9
Penampilan Kerja		
Rendah	74	51,0
Tinggi	71	49,0

Tabel 2. Hubungan Karakteristik Perawat dengan Ekspektasi

Variabel	Ekspektasi				Total	p	OR (CI 95%)
	Rendah		Tinggi				
	n	%	n	%			
Umur							
a. < 30 tahun	31	58,5	22	41,5	53	0,130	1,331
b. 30-40 tahun	43	51,6	40	48,4	83		(0,7;2,6)
c. > 40 tahun	2	22,2	7	77,8	9		4,932 (0,9;26,0)
Lama Kerja							
a. < 9 Tahun	41	53,2	36	46,8	77	0,831	1,074
b. > 9 Tahun	53	51,5	33	48,5	68		(0,5;2,1)
Jenis Kelamin							
a. Laki-laki	26	63,4	15	36,6	41	0,096	1,872
b. Perempuan	50	48,1	54	51,9	104		(0,8;3,9)
Tingkat Pendidikan							
a. D3 Keperawatan	49	49,0	51	51,0	100	0,220	0,641
b. S1 Keperawatan/Ners	27	60,0	18	40,0	45		(0,3;1,3)
Penjenjangan Hasil Mapping							
a. PK 0	11	61,1	7	38,9	18	0,747	1,323
b. PK I	19	54,3	16	45,7	35		(0,4;4,2)
c. PK II	16	45,7	19	54,3	35		1,866
d. PK III	30	52,6	27	47,4	57		(0,6;5,9) 1,414 (0,5;4,2)
Posisi Dalam Pekerjaan							
a. Ketua Tim	11	47,8	12	52,2	23	0,631	0,806
b. Perawat Pelaksana	65	53,3	57	46,7	122		(0,3;1,9)
Status Kepegawaian							
a. PNS	43	55,8	34	42,2	77	0,379	1,341
b. Non PNS	33	48,5	35	51,5	68		(0,7;2,9)
Pengetahuan tentang JK							
a. Rendah	47	56,5	36	43,4	83	0,240	1,486
b. Tinggi	29	46,8	33	53,2	62		(0,8;2,9)

Pembahasan

Penelitian ini ditemukan bahwa perawat yang berumur 40 tahun kebawah mempunyai ekspektasi yang rendah terhadap penerapan jenjang karir, berbeda dengan teori yang menyatakan bahwa umur produktif semangat dalam mencari pengetahuan melalui pelatihan dan pengembangan diri. Suroso, et al. (2011) juga menyatakan tidak ada hubungan bermakna antara umur, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja dan level jenjang karir dengan kinerja,

Robbins dan Judge (2013) menyatakan adanya hubungan positif antara senioritas dengan produktivitas pekerjaan. Semakin lama bekerja semakin kecil kemungkinan pengunduran diri. Perawat yang umur di atas 40 lebih produktif dan mempunyai harapan terhadap pekerjaan hal ini karena kebutuhan dasar sudah terpenuhi dan lebih mencari upaya untuk pencapaian harga diri dan kebebasan melalui jenjang karir.

Perempuan mempunyai ekspektasi lebih tinggi daripada laki-laki. Hal ini karena perempuan

cenderung lebih telaten dan sabar dalam menjalani proses jenjang karir dibanding laki-laki dalam melakukan proses pada tiap tahap penerapan jenjang karir.

Hasil penelitian mendapatkan tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan tinggi rendahnya ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir. Mangkunegara (2009) bahwa individu dengan pendidikan tinggi mampu berpikir kritis, luas dan memiliki inisiatif serta kreatifitas yang tinggi sehingga dapat menemukan solusi atas permasalahan yang ada. Penelitian Hasanuddin dan Kadir (2013) menyatakan ada hubungan antara faktor pendidikan dan pelatihan dengan upaya pengembangan karir.

Bila dihubungkan antara lama kerja dengan tingkat pendidikan didapatkan bahwa sebagian besar perawat Ners bekerja masih dibawah 10 tahun artinya perawat tersebut masih menempati posisi perawat pelaksana. Sosialisasi jen-

jang karir belum menyeluruh kepada semua perawat terutama kepada perawat pelaksana sehingga perlu adanya sosialisasi kepada semua perawat untuk meningkatkan ekspektasi perawat terhadap sistem jenjang karir. Hal ini masih kurangnya pengajaran tentang jenjang karir yang didapatkan pada institusi pendidikan, perawat lebih banyak mendapatkan pengetahuan tentang jenjang karir secara detil dari workshop dan pelatihan.

Ekspektasi paling rendah mayoritas perawat dari penelitian ini adalah perawat PK 0 yaitu perawat yang bekerja di atas 1 tahun dan sudah menyelesaikan masa orientasi, namun belum kenaikan jenjang untuk ditempatkan pada jenjang PK I. Penelitian yang dilakukan oleh Ari dan Insook (2013) menyatakan bahwa perawat spesialis 2 (*Expert*) memiliki persepsi yang lebih baik terhadap jenjang karir daripada perawat spesialis 1 (*Competent/Proficient*), perawat generalis (*Novice/Advance Beginner*), dan perawat baru (*New Nurse*).

Tabel 3. Hubungan Faktor Pendukung dengan Ekspektasi

Variabel	Ekspektasi		X ²	p
	Rendah N (%)	Tinggi N (%)		
Faktor Pendukung				
Dukungan RS			2,316	0,088
Kurang	47(58,0)	34(42,0)		
Baik	29(45,3)	35(54,7)		
Dukungan Atasan			12,347	0,000*
Kurang	56(64,4)	31(35,6)		
Baik	20(34,5)	38(65,5)		
Dukungan Teman			4,701	0,023*
Kurang	54(59,3)	37(40,7)		
Baik	22(40,7)	32(59,3)		

Keterangan: * $\alpha=0,05$

Tabel 4. Pemodelan Akhir Variabel yang Berhubungan dengan Ekspektasi Perawat

Variabel	B	SE	p	OR
Jenis Kelamin	0,824	0,406	0,043	2,278
Dukungan Atasan	1,337	0,368	0,000	3,806
Constant	-3,388	0,965		

Posisi dalam pekerjaan mendapatkan hasil bahwa ketua tim memiliki ekspektasi terhadap penerapan jenjang karir lebih tinggi dari perawat pelaksana Penelitian Han dan Kim (2014) menyatakan bahwa ekspektasi paling tinggi adalah pada ketua tim, dimana ekspektasi terhadap jenjang karir yang terdiri dari ekspektasi terhadap imbalan, profesionalisme, penampilan kerja, dan otonomi.

Perawat PNS memiliki ekspektasi yang lebih rendah dibandingkan perawat non PNS. Menurut Gatot dan Adisasmito (2005) karyawan PNS lebih memiliki ketenangan dengan statusnya, perawat PNS mengerti peluang pengembangan karir dan cukup tenang dengan jaminan hari tuanya. Sebaliknya hal ini tidak dialami oleh pegawai yang berstatus non PNS. Sistem pengembangan karir dalam konteks sistem penghargaan perawat sudah dikembangkan untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang tertuang dalam SK Menpan No.94/Kep/M.PAN/11/2001 tentang jabatan fungsional perawat termasuk angka kreditnya, namun bagi tenaga Non PNS tidak ada aturan mengenai kenaikan pangkat atau jabatan.

Menurut peneliti dengan adanya program jenjang karir perawat non PNS memiliki peluang untuk naik jabatan tanpa melihat status kepegawaian. Perawat dengan dedikasi dan kineja yang baik melalui jenjang karir akan mendapat promosi untuk menjadi ketua tim atau kepala ruangan. Ekspektasi perawat non PNS terhadap jenjang karir meningkat dengan alasan tersebut diatas.

Nelson dan Cook (2008) menyatakan bahwa motivasi untuk mengikuti jenjang karir berhubungan dengan pengetahuan tentang jenjang karir dan persepsi partisipan terhadap jenjang karir. Penelitian ini menemukan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir hal ini disebabkan sosialisasi jenjang karir di RS X di Kabupaten Bogor baru berjalan sebagian, belum seluruh perawat terpapar dengan sistem jenjang karir.

Rendahnya pengetahuan perawat menjadi hambatan untuk mengikuti program jenjang karir. Carryer, Russell, dan Budge (2007) menekankan perlunya peningkatan pengetahuan dan memberikan pendidikan tentang sistem jenjang karir, sehingga perawat cenderung mengembangkan perilaku yang positif bila perawat lebih tahu tentang program ini

Donley dan Flaherty (2008) menyampaikan bahwa untuk mencapai keberhasilan program jenjang karir perlu adanya sistem pendukung yang membantu perawat memahami jenjang karir ini. Sistem pendukung yang disediakan baik melalui pelatihan, kedekatan perawat mentor melalui konsultasi personal dan melalui perbaikan sistem jenjang karir secara terus menerus.

Burket, Felmlee, Greider, Hippensteel, Rohrer, dan Shay (2010) dalam penelitian menemukan keberhasilan jenjang karir tergantung dari banyak faktor terdiri dari dukungan dari pimpinan keperawatan, dukungan manejer keperawatan, antusias staff perawat dan dedikasi dari anggota komite. Program jenjang karir dapat bertahan kuncinya adalah mengikuti siklus pembelajaran yaitu mengidentifikasi tujuan, perubahan rencana, melakukan aksi dan proses evaluasi.

Hasil penelitian menunjukkan masih rendahnya dukungan terhadap penerapan jenjang karir di rumah sakit. Hal ini bisa dipahami karena rumah sakit baru memulai pelaksanaan jenjang karir pada tahun 2014 lalu.

Menurut peneliti, hasil penelitian yang didapatkan sesuai dengan kondisi riil dilapangan. Organisasi rumah sakit belum terlihat komitmen dan upaya dalam penerapan jenjang karir. Tim jenjang karir yang sudah dibentuk belum melakukan kegiatan untuk memulai penerapan jenjang karir. Kurangnya koordinasi dan kolaborasi antara pimpinan, bidang keperawatan dan komite keperawatan dengan tim jenjang karir juga menjadi hambatan. Prinsip pengembangan karir perawat menyatakan perlu adanya

komitmen yang tinggi dari pimpinan untuk pengembangan karir perawat (Depkes, 2008).

Dukungan atasan dan dukungan teman sejawat dinilai cukup baik dalam meningkatkan ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir. Penelitian mengindikasikan bahwa dukungan atasan lebih berpengaruh dibandingkan dukungan organisasi (Eisenberger, et al., 1986). Penelitian Kopp dan Stachowski (2013) juga menemukan dukungan atasan lebih berpengaruh dibanding dukungan dari teman sejawat.

Ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir masih rendah yaitu 52,2%. Menurut peneliti kurangnya ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir disebabkan belum adanya tindak lanjut dan tindakan konkrit dari manajemen rumah sakit untuk mewujudkan program jenjang karir ini. Pelaksanaan pemetaan yang sudah dilakukan belum secara resmi mendapat pengakuan dari pimpinan rumah sakit sehingga belum terlihat dampaknya baik secara fisik berupa perbedaan remunerasi tiap level maupun secara non fisik misalnya semangat untuk meningkatkan karir melalui pendidikan yang berkelanjutan. Pembentukan tim jenjang karir juga sudah dibuat namun sampai saat ini belum ada karya nyata dari tim jenjang karir tersebut.

Penelitian ini menemukan bahwa ekspektasi perawat dari persentase tertinggi ke yang rendah meliputi ekspektasi terhadap otonomi, penampilan kerja, imbalan finansial, manajemen, pengembangan profesional dan kolaborasi. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Han dan Kim (2014) yang menyatakan ekspektasi perawat tertinggi terhadap kolaborasi, imbalan finansial, pengembangan profesional, penampilan kerja, otonomi, dan manajemen.

Penelitian ekspektasi perawat paling tinggi terhadap otonomi. Perawat mempunyai persepsi dengan adanya sistem jenjang karir meningkatkan kemandirian terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Perawat juga dapat memutuskan sendiri terhadap asuhan yang diberikan

berdasarkan kompetensi perawat. Perawat berasumsi dengan adanya jenjang karir dapat diberi kewenangan dan otoritas dalam bertindak sesuai dengan level jenjang karir perawat.

Jenjang karir memberikan ukuran yang objektif untuk mencapai otonomi dan pertumbuhan profesional (Buchan, 1999; Cote & Burwell, 2007; Jennings, et al., 2009). Penelitian di atas juga menyampaikan bahwa sistem jenjang karir memberikan dampak yang positif tidak hanya pertumbuhan profesional namun juga otonomi dalam praktik keperawatan dan memberikan kepuasan dalam bekerja

Komponen kedua hasil penelitian ini adalah ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir yaitu penampilan kerja. Penampilan kerja (work performance) adalah pencapaian kualitas dan kuantitas seorang perawat dalam melaksanakan tugas sesuai tanggung jawab (Hariyati, 2014). Perawat mempunyai persepsi bahwa penilaian kinerja penting untuk menempatkan perawat sesuai dengan level jenjang karir dan pemberian remunerasi berbasis kinerja.

Komponen ketiga ekspektasi perawat terhadap imbalan finansial. Robbin dan Judge (2013) menyatakan bahwa uang dapat memotivasi seseorang dalam bekerja. Agar uang dapat memotivasi Pekerja harus memenuhi beberapa kondisi sebagaimana disampaikan teori Vroom (1995) tentang teori ekspektasi yang terdiri dari tiga elemen yaitu, pertama *expectancy* yaitu kepercayaan seseorang bahwa sesuatu yang didapat sesuai dengan keinginan atau harapannya, dalam hal ini perawat masih menganggap balasan finansial merupakan hal yang penting dan diinginkan saat ini. Kedua *instrumentality* uang dipersepsikan sebagai ganjaran dari apa yang sudah dilakukan, perawat menganggap bahwa insentif yang didapatkan tidak sesuai dengan beban kerja yang diberikan. Ketiga *Valence*, apakah nilai reward cukup bernilai bagi individu.

Pada prinsipnya pemberian remunerasi harus memenuhi prinsip keadilan dan memenuhi

kejelasan atau keterbukaan. Bila remunerasi sesuai dengan kebutuhan dan harapan perawat, maka remunerasi tersebut dapat meningkatkan minat dan motivasi dalam bekerja.

Komponen keempat dari ekspektasi perawat terhadap jenjang karir dalam penelitian ini adalah pengembangan profesional. Menurut Cooper (2009) pengembangan profesional adalah komitmen secara konstan untuk memelihara level kemampuan perawat melalui jalur karir.

Pengembangan profesional melalui jalur formal misalnya perawat D3 atau perawat vokasi melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi S1 dan S2 keperawatan atau perawat profesional. Pelatihan baik inhouse training maupun pelatihan diluar juga diatur oleh diklat rumah sakit sehingga setiap perawat mempunyai hak yang sama untuk mendapatkan pelatihan secara bergiliran. Informasi-informasi tentang jenjang karir baik tersedia di masing-masing ruangan sehingga setiap perawat terpapar dengan jenjang karir ini. Kepala ruangan beserta ketua tim hendaknya mengetahui kebutuhan masing-masing staf untuk peningkatan karir mereka sehingga setiap perawat mendapat kesempatan untuk mengikuti pelatihan baik yang diadakan didalam maupun diluar rumah sakit.

Komponen kelima ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir dari hasil penelitian ini adalah manajemen. Penelitian Bjork, Hansen, Samdal, Torstad, dan Hamilton (2007) menemukan perawat dalam penelitian tersebut kurang dorongan dan kedekatan antara peserta jenjang karir dengan pimpinan keperawatan mengakibatkan rendahnya angka untuk berpartisipasi dalam sistem jenjang karir. Penelitian juga memperlihatkan pentingnya peran manajer sebagai pendukung dan fasilitator dalam pengembangan profesional perawat (Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2003).

Komponen keenam ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir yang ditemukan pada penelitian ini adalah kolaborasi. Keber-

hasilan dan keberlangsungan sistem jenjang karir tergantung dari banyak faktor, yaitu dukungan dari pimpinan keperawatan, antusias staf, dan dedikasi dari anggota komite keperawatan serta komite jenjang karir. Anggota-anggota yang terdiri dari perawat manajer, perawat pendidik, perawat ahli dan staf perawat perlu berkolaborasi agar sistem ini terlaksana. (Burket, et al, 2010).

Kesimpulan

Penelitian ini menemukan bahwa tidak ada hubungan antara karakteristik individu yang meliputi umur, jenis kelamin, lama kerja, pendidikan, posisi dalam pekerjaan, penjenjangan hasil pemetaan dan status kepegawaian dengan ekspektasi terhadap penerapan jenjang karir.

Ekspektasi perawat dalam penerapan jenjang karir paling tinggi adalah ekspektasi terhadap otonomi diikuti oleh ekspektasi terhadap penampilan kerja, imbalan finansial, pengembangan profesional, manajemen, dan paling rendah ekspektasi terhadap kolaborasi.

Dukungan atasan dan dukungan teman sejawat mempunyai hubungan yang bermakna dengan ekspektasi perawat. Ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir di Rumah Sakit X Kabupaten Bogor umumnya masih kurang baik. Pengetahuan perawat terhadap jenjang karir tergolong kategori sedang, namun tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan ekspektasi perawat terhadap penerapan jenjang karir di rumah sakit.

Faktor determinan yang paling berpengaruh terhadap ekspektasi terhadap implementasi jenjang karir adalah dukungan atasan dan jenis kelamin. Semakin besar dukungan atasan akan meningkatkan ekspektasi perawat sebanyak tiga kali dibandingkan perawat yang kurang mendapat dukungan atasan.

Keberhasilan program jenjang karir perlu adanya komitmen yang kuat dari pimpinan untuk melakukan langkah-langkah penerapan jenjang

karir. Pimpinan rumah sakit lebih dahulu mengesahkan penerapan sistem jenjang karir, melakukan pemetaan perawat, membuat daftar kompetensi tiap level jenjang karir, dan melakukan sosialisasi kepada seluruh perawat di rumah sakit. Koordinasi tim jenjang karir dengan komite keperawatan dan pimpinan rumah sakit juga perlu dilakukan secara intensif. Apabila diperlukan rumah sakit dapat melakukan studi banding membuat kesepakatan dengan institusi pendidikan atau rumah sakit lain sebagai mitra bestari dalam pelaksanaan program jenjang karir di rumah sakit (MS, MK, TN).

Referensi

- Ari, M., & Insook, K. (2013). Relationship of perception of clinical ladder system with professional self concept and empowerment based of nurses' clinical career stage. *Journal of Korea Academy of Nursing Administration*, 19 (3), 254–264.
- Barnes, K.L., Hibbert, M., Sigler, K., Fanning, L., & Sandoval, L. (2011). *Clinical ladder program participants and job satisfaction: A comparison* (Disertasi Doktor, Southern Nazarene University Oklahama). Diperoleh dari ProQuest Dissertation and Theses. (UMI No 1502046).
- Bjork, I.T., Hansen, B.S., Samdal, G.B., Torstad, S., & Hamilton, G. A. (2007). Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship: First Quarter*, 39 (1), 88–89.
- Buchan J. (1999). Evaluating the benefits of a clinical ladder for nursing staff: An International review. *International Journal Nursing Study*, 36 (2), 137–144.
- Burket, T.L., Felmlee, M., Greider, P., Hippensteel, D.M., Rohrer, E.A., & Shay, M.L. (2010). Clinical ladder program evolution: Journey from novice to expert to enhancing outcomes. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41 (8), 369–374.
- Carryer, J., Russell, A., & Budge, C. (2007). Nurses' understandings of the Professional Development Recognition Programme. *Nursing praxis in New Zealand Inc*, 23 (2), 5–13. (PMID: 18293653).
- Cooper, E. (2009). Creating a culture of professional development: A milestone pathway tool for registered nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40 (11), 501–508.
- Cote, D.A., & Burwell, K.T. (2007). A revised nephrology nurses' clinical ladder. *Nephrology Nursing Journal*, 34 (2), 243.
- Depkes RI. (2008). *Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI. Diperoleh dari <http://www.depkes.go.id/>
- Dill, J.S., Chuang, E., & Morgan, J.C. (2014). Healthcare organization–education partnerships and career ladder programs for health care workers. *Social Science & Medicine*, 122, 63–71. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.10.021.
- Donley, R., & Flaherty, M.J. (2008). Promoting professional development: Three phases of articulation in nursing education and practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13 (3), 2–8.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500–507.
- Gatot, D.B., & Adisasmito, W. (2005). Hubungan karakteristik perawat, isi pekerjaan dan Lingkungan pekerjaan terhadap kepuasan kerja perawat di Instalasai Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon. *Jurnal Makara Seri Kesehatan*, 9 (6), 1–8.
- Han, Y., & Kim, K. (2014). A survey on Registered Nurses' expectation of the clinical ladder program in small to medium sized hospitals. *Advanced Science and Technology Letters (Healthcare an Nursing 2014)*, 61 (1), 66–69. doi: 10.14257/astl.2014.61.16.

- Hariyati, R.T.S. (2014). *Perencanaan, pengembangan dan utilisasi tenaga keperawatan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Hasanuddin, A., & Kadir, A. (2013). Faktor-faktor yang berhubungan dengan upaya pengembangan karir perawat di rumah sakit Bhayangkara Mappa Oudang Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 2 (1), 1–8. ISSN: 2302-1721.
- Kopp, L.R., & Stachowski, A. (2013). *The effect of perceived supervisor support on employee work life balance, job satisfaction, organizational commitment, and organizational citizenship behavior* (Unpublished, Master theses). University of Wincostin-Stout, Menomonie.
- Jennings, K., Mutsch, K.S., & Schleman, J. (2009). *Factors contributing to decision to participate or not participate in a clinical ladder program*. ProQuest Dissertations. Northern Kentucky University. UMI Number: 1462240.
- Mangkunegara, P.A.A. (2009). *Manajemen sumber daya manusia* (Cetakan kesembilan). Bandung: Remaja Rodakarya.
- Mashudi, D., Hariyati, R.T.S., & Allenidekania (2013). *Pengaruh penerapan jenjang karir perawat klinik terhadap kinerja dan kepuasan kerja perawat pelaksana di instalasi rawat inap B RSUP Fatmawati* (Tesis, Tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta.
- Nelson, M. J., & Cook, P.F (2008). Evaluation of career ladder program in a ambulatory care environment. *Nursing economic*, 26 (11), 353–360.
- Nelson, J., Sassaman, B., & Phillips, A. (2008). Career ladder program for registered nurses in ambulatory care. *Nursing economic*, 26 (6), 393–398.
- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2003). Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of nursing management*, 11 (6), 396–403.
- Robbins, S.P. & Judge, T.A. (2013). *Organization behavior* (15th Ed.). USA: Prentice Hall.
- Sitinjak, L. (2008). *Pengaruh penerapan sistem jenjang karier terhadap kepuasan kerja perawat di RS PGI Â Cikini* (Tesis, Tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta.
- Suroso, J., Hariyati, R.T.S., & Pujasari, H. (2011). *Hubungan persepsi tentang jenjang karir dengan kepuasan kerja dan kinerja perawat RSUD Banyumas* (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta.
- Vroom, V.H. (1995). *Work and motivation* (pp. 17–27). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

DUKUNGAN SOSIAL DAN TINGKAT STRES ORANG DENGAN HIV/AIDS

Yona Kurnia Sari, Ice Yulia Wardani*

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: iceyulia@ui.ac.id

Abstrak

Kondisi HIV/AIDS menimbulkan stres bagi para penderitanya. Salah satu cara untuk mengurangi stres adalah mencari dukungan sosial. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat stres orang dengan HIV/AIDS di Kota Depok. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional* terhadap 77 orang dengan HIV/AIDS dengan menggunakan metode pengumpulan sampel *consecutive sampling*. Instrumen yang digunakan yaitu *Medical Outcomes Survey* HIV dan *Perceives Stress Scale* HIV. Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa dukungan sosial yang diterima responden tergolong tinggi (55,8%) dan tingkat stres responden berada dalam kategori stres berat (80,5%). Hasil analisis bivariat menemukan bahwa ada hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat stres ($p < 0,05$). Hasil penelitian ini merekomendasikan dukungan sosial sebagai salah satu cara untuk membantu orang dengan HIV/AIDS menurunkan tingkat stresnya, dengan memberikan prioritas yang lebih pada dukungan materi.

Kata Kunci: Dukungan sosial, HIV/AIDS, tingkat stres

Abstract

Social Support and Stress among People Living with HIV/AIDS. The impact of HIV/AIDS causes stress to people living with HIV/AIDS (PLWHA). Seeking a social support is one method to reduce stress for people living with PLWHA. The purpose of this study was to determine the relationship between social support and stress levels of people with HIV/AIDS in Depok city. The study design was a descriptive correlation with the cross-sectional study of 77 people with HIV/AIDS by using a consecutive sampling. Instruments used namely Medical Outcomes Survey of Social Support HIV (HIV-MOSS) and Perceive HIV Stress Scale (PSS-HIV). The results of this study found that the social support received by respondents is high (55.8%) and stress levels of respondents mostly were in severe stress (80.5%). The results of the bivariate analysis found that there is a relationship between social support and stress levels ($p < 0.05$). The results of this study recommend social support as a way to help people with HIV/AIDS reduces the stress level, by giving higher priority to the material support.

Keywords: HIV/AIDS, social support, stress level

Pendahuluan

HIV/AIDS menimbulkan banyak dampak pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Apabila dampak tersebut tidak dapat diatasi maka akan menyebabkan timbulnya masalah-masalah baru. Masalah yang dialami oleh penderita HIV/AIDS terbagi kedalam masalah fisik, emosional dan psikososial (Vreeman, Scanlon, McHenry, & Nyandiko, 2015). Masalah fisik dapat terjadi dari akibat proses penyakit dan proses perawatan dari penyakit itu sendiri. Sedangkan

masalah emosional dapat terjadi karena pengaruh obat-obatan yang dikonsumsi. Masalah psikososial pada penderita HIV/AIDS juga sering terjadi, salah satunya karena stigma dari masyarakat mengenai HIV/AIDS (Waluyo, Nurachmah, & Rosakawati, 2014). Penelitian sebelumnya oleh Kose, Mandiracioglu, Mermut, Kaptan, dan Ozbel (2012) di Turki yang menemukan bahwa penderita HIV/AIDS menyatakan bahwa mereka mempunyai beberapa masalah yang berhubungan dengan kesehatan, moral, sosial dan keuangan. Diskriminasi di-

tempat kerja juga merupakan masalah yang besar. Kesempatan untuk bekerja semakin sedikit dan pendapatan berkurang, akan tetapi masalah yang berhubungan dengan penanganan HIV/AIDS ini semakin tinggi. Hal-hal ini membuat tingkat stres penderita HIV/AIDS meningkat. Stres merupakan suatu keadaan ketika individu merespon perubahan dalam status keseimbangan normal (Berman, Snyder, & Frandsen, 2015).

Salah satu manajemen untuk mengatasi stres yaitu dengan mencari dukungan sosial. Penelitian yang dilakukan Casale dan Wild (2013) menemukan bahwa dukungan sosial dapat memberikan efek positif terhadap kesehatan mental pada penderita HIV/AIDS. Efek positif tersebut yaitu dengan meningkatkan kemungkinan strategi yang aktif dalam menghadapi stres seperti mencari dukungan dan mampu berhadapan dengan *stressor*, dan menurunkan kemungkinan melakukan strategi yang pasif seperti menghindar dan emosional. Lyons dan Gillis (2010) juga menemukan bahwa kebutuhan akan dukungan sosial sangat membantu untuk menguatkan penderita HIV/AIDS sehingga dapat menurunkan tingkat depresinya. Dukungan sosial merupakan kenyamanan, kepedulian, penghormatan, atau membantu seseorang untuk benar-benar menerima atau hanya merasakan bahwa hal-hal tersebut dapat diperoleh dari orang lain (Sarafino & Smith, 2012).

Jumlah orang yang terinfeksi HIV semakin lama semakin banyak. Semakin banyaknya ODHA, maka akan meningkatkan kebutuhan pengetahuan mengenai cara yang terbaik untuk membantu meringankan beban ODHA tersebut. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengangkat hal ini. Selain itu, di wilayah Kota Depok belum pernah dilakukan penelitian yang membuktikan keterkaitan antara dukungan sosial dengan tingkat stres ODHA. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dengan tingkat stres penderita HIV/AIDS di wilayah Kota Depok.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelatif terhadap 77 orang penderita HIV/AIDS di sebuah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang membidangi pendampingan ODHA di Kota Depok. Tujuannya yaitu untuk melihat hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat stres penderita HIV/AIDS dengan pendekatan *cross sectional* dan dianalisis dengan analisis univariat dan bivariat.

Instrumen penelitian ini berupa kuesioner yang terdiri dari tiga bagian. Bagian pertama yaitu karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan suku). Bagian kedua yaitu *Medical Outcomes Social Support Survey HIV* (MOSS-HIV). Bagian ketiga yaitu *Perceived Stress Scale HIV* (PSS-HIV). Instrumen penelitian ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas kembali oleh peneliti. MOSSHIV memiliki nilai Cronbach α 0,915 dan PSSHIV memiliki nilai Cronbach α 0,754. Berdasarkan hal tersebut dapat dinyatakan bahwa kedua instrumen yang digunakan sudah terbukti valid dan reliabel.

Prosedur penelitian pertama yaitu mengajukan permohonan pengantar izin penelitian kepada Dekan FIK Universitas Indonesia. Setelah itu peneliti mengajukan izin penelitian ke LSM tersebut. Peneliti melakukan pengambilan data dengan dibantu anggota LSM untuk menghubungi dan meminta persetujuan penderita HIV/AIDS untuk mengisi kuesioner dengan menjelaskan tujuan penelitian dan cara pengisian kuesioner ini. Pengambilan data ini dilakukan selama dua bulan.

Hasil

Rentang usia responden 24–39 tahun dengan rerata 31,7 tahun dan standar deviasi 3,937. Responden rerata telah didiagnosis HIV selama 52,52 bulan dengan standar deviasi 40,543. Mayoritas responden adalah laki-laki (59,7%). Pendidikan responden pada penelitian ini mayoritas SMA 54,5%. Ibu rumah tangga (IRT)

28,6% merupakan mayoritas dan disusul oleh pekerjaan lainnya yang tidak disebutkan dalam penelitian ini 22,1%, setelah itu wiraswasta 18,2 %, PNS dan tidak bekerja masing-masing 11,7% dan terakhir karyawan 7,8%. Responden terbanyak berasal dari suku Betawi 29,9% dan disusul suku Sunda 23,4%, Jawa 22,1%, Minang 6,5%, Batak 5,2%, dan dari suku lainnya di Indonesia 13%.

Hasil penelitian ini juga mendapatkan bahwa 55,8% responden mendapatkan dukungan sosial sudah baik dan mayoritas responden memiliki

stres berat. Distribusi dukungan sosial jika dilihat dari bentuknya dapat dilihat pada tabel 1 dan hasil tentang tingkat stres dapat dilihat pada tabel 2.

Pada Tabel 3 hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,000 ($p < 0,001$). Berarti terdapat hubungan yang signifikan antar dukungan sosial dengan tingkat stres. Pada Tabel 4 hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,066 ($p > 0,05$). Hal ini berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antar dukungan emosi dengan tingkat stres.

Tabel 1. Distribusi Dukungan Sosial berdasarkan Bentuk Dukungan

Bentuk Dukungan	Frekuensi (n)		Persentase (%)	
	Tinggi	Rendah	Tinggi	Rendah
Emosi	35	42	45,5	54,5
Materi	44	33	57,1	42,9
Informasi	55	22	71,4	28,6
Persahabatan	46	31	59,7	40,3

Tabel 2. Distribusi Tingkat Stres

Stres	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Ringan	15	19,48
Berat	62	80,52

Tabel 3. Hubungan Dukungan Sosial dengan Tingkat Stres

Dukungan Sosial	Tingkat Stres				Total	p	OR (95% CI)
	Ringan		Berat				
	Jumlah	%	Jumlah	%			
Rendah	2	4,7	41	95,3	43	0.0000	0,079
Tinggi	13	38,2	21	61,8	34		(0,16-0,382)
Total	15	19,5	62	80,5	77		

Tabel 4. Hubungan Dukungan Emosi dengan Tingkat Stres

Dukungan Emosi	Tingkat Stres				Total	p	OR (95% CI)
	Ringan		Berat				
	Jumlah	%	Jumlah	%			
Rendah	5	11,9	37	88,1	42	0.066	0,038
Tinggi	10	28,6	25	71,4	25		(0,103-1,108)
Total	15	19,5	62	80,5	77		

Tabel 5. Hubungan Dukungan Materi dengan Tingkat Stres

Dukungan Materi	Tingkat Stres				Total	p	OR (95% CI)
	Ringan		Berat				
	Jumlah	%	Jumlah	%			
Rendah	2	6,1	31	93,9	33	0,010	0,154 (0,032-0,739)
Tinggi	13	29,55	31	70,45	44		
Total	15	19,48	62	80,5	77		

Tabel 6. Hubungan Dukungan Informasi dengan Tingkat Stres

Dukungan Informasi	Tingkat Stres				Total	p	OR (95% CI)
	Ringan		Berat				
	Jumlah	%	Jumlah	%			
Rendah	5	22,7	17	77,3	22	0,649	1,324 (0,395-4,438)
Tinggi	10	18,2	45	81,8	55		
Total	15	19,5	62	80,5	77		

Tabel 7. Hubungan Dukungan Persahabatan dengan Tingkat Stres

Dukungan Persahabatan	Tingkat Stres				Total	p	OR (95% CI)
	Ringan		Berat				
	Jumlah	%	Jumlah	%			
Rendah	5	16,1	26	83,9	31	0,770	0,692 (0,211-2,267)
Tinggi	10	21,7	36	78,3	46		
Total	15	19,5	62	80,5	77		

Pada Tabel 5 hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,010 ($p < 0,05$). Berarti terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan materi dengan tingkat stres.

Hasil uji statistik pada Tabel 6 didapatkan nilai p sebesar 0,649 ($p > 0,05$). Berarti, tidak terdapat hubungan yang signifikan antar dukungan informasi dengan tingkat stres.

Hasil uji statistik pada Tabel 7 didapatkan nilai p sebesar 0,770 ($p > 0,05$). Berarti, tidak terdapat hubungan yang signifikan antar dukungan persahabatan dengan tingkat stres.

Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak daripada perempuan. Sejalan dengan data yang dikemukakan oleh Kementerian Kesehatan RI (2014) yang juga menyebutkan bahwa penderita HIV/AIDS di Indonesia lebih

banyak laki-laki dari pada perempuan. Hal ini dimungkinkan karena laki-laki lebih banyak melakukan perilaku berisiko sehingga rentan terinfeksi.

Rerata usia responden yaitu 31,7 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusuma (2011) pada pasien HIV/AIDS di RSCM yang menemukan rerata usia responden yaitu 30,43 tahun. Kelompok usia ini juga termasuk kelompok usia produktif. Hal ini menunjukkan bahwa kelompok usia produktif memiliki peran yang besar menularkan HIV/AIDS maupun risiko tinggi dalam tertular HIV karena pada kelompok ini, aktivitas seksual cukup tinggi. Hal ini sesuai dengan penelitian Freeman dan Anglewicz (2012) yang melaporkan bahwa 15–49 tahun merupakan usia dengan prevalensi HIV tertinggi.

Pendidikan responden telah cukup baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan

oleh Natalya (2006) menemukan bahwa responden yang berpendidikan lebih tinggi lebih terbuka. Selain itu, responden yang pendidikannya lebih tinggi lebih banyak yang memilih melakukan kegiatan atau mengikuti kegiatan di pelayanan ODHA untuk mencegah terjadinya kasus baru.

Mayoritas responden merupakan ibu rumah tangga (IRT). Hal ini disebabkan karena 4,9 juta perempuan menikah dengan laki-laki yang sering melakukan perilaku berisiko, dan sebanyak 6,7 juta laki-laki merupakan pelanggan seks bebas (BBC, 2015). Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa IRT yang menderita HIV/AIDS umumnya tertular dari suami mereka.

Mayoritas responden berasal dari suku Betawi, Sunda, dan Jawa. Hal ini dipengaruhi oleh tempat dilakukannya penelitian yang umumnya masyarakat berasal dari Betawi, Sunda, dan Jawa. Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Rachmanissa (2013) yang juga menemukan bahwa mayoritas respondennya mempunyai suku tergantung kepada tempat penelitiannya.

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan secara umum dukungan sosial responden termasuk tinggi. Hal ini dapat terjadi karena pengambilan data penelitian ini dilakukan di sebuah LSM. Hal ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyanti (2008) yang mendapatkan bahwa dukungan sosial yang dirasakan oleh penderita HIV/AIDS tergolong tinggi.

Berdasarkan bentuk dukungan sosialnya, dukungan emosi masih kurang. Hal ini mungkin terjadi karena dukungan yang diterima oleh responden tidak sesuai dengan yang dibutuhkannya, atau tidak cukup dan kemungkinan lainnya bisa karena responden tersebut merasa tidak perlu mendapatkan bantuan sehingga dukungan yang diberikan tidak diperhatikan (Sarafino & Smith, 2012). Kemungkinan lainnya juga dapat dikarenakan penderita HIV/

AIDS tersebut belum mendapatkan dukungan emosional yang cukup sehingga mereka tetap aktif di kelompok dukungan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Abrefa-Gyan, Wu, dan Lewis (2015) yang menemukan bahwa semakin sering dan banyak seseorang menerima dukungan emosi maka kehadiran di kelompok dukungan akan semakin berkurang. Oleh karena itu, responden penelitian ini masih sering mengikuti kelompok dukungan untuk mendapat dukungan emosi yang lebih lagi.

Dukungan materi responden telah banyak yang menyatakan baik. Kemungkinan karena LSM tersebut membantu ODHA untuk mendapatkan ARV lebih mudah. Selain itu, LSM juga sering melakukan kegiatan-kegiatan bakti sosial sehingga ODHA mendapatkan bantuan secara langsung. Penelitian yang dilakukan Abrefa-Gyan, et al. (2015) di Ghana menemukan bahwa semakin banyak dukungan materi yang diberikan maka semakin lama seseorang bertahan di dalam kelompok dukungan sosial.

Responden banyak yang menyatakan bahwa dukungan informasinya sudah baik. Hal ini juga dikarenakan responden yang diambil dalam penelitian ini tergabung kedalam sebuah LSM. LSM yang memang tujuannya untuk mendukung para ODHA dengan memberikan informasi, baik tentang penyakit maupun pengalaman yang telah dilalui oleh ODHA lama sehingga dapat menjadi pelajaran untuk ODHA lainnya.

Dukungan persahabatan responden lebih banyak tergolong tinggi. Seperti yang dijelaskan sebelumnya hal ini dikarenakan mereka telah tergabung ke dalam suatu LSM. Pada LSM tersebut ODHA mendapatkan sarana untuk berbagai dengan orang-orang yang senasib dengan mereka.

Tingkat stres responden yang didapatkan dari penelitian ini lebih banyak yang tergolong stres berat. Hal ini menunjukkan bahwa masih tingginya tingkat stres yang dialami oleh

ODHA pada responden penelitian ini, walaupun mereka telah tergabung ke dalam kelompok dukungan. Banyak yang menyebabkan hal ini, salah satunya yaitu cara memandang suatu masalah sehingga masalah tersebut dapat dikatakan sebagai sumber stres atau tidak. Selain itu, masalah yang ditimbulkan oleh HIV/AIDS ini dapat terjadi pada berbagai hal. Ketidakkampuan ODHA untuk menangani seluruh masalah tersebut juga menyebabkan stres yang tinggi. Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Natalya (2006) di Yogyakarta menemukan bahwa penderita HIV/AIDS mengalami stres berat dalam menghadapi penyakitnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Kaijage dan Wexler (2010) menemukan bahwa ODHA akan lebih stres dari pada orang lainnya tetapi dengan dukungan sosial yang didapatkannya dapat mengurangi stres tersebut. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian tersebut. Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang kuat antara dukungan sosial dengan tingkat stres ($p < 0,005$). Hal ini dapat terjadi karena berbagai hal. Pertama, responden penelitian ini merupakan anggota di sebuah LSM yang memberikan dukungan terhadap ODHA. Kedua, responden rata-rata terdapat pada kelompok usia dewasa muda. Pada saat dewasa muda, seseorang akan menjalani beberapa perubahan dikehidupannya dari remaja menuju dewasa dengan banyaknya tuntutan. Ketiga, karena responden pada penelitian ini umumnya sudah menyatakan bahwa mereka menerima dukungan sosial yang tinggi.

Dilihat dari bentuk dukungan sosialnya, pada uji statistik dukungan emosi menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan dengan tingkat stres. Dukungan emosi yang dibutuhkan oleh ODHA yaitu dari orang tua, anggota keluarga, lingkungan sosial lainnya seperti kekasih dan teman kerja. Akan tetapi, masih banyaknya ODHA yang belum membuka status HIV positifnya kepada orang-orang tersebut sehingga mereka akan kesulitan dalam mencari du-

kungan emosi. Hal ini juga dapat disebabkan oleh keberadaan dukungan emosional tersebut tidak selalu ada dan mudah untuk dijangkau.

Sejalan dengan Agustanti (2006) yang menemukan bahwa keberadaan keluarga yang paling dekat dengan ODHA dibandingkan teman, tenaga profesional, maupun profesional. Akan tetapi tidak semua ODHA menjadikan keluarga sebagai sumber dukungan. Oleh karena itu, ketika ODHA membutuhkan dukungan emosi, keberadaan sumber dukungan tersebut tidak selalu ada sehingga ODHA merasa kurang puas. Walaupun responden berada dalam pendampingan LSM, akan tetapi dukungan emosi yang dibutuhkan oleh responden belum tentu dapat terpenuhi seutuhnya oleh LSM tersebut. Hal ini dikarenakan oleh banyaknya anggota kelompok dukungan tersebut, dukungan emosi yang diberikan tidak sesuai dengan yang dibutuhkan baik dari segi waktu maupun dukungan yang diberikan, dan bisa juga diakibatkan karena responden itu sendiri yang lebih bersifat tertutup dan tidak mampu menerima dukungan emosional yang telah diberikan orang lain.

Berdasarkan dukungan materi, penelitian ini juga menemukan hubungan yang kuat antara dukungan materi dengan tingkat stres pada penderita HIV/AIDS. Banyak faktor memengaruhi hal ini. Pertama, jumlah terbanyak yaitu IRT. IRT mempunyai sumber keuangan yang hanya berasal dari suaminya saja. Adanya dukungan materi yang diberikan, maka akan sangat membantu mereka meringankan beban ekonomi. Selain itu, mayoritas responden sudah tergolong lama terdiagnosis. Semakin lama seseorang terinfeksi HIV maka akan semakin banyak masalah yang timbul, contohnya masalah karena penyakit penyerta. Hal tersebut dapat menyebabkan biaya yang dibutuhkan akan semakin tinggi.

Rerata responden merupakan kelompok usia dewasa muda. Pada dewasa muda seseorang mulai memiliki banyak tanggung jawab seperti tanggung jawab terhadap kondisi keluarganya.

Sehingga membutuhkan dukungan materi ini. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Tang (2001) yang meneliti terhadap 410 orang yang menderita HIV/AIDS juga menemukan hubungan yang kuat antara dukungan materi dengan tingkat stres. Earnshaw, Lang, Lippitt, Jin, dan Chaudoir (2015) menemukan dukungan sosial berupa instrumen, dukungan yang didapat dari komunitas, dan *social support*, *perceived community support*, dan sentralitas identitas HIV yang menyangga peserta berhubungan dengan stigma yang diantisipasi dan gejala HIV.

Pada dukungan informasi, menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan informasi dengan tingkat stres yang dialami oleh penderita HIV/AIDS. Hal ini karena dukungan informasi yang diterima oleh ODHA pada penelitian ini tidak sesuai dengan yang dibutuhkannya, atau juga karena dukungan informasi yang diterima membingungkan atau juga dapat karena informasi yang diterima kurang dapat dipahami oleh ODHA itu sendiri. Hal ini didukung oleh pernyataan Campbell, Mamame, Nair, dan Sybia (2005) yang mengatakan bahwa kurangnya informasi, atau informasi yang salah, atau informasi yang membingungkan dapat membawa respon negatif bagi ODHA. Hal ini diperkuat oleh laporan dari Khamarko dan Myers (2013) yang menyebutkan bahwa dukungan sosial, termasuk dukungan informasi akan memberikan dampak yang baik bagi ODHA dan keluarganya.

Berdasarkan dukungan persahabatan, penelitian ini mendapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan persahabatan dengan tingkat stres penderita HIV/AIDS. Hasil ini tentu tidak sejalan dengan studi sebelumnya yang melaporkan adanya hubungan antara dukungan sosial, berupa pertemanan dengan tingkat stres ODHA (Casale & Wild, 2013; Earnshaw, et al., 2015; Khamarko & Myers, 2013). Hasil ini dapat terjadi karena berbagai sebab, termasuk karena tingkat stres pada tiap orang dapat berbeda.

Banyaknya anggota kelompok membuat perlakuan terhadap ODHA terkadang tidak sesuai dengan yang dibutuhkannya. Responden juga ada yang melakukan pekerjaan sambil di malam hari sebagai pekerja seks dan mayoritas ODHA di Kota Depok saat ini juga terdapat pada kelompok laki seks laki. Tidak semua orang dapat menerima hal ini. Stigma terhadap beberapa hal tersebut juga masih tinggi. Walaupun ODHA tersebut mendapat dukungan persahabatan dari LSM, akan tetapi dukungan persahabatan lainnya tidak terpenuhi. ODHA juga susah untuk mencari pekerjaan dan rentan kehilangan pekerjaan. Sehingga rasa memiliki atau tergabung dalam suatu kelompok pekerjaan yang dimiliki ODHA rendah dan dapat meningkatkan stres pada ODHA tersebut.

Beberapa keterbatasan penelitian ini antara lain penggunaan kuesioner PSS-HIV. Alat ini belum pernah digunakan di Indonesia sehingga perlu diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia. Sayangnya, proses penerjemahan ini tidak melalui prosedur standar. Penelitian ini juga tidak menguji variabel lain yang berkaitan dengan dukungan sosial, seperti sumber dukungan dan status pernikahan responden. Faktor lain yang dapat memengaruhi tingkat stres pada ODHA, yang kemungkinan menjadi faktor perancu juga tidak diteliti.

Kesimpulan

Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan tingkat stres penderita HIV/AIDS. Hanya dukungan materi yang mempunyai hubungan signifikan dengan tingkat stres. Dukungan emosi, materi, informasi, dan persahabatan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat stres.

Hasil penelitian ini merekomendasikan dukungan sosial bagi ODHA untuk mengurangi tingkat stres. Akan tetapi, penelitian selanjutnya perlu dilakukan untuk menguji faktor lain yang berhubungan dengan dukungan sosial dan tingkat stres pada ODHA dengan jumlah sampel

yang lebih besar. Meskipun mungkin sulit, tetapi penelitian pada ODHA yang belum mendapatkan pendampingan LSM juga perlu dilakukan (AW, INR).

Referensi

- Abrefa-Gyan, T., Wu, L., & Lewis, M.W. (2015). Social support and support groups among people with HIV/AIDS in Ghana. *Social Work in Health Care*, 55 (2), 144–160. doi: 10.1080/00981389.2015.1084969.
- Agustanti, D. (2006). *Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup ODHA* (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- British Broadcasting Cooperation (BBC). (2015). *Data Kemenkes: Ibu rumah tangga tertinggi HIV*. Diperoleh dari http://www.bbc.com/indonesia/beritaindonesia/2015/12/151130_indonesia_hiv_iburumahtangga.
- Berman, A.T., Snyder, S., & Frandsen, G. (2015). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing: Concept, process and practice* (10th Ed.). Cambridge: Pearson Publisher UK.
- Campbel, C., Mamame, S., Nair, Y., & Sybia, Z. (2005). *Understanding and challenging HIV/AIDS*. South Africa: HIVAN. Diperoleh dari <http://eprints.lse.ac.uk/12270/>
- Casale, M., & Wild, L. (2013). Effects and processes linking social support to caregiver health among HIV/AIDS-affected carer-child dyads: A critical review of the empirical evidence. *AIDS and Behavior*, 17 (5), pp 1591–1611. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0275-1>
- Earnshaw, V. A., Lang, S. M., Lippitt, M., Jin, H., & Chaudoir, S. R. (2015). HIV stigma and physical health symptoms: Do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources? *AIDS and Behavior*, 19 (1), 41–49. <http://doi.org/10.1007/s10461-014-0758-3>
- Freeman, E., & Anglewicz, P. (2012). HIV prevalence and sexual behaviour at older ages in rural Malawi. *International Journal of STD & AIDS*, 23 (7), 490–496. <http://doi.org/10.1258/ijsa.2011.011340>
- Kaijage, T., & Wexler, S. (2010). The influence of stress and social support on adherence to health promotion strategies by people living with HIV/AIDS in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of HIV/AIDS & Social Service*, 9, 220–339.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Infodatin: Situasi dan analisis HIV/AIDS*. Diperoleh dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/Infodatin%20AIDS.pdf>.
- Khamarko, K., & Myers, J.J. (2013). The Influence of social support on the lives of HIV-infected individuals in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization. Diperoleh dari http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93529/1/WHO_HIV_2013.51_eng.pdf
- Kose, S., Mandiracioglu, A., Mermut, G., Kaptan, F., & Ozbel, Y. (2012). The social and health problems of people living with HIV/AIDS in Izmir, Turkey. *The Eurasian Journal of Medicine*, 44 (1), 32–39. <http://doi.org/10.5152/eajm.2012.07>
- Kusuma, H. (2011). *Hubungan Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta* (Tesis Magister, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok – Jawa Barat.
- Lyons, S.J., & Gillis, J.R. (2010). *The role of social support and psychological resources in depression in people living with HIV/AIDS: Examining the mediating role of mastery and self-esteem* (Unpublished dissertation, Department of Adult Education and Counselling Psychology). University of Toronto, Canada. Diperoleh dari <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/24230>.

- Natalya, W. (2006). *Mekanisme dan strategi coping orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dalam menghadapi stres akibat penyakitnya di Yogyakarta* (Tesis, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Rachmanissa, K. (2013). *Hubungan kelompok dukungan sebaya terhadap kepatuhan terapi antiretroviral (ARV) pada penderita HIV&AIDS di Jakarta Timur* (Skripsi, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Sarafino, E., & Smith, T.W. (2012). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (7th Ed.). New York: Jhon Wiley & Sons. INC Pte Ld.
- Tang, H. (2001). *Impact of social support and stress on health-related quality of life among people living with HIV and Aids* (Unpublished Master Thesis). University of Alabama, Birmingham.
- Vreeman, R.C., Scanlon, M.L., McHenry, M.S., & Nyandiko, W.M. (2015). The physical and psychological effects of HIV infection and its treatment on perinatally HIV-infected children. *Journal of the International AIDS Society*, 18 (7 Suppl 6), 20258. <http://doi.org/10.7448/IAS.18.7.20258>
- Waluyo, A., Nurachmah, E., & Rosakawati, R. (2006). Persepsi pasien dengan HIV/AIDS dan keluarganya tentang HIV/AIDS dan stigma masyarakat terhadap pasien HIV/AIDS. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 10 (2), 61–69. doi: <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v10i2.175>
- Widyanti, K. (2008). *Hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan menjalani terapi antiretroviral pada orang dengan HIV/AIDS*. (Skripsi, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.

KEJADIAN *EXCESSIVE DAYTIME SLEEPINESS* (EDS) DAN KUALITAS TIDUR PADA MAHASISWA KESEHATAN

Destabambangafira*, Tuti Nuraini

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: destabambangafira@gmail.com

Abstrak

Kejadian *Excessive Daytime Sleepiness* (EDS) merupakan gejala yang timbul dari kecenderungan untuk merasakan kantuk yang berlebihan pada periode terjaga. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara kejadian EDS dengan kualitas tidur pada mahasiswa baru di rumpun ilmu kesehatan. Desain penelitian ini adalah dengan pendekatan potong lintang menggunakan sampel mahasiswa Rumpun Ilmu Kesehatan sebesar 107 responden yang dipilih dengan teknik *proportional stratified random sampling*. Kejadian EDS diukur menggunakan kuesioner *Epworth Sleepiness Scale* (ESS), sedangkan kualitas tidur diukur menggunakan kuesioner *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi kejadian EDS dan kualitas tidur yang buruk cukup tinggi terjadi pada mahasiswa. Sebanyak 52 orang (48,6%) mengalami EDS dan sebanyak 80 orang (74,8%) memiliki kualitas tidur yang buruk. Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan ($p = 0,617 : \chi^2 = 0,249$) antara kejadian *Excessive Daytime Sleepiness* dan kualitas tidur, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait faktor-faktor yang dapat memengaruhi kejadian EDS dan kualitas tidur. Selain itu, upaya promotif dan preventif dapat dilakukan untuk mencegah masalah kesehatan akibat kualitas tidur yang buruk.

Kata kunci: *excessive daytime sleepiness*, kualitas tidur, mahasiswa kesehatan

Abstract

The Incidence of Excessive Daytime Sleepiness and Quality of Sleeping in Health Students. *Excessive Daytime Sleepiness (EDS) is a symptom that arises from the tendency to feel excessive sleepiness during the awake period. This study aimed to identify the relationship between excessive daytime sleepiness and sleep quality among first year students at faculty of health sciences. This study used cross sectional design, involving 107 samples of students from the faculty of health science at University of Indonesia. Samples were selected by proportional stratified random sampling. EDS was measured by using Epworth Sleepiness Scale (ESS) while sleep quality was measured by using Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The results shows that the prevalence of EDS and poor sleep quality is high enough among college students. A total of 52 people (48.6%) experienced EDS and as many as 80 people (74.8%) had poor sleep quality. The result showed that there was no significant relationship ($p = 0.617 : \chi^2 = 0.249$) between excessive daytime sleepiness and sleep quality, so further studies are required to identify factors affecting sleep quality or contributing to the incidence of EDS. This study recommended health promotion as a preventive effort to reduce the number of EDS and to increase students sleep quality.*

Keywords: *excessive daytime sleepiness, sleep quality, health students*

Pendahuluan

Tidur merupakan sebuah proses biologis yang terjadi pada setiap individu. Tidur diperlukan oleh tiap individu untuk menjaga keseimbangan dirinya, baik dari segi kesehatan fisik, mental, maupun emosional. Kebutuhan tidur merupakan kebutuhan dasar yang terdapat pada

tingkatan pertama hirarki Maslow (Potter & Perry, 2009).

Kebutuhan tidur normal berbeda pada tiap individu. Selain kuantitas tidur, kualitas tidur yang baik juga perlu diperhatikan oleh tiap individu. Komponen kualitas tidur meliputi mutu tidur, latensi tidur/ waktu memulai tidur,

durasi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur, dan terganggunya aktivitas akibat masalah tidur (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989). Salah satu penyebab dari kualitas tidur yang buruk adalah *Excessive Daytime Sleepiness* (EDS). EDS merupakan sebuah gangguan neurologis yang menyebabkan rasa kantuk yang berlebihan di siang hari. Menurut *National Sleep Foundation*, EDS disebabkan oleh beberapa faktor seperti *Obstructive Sleep Apnea* (OSA), insomnia, dan berbagai gangguan tidur lainnya.

Prevalensi tertinggi kejadian kantuk di siang hari yang berlebihan terjadi pada remaja, orang tua, dan pekerja shift (Pagel, 2009). Kantuk berlebihan di siang hari juga terjadi di kalangan mahasiswa. Sebuah penelitian mengidentifikasi 50% mahasiswa mengalami EDS dan 70% mahasiswa mengalami tidur yang tidak adekuat (Hershner & Chervin, 2014). Dampak dari kedua hal tersebut dapat memengaruhi kemampuan belajar, gangguan pada *mood*, dan kecelakaan kendaraan bermotor. Sebuah studi menyatakan bahwa 70% mahasiswa mengalami kualitas tidur yang buruk (Hershner & Chervin, 2014). Penelitian yang melibatkan 620 responden mahasiswa sarjana di Hong Kong, teridentifikasi 72,7% mahasiswa mengalami privasi tidur (Tsui & Wing, 2009).

Mahasiswa merupakan kelompok usia yang memiliki *stressor* dan memengaruhi pola tidur di malam hari. Mahasiswa tingkat awal merupakan kelompok mahasiswa yang harus beradaptasi dengan lingkungan baru, teman-teman baru, dan tanggung jawab baru. Studi menunjukkan bahwa banyak mahasiswa tahun pertama yang mengalami kesulitan dengan transisi dari SMA ke perguruan tinggi (Higher Education Research Institute UCLA, 2004; Kadison & DiGeronimo, 2004; Sax, Bryant, & Gilmartin, 2002 dalam Alipuria, 2007).

Data menunjukkan mahasiswa tahun pertama memiliki jam tidur yang lebih buruk dibandingkan dengan mahasiswa tahun ketiga dan keempat (Blank, 2015). Hal ini dapat disebab-

kan oleh masa adaptasi dalam hal akademis. Oleh karena itu, pertanyaan yang diajukan adalah bagaimana gambaran kejadian EDS dan kualitas tidur dan hubungan antara kejadian EDS dengan kualitas tidur pada mahasiswa tahun pertama.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* yang dilakukan pada mahasiswa baru program sarjana reguler Rumpun Ilmu Kesehatan (RIK) pada bulan April–Mei 2016 dengan total responden sebanyak 107 orang. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *probability sampling* dengan teknik *stratified random sampling*.

Kuesioner terdiri dari 3 bagian, yaitu A untuk data demografi, B untuk mengukur kejadian *Excessive Daytime Sleepiness* (EDS), dan C untuk mengukur kualitas tidur. *Epworth Sleepiness Scale* (ESS) merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengukur kejadian EDS. Sementara itu, *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) merupakan kuesioner yang digunakan untuk menilai kualitas tidur responden. Kedua kuesioner tersebut kemudian akan diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dan hasilnya akan diukur sesuai dengan ketentuan baku yang berlaku.

Sebelum digunakan, kedua kuesioner tersebut telah diuji validitas dan reliabilitasnya pada 30 orang mahasiswa S1 Reguler angkatan 2015 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas X. Berdasarkan tabel nilai *product moment*, untuk jumlah responden sebanyak 30 orang dan taraf signifikansi yang diperlukan adalah 0,361. Hasil uji validitas pada kuesioner ESS menunjukkan bahwa semua item pertanyaan valid ($r \geq 0,361$). Sementara itu, untuk kuesioner PSQI, terdapat 1 item pertanyaan yang tidak valid mengenai penggunaan obat tidur. Hasil uji reliabilitas kedua kuesioner tersebut, menunjukkan kedua kuesioner adalah reliabel untuk digunakan.

Penelitian ini menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk melihat persebaran dari data demografi, variabel independen, dan variabel dependen. Sementara itu, analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara kejadian EDS dan kualitas tidur. Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil

Hasil penelitian menjelaskan karakteristik usia responden. Nilai tengah usia responden adalah 18 tahun. Usia responden termuda 17 tahun dan usia tertua 20 tahun. Data karakteristik responden menunjukkan responden terbanyak berjenis kelamin perempuan (77,6%), berasal dari Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) (35,5%), dan tinggal di asrama/kost (53,3%).

Tabel 1 menunjukkan jumlah responden yang tidak mengalami EDS sedikit lebih banyak,

yaitu sebesar 51,4%. Tabel 2 menjelaskan distribusi frekuensi kejadian EDS dan karakteristik responden. Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, perempuan menunjukkan hasil lebih banyak mengalami EDS dibandingkan dengan laki-laki. Karakteristik fakultas menunjukkan hanya Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) yang memiliki responden dengan jumlah yang mengalami EDS lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak mengalami EDS. Sementara itu, karakteristik status tinggal menunjukkan bahwa responden yang tinggal di asrama/kost lebih banyak yang mengalami EDS dibanding dengan yang tinggal di rumah orang tua.

Tabel 3 menjelaskan distribusi frekuensi kualitas tidur responden secara umum. Responden dengan kualitas tidur yang buruk berjumlah lebih banyak yaitu 80 orang (74,8%) dan responden dengan kualitas tidur yang baik berjumlah 27 orang (25,2%).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Kejadian EDS secara Umum

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Kejadian EDS		
a. Mengalami EDS	52	48,6
b. Tidak Mengalami EDS	55	51,4
Total	107	100

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Kejadian EDS Berdasarkan Karakteristik Responden

Variabel	Kejadian EDS				Total
	Mengalami EDS		Tidak EDS		
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Jenis Kelamin					
a. Laki-laki	10	11,7	14	12,3	24
b. Perempuan	42	40,3	41	42,7	83
Fakultas					
a. FK	9	11,2	14	11,8	23
b. FKG	8	8,3	9	8,7	17
c. FIK	12	8,3	5	8,7	17
d. FKM	17	18,5	21	19,5	38
e. FF	6	5,8	6	6,2	12
Status Tinggal					
a. Asrama/ Kost	32	27,7	25	29,3	57
b. Rumah Orang Tua	20	24,3	30	25,7	50

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kualitas Tidur secara Umum

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Kualitas Tidur		
a. Kualitas Tidur Baik	27	25,2
b. Kualitas Tidur Buruk	80	74,8
Total	107	100

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Kualitas Tidur Berdasarkan Karakteristik Responden

Variabel	Kualitas Tidur				Total
	Baik		Buruk		
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Jenis Kelamin					
a. Laki-laki	10	6,1	14	17,9	24
b. Perempuan	17	20,9	66	62,1	83
Fakultas					
a. FK	8	5,8	15	17,2	23
b. FKG	8	4,3	9	12,7	17
c. FIK	1	4,3	16	12,7	17
d. FKM	6	9,6	32	28,4	38
e. FF	4	3,0	8	9,0	12
Status Tinggal					
a. Asrama/ Kost	16	14,4	41	42,6	57
b. Rumah Orang Tua	39	37,4	11	12,6	50

Tabel 5 Distribusi Hubungan Kejadian EDS dan Kualitas Tidur

Variabel	Kualitas Tidur		Total	p
	Buruk	Baik		
	n (%)	n (%)		
Mengalami EDS	40 (37,4)	12 (11,2)	52	0,617
Tidak Mengalami EDS	40 (37,4)	15 (14)	55	
Total	80 ((74,8)	27 (25,2)	107	

Tabel 4 menampilkan distribusi frekuensi kualitas tidur berdasarkan karakteristik responden. Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, perempuan cenderung memiliki kualitas tidur yang buruk dibandingkan dengan laki-laki. Karakteristik fakultas menunjukkan bahwa tiap fakultas di RIK Universitas X memiliki jumlah responden dengan kualitas tidur yang buruk lebih banyak dibandingkan dengan responden yang memiliki kualitas tidur yang baik. Sementara itu, karakteristik status tinggal menunjukkan bahwa responden yang tinggal di asrama/

kost cenderung memiliki kualitas tidur yang buruk dibandingkan dengan responden yang tinggal di rumah orang tua.

Tabel 5 menunjukkan hasil analisis antara kejadian EDS dengan kualitas tidur. Uji statistik yang dilakukan yaitu uji *Chi-Square*. Berdasarkan hasil uji *Chi-Square* diperoleh nilai p sebesar 0,617. Nilai α yang digunakan pada penelitian ini adalah 0,05 Hal ini menyatakan bahwa nilai $p >$ nilai α ($p = 0,617$; $\chi^2 = 0,249$) sehingga H_0 diterima. Keputusan H_0 diterima

memberikan makna bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian EDS dengan kualitas tidur pada mahasiswa baru program sarjana reguler RIK.

Pembahasan

Berdasarkan data karakteristik responden, usia responden berada pada rentang usia 17–20 tahun dengan rata-rata usia responden adalah 18,47 tahun dan nilai tengah 18 tahun. Rentang usia 17–20 tahun termasuk dalam kelompok usia remaja akhir (Potter & Perry, 2009). Sebuah penelitian mengenai gangguan tidur pada mahasiswa juga menyatakan bahwa bahwa usia responden berada pada rentang 18–24 tahun (Thomas, 2014). Penelitian ini menunjukkan bahwa mahasiswa RIK telah sesuai dengan subjek penelitian yang dipilih, yaitu mahasiswa tahun pertama yang termasuk pada kategori kelompok usia remaja akhir.

Berdasar karakteristik jenis kelamin, jumlah responden didominasi oleh responden perempuan. Dominasi proporsi jumlah perempuan di rumpun kesehatan pada sejumlah penelitian yang pernah dilakukan, sejalan dengan fakta bahwa profesi kesehatan lebih didominasi oleh perempuan karena diidentikan dengan kemampuan *caring*, tingkat kesabaran, ketelatenan, dan ketelitian yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki (Pangesti, 2012). Penelitian lain di Pakistan juga mengatakan bahwa tingkat motivasi berdasarkan hierarki Maslow menunjukkan bahwa perempuan memiliki motivasi yang lebih tinggi untuk memasuki pendidikan kesehatan dibanding dengan laki-laki (Akhlaq & Arouj, 2014).

Pada penelitian ini, dari total 140 orang responden terdapat 77 orang responden (55%) mengalami EDS. Prevalensi yang cukup besar pada kejadian EDS ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor pada mahasiswa, seperti kelelahan fisik akibat aktifitas pada saat kuliah dan durasi tidur yang minim. Namun, terdapat perbedaan alat dan instrumen yang digunakan pada penelitian yang dilakukan kepada maha-

siswa FKIK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Selain menggunakan kuesioner ESS, penelitian yang dilakukan oleh Tubagus (2013) juga menggunakan *Obstructive Sleep Apnea/Hypopnea Syndrome Score* (OSAHS score) dan pemeriksaan fisik. Berbagai faktor dapat memengaruhi kejadian EDS pada tiap individu. Sebuah penelitian yang dilakukan pada populasi multi etnik di Asia menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi kejadian EDS, antara lain, perilaku tidur, jenis pekerjaan, dan faktor medis terkait perbedaan etnis yang signifikan (TP & WC, 2005).

Pada penelitian ini, distribusi kejadian EDS berdasar karakteristik responden menunjukkan bahwa responden perempuan lebih banyak yang mengalami EDS. Hal ini terkait dengan gangguan tidur pada perempuan menyebutkan bahwa perempuan lebih cenderung memiliki keluhan tidur daripada laki-laki karena terjadinya perubahan hormon sepanjang rentang kehidupan seorang perempuan (Philips, Collop, Drake, Consens, Vgontzas, & Weave, 2015). Penelitian lain terkait faktor risiko EDS dan kelelahan pada perempuan menyebutkan bahwa tekanan psikologis dan insomnia membuat perempuan lebih rentan mengalami kelelahan dan EDS (Haglow, Lindbergh, & Janson, 2006).

Kualitas tidur mahasiswa pada penelitian ini cenderung memiliki kualitas tidur yang buruk. Penelitian lain yang membahas mengenai gambaran kualitas tidur pada mahasiswa program sarjana Universitas Indonesia melaporkan bahwa dari total 130 responden, sebanyak 81% responden mengalami kualitas tidur yang buruk (Windari, 2013). Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Blank (2015) pada 312 responden mahasiswa tahun pertama Universitas Arizona. Penelitian ini memperoleh hasil bahwa terdapat 54% mahasiswa memperoleh skor PSQI > 5. Hal ini mengindikasikan kualitas tidur yang buruk pada mahasiswa tahun pertama. Kualitas tidur yang buruk pada mahasiswa tahun pertama dapat disebabkan oleh perubahan ritme tidur –

bangun antara masa sekolah menengah dengan masa perkuliahan. Mahasiswa cenderung memiliki tidur yang lebih singkat dan jam tidur yang lebih larut dibandingkan dengan kelompok populasi lain (Blank, 2015).

Kualitas tidur berdasar karakteristik responden menunjukkan bahwa responden perempuan cenderung mengalami kualitas tidur yang buruk. Kualitas tidur perempuan yang cenderung buruk, sangat dipengaruhi oleh suasana hati, rasa cemas, dan gejala depresi yang menyebabkan perempuan memiliki risiko 40% lebih besar untuk mengalami insomnia (Zhang & Wing, 2006 dalam Mong, et al., 2011). Selain itu, responden yang tinggal di asrama/kost juga cenderung memiliki kualitas tidur yang buruk. Penelitian Edens (2006) mengenai hubungan antara kebiasaan tidur dengan motivasi akademik, bahwa terdapat hubungan status tempat tinggal mahasiswa dengan kualitas tidur. Mahasiswa yang tinggal di lingkungan kampus cenderung memiliki kualitas tidur yang buruk dibandingkan dengan mahasiswa yang tinggal di lingkungan luar kampus.

Hasil analisis statistik terkait dengan hubungan kejadian EDS dan kualitas tidur menunjukkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kejadian EDS dan kualitas tidur pada mahasiswa baru program sarjana reguler RIK. Hal ini tidak sejalan dengan dua penelitian yang pernah dilakukan pada mahasiswa kedokteran di India dan Malaysia terkait dengan kejadian EDS dan kualitas tidur. Sebuah penelitian terkait dengan kebiasaan tidur dan masalah tidur pada mahasiswa kedokteran di *Pravara Institute* menyebutkan bahwa terdapat korelasi bermakna antara durasi tidur dan kejadian EDS ($p < 0,001$) (Giri, Baviskar, & Phalke, 2013).

Perbedaan penelitian yang telah dilakukan peneliti dengan dua penelitian sebelumnya dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Pada dua penelitian sebelumnya, terdapat perbedaan kuesioner yang digunakan. Selain itu, data demografi berupa BMI dan *lifestyle* (merokok,

konsumsi alkohol, dan konsumsi kafein) juga merupakan dua komponen yang dapat menyebabkan perbedaan hasil dengan penelitian sebelumnya.

Sebuah penelitian mengenai validitas konstruk dan faktor struktur kuesioner PSQI dan ESS pada skala multi-nasional di Afrika, Asia Timur dan Amerika Selatan, menunjukkan perbedaan hasil dari kedua kuesioner tersebut (Gelaye, et al., 2014). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa etnis Malaysia dan China lebih rentan mengalami kejadian EDS dibandingkan dengan etnis India (TP & WC, 2005). Selain itu, kedua kuesioner tersebut merupakan kuesioner yang penilaiannya bersifat subjektif tergantung pada interpretasi responden penelitian. Berdasarkan pengolahan data yang dilakukan, pada poin nomor 9 kuesioner PSQI, responden cenderung menilai kualitas tidurnya baik, padahal jika dihitung secara keseluruhan, sebagian besar responden memiliki kualitas tidur yang buruk (skor PSQI > 5).

Penilaian secara subjektif ini tentunya akan memengaruhi hasil analisis dari kedua kuesioner yang digunakan. Pada tabel 5 dapat terlihat bahwa terdapat jumlah yang sama besar antara responden yang mengalami EDS dan tidak mengalami EDS dengan kualitas tidur yang buruk. Selain merupakan masalah klinis, EDS juga merupakan masalah yang cukup banyak tersebar di masyarakat, dengan estimasi prevalensi setinggi 18%. Banyak faktor yang berkontribusi terhadap kejadian EDS, meliputi kurang tidur kronis, *sleep hygiene* yang buruk, peningkatan BMI, peningkatan usia, dan variasi anatomi yang mempersempit saluran udara bagian atas. Namun, masih sulit untuk mengidentifikasi terkait faktor-faktor risiko yang signifikan terhadap kejadian EDS (Slater & Steir, 2012).

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat terlihat bahwa prevalensi kejadian EDS dan kualitas tidur yang buruk cukup tinggi terjadi pada

mahasiswa tahun pertama rumpun ilmu kesehatan. Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kejadian *Excessive Daytime Sleepiness* dan kualitas tidur, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait faktor-faktor yang dapat memengaruhi kejadian EDS dan kualitas tidur. Selain itu, upaya promotif dan preventif dapat dilakukan untuk mencegah masalah kesehatan akibat kualitas tidur yang buruk (JH, DG, TN).

Referensi

- Akhlaq, B.A., & Arouj, K. (2014). Study on the self esteem and strength of motivation of medical students. *International Journal of Bussiness, Humanities and Technology*, 4 (5), 58–63.
- Alipuria, A.K. (2007). First-year college student decision making: How freshmen respond to the stress of the college transition (Order No. 3299567). *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (30487955). Diperoleh dari <http://search.proquest.com/docview/304879955/D30DD04C53844280PQ/1?accountid=17242>
- Blank, Y. (2015). The effects of changes in sleep schedule variability on first-year college student (Order No. 3713872). *ProQuest Dissertations & These Global*. (1722476239). Diperoleh dari <http://search.proquest.com/docview/1722476239/7D6F8C6B326843FDPQ/1?accountid=17242>
- Buyse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatric Research*, 28 (2), 193–213.
- Edens, K.M. (2006). The relationship of university students sleep habits and academic motivation. *NASPA Journal*, 43 (3), 432–445.
- Gelaye, B., Lohsoonthorn, V., Lertmeharit, S., Pensuksan, W.C., Sanchez, S.E., Lemma, S., Berhane, Y., Zhu, X., Velez, J.C., Barbosa, C., Anderade, A., Tadesse, M.G., Williams, M.A. (2014). Construct validity and factor structure of the pittsburgh sleep quality index and epworth aleepiness scale in a multi-national study of African, South East Asian and South American College Students. *PLoS ONE*, 9 (2), e116383. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116383>
- Giri, P.A., Baviskar, M.P., & Phalke, D.B. (2013). Study of sleep habits and sleep problems among medical students of Pravara Institute of Medical Sciences Loni, Western Maharashtra, India. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3 (1), 51–54.
- Haglow, J.T., Lindberg, E., Janson, C. (2006). What are the important risk factors for daytime sleepiness and fatigue in women? *Sleep*, 29 (6).
- Hershner, S.D., & Chervin, R.D. (2014). Causes and consequences of sleepiness among college students. *Nature and Science of Sleep*, 6, 73–84.
- Mong, J.A., Baker, F.C., Mahoney, M.M., Paul, K.N., Schwartz, M.D., Semba, K., Silver, R. (2011). Sleep, rhythms, and the endocrine vrain: Influence of sex and gonadal hormones. *The Journal of Neuroscience*, 31 (45), 16107–16116. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4175-11.2011
- Pagel, J.F. (2009). Excessive daytime sleepiness. *American Family Physician*, 79 (5), 391–396.
- Pangesti, A.D.H. (2012). *Gambaran tingkat pengetahuan dan tingkat aplikasi kesiapan bencana pada mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia* (Skripsi, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Philips, B.A., Collop, N.A., Drake, C., Consens, F., Vgontzas, A.n., Weaver, T.E. (2008). Sleep disorders and medical conditions in women. *Journal of Womens Health*. doi: 10.1089/jwh.2007.0561.
- Potter, P.A & Perry, A.G. (2009). *Fundamental of nursing* (7th Ed.). (Terjemahan). Jakarta: Salemba Medika

- Slater, G., & Steier, J. (2012). Excessive daytime sleepiness in sleep disorders. *Journal of Thoracic Disease*, 4 (6), 608–616. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2012.10.07.
- Thomas, S.J. (2014). a survey of sleep disorders in college students: A study of prevalence and outcomes (Order No. 3639271). *ProQuest Dissertations & These Global*. (1619605802). Diperoleh dari <http://search.proquest.com/docview/1619605802/D3270C3607424EEBPQ/1?accountid=17242>.
- TP, N., & WC, T. (2005). Prevalence and determinants of excessive daytime sleepiness in an Asian multi-ethnic population. *Sleep Medicine*, 6 (6), 523–529.
- Tsui, Y.Y., & Wing, Y.K. (2009). A study on the sleep patterns and problems of University Business Students in Hong Kong. *Journal of American College Health*, 58 (2), 167-176. doi: 10.1080/07448480903221418.
- Tubagus, N.E.N. (2013). *Prevalensi excessive daytime sleepiness (EDS) pada mahasiswa FKIK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta dengan menggunakan kuesioner epworth sleepiness scale (ESS) serta faktor risiko yang mempengaruhinya pada tahun 2013* (Skripsi, tidak dipublikasikan). FKIK UIN Syarif Hidayatullah, Jakarta.
- Windari, H. (2013). *Hubungan gambaran kualitas tidur mahasiswa Program Sarjana Universitas Indonesia* (Skripsi, tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.

KEMAMPUAN SPIRITUALITAS DAN TINGKAT STRES PASIEN DIABETES MELLITUS DI RUMAH PERAWATAN: STUDI PENDAHULUAN

Tiara Suciani, Tuti Nuraini*

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: tutinfik@gmail.com

Abstrak

Spiritualitas merupakan salah satu hal yang terpenting dalam hidup seseorang, termasuk bagi pasien diabetik. Spiritualitas digambarkan sebagai pengalaman yang paling tinggi, hubungan yang lebih mendalam yang dirasakan terhadap Tuhan, sesama, termasuk terhadap alam. Studi pendahuluan ini bertujuan mengidentifikasi hubungan antara kemampuan spiritualitas dan tingkat stres pasien diabetes yang melakukan perawatan luka di rumah perawatan. Penelitian potong lintang ini melibatkan sampel sebanyak 64 responden pasien diabetes di rumah perawatan di wilayah Jabodetabek, dengan teknik *consecutive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah modifikasi dari *Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality, Spiritual Involvement and Belief Scale Revised Version, Spiritual Health, and Life-Orientation Measure* dan kuesioner *Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan ($p = 0,219$; $p < 0,05$) antara kemampuan spiritualitas dan tingkat stres, namun secara klinis penelitian ini cukup bermakna karena responden dengan tingkat stres normal memiliki rerata kemampuan spiritualitas yang lebih tinggi dibanding kategori lainnya. Studi lanjutan perlu dilakukan untuk menguji hubungan factor lainnya terhadap kemampuan spiritual dan tingkat stress. Kemampuan spiritualitas pasien diabetik ini perlu lebih diperhatikan oleh seorang perawat ketika memberikan asuhan keperawatan pada pasien diabetikum sehingga dapat menunjang aspek lainnya yang berkontribusi dalam kemampuan perawatan diri pasien.

Kata kunci: kemampuan spiritualitas, pasien diabetes, tingkat stres

Abstract

The Ability of Spirituality and Stress Level of Patients with Diabetes Mellitus in Home Care Setting: A Preliminary Study. Spirituality is one of the important things in patients' life, including patients with diabetes. Spirituality is defined as the highest experience of a deeper connection feeling to God, others, and nature. This preliminary study aimed to identify the relationship between the ability of spirituality and stress level of diabetic patients in-home care setting. In this study, the design method was cross-sectional with 64 respondents of the diabetic patient at several home care settings in Jabodetabek area, which used consecutive sampling technique. The instrument used a modification of *Multidimensional Measure of Religiousness/ Spirituality, Spiritual Involvement and Belief Scale-Revised Version, Spiritual Health And Life-Orientation Measure* and questionnaires *Depression Anxiety Stress Scales*. The result showed that there was no significant relationship ($p = 0.219$; $p < 0.05$) between the ability of spirituality and stress levels, but this research was clinically significant because the respondents with normal stress levels have a higher average spiritual capability than other categories. Further study need to undertake to determine the relationship between the other factors toward spirituality ability and the stress level. The ability of spirituality of patient with diabetes needs more attention by a nurse when providing nursing care to the diabetic patient to support other aspects that contribute in the patient self-care capability.

Keywords: diabetic patients, spirituality, stress level

Pendahuluan

Penyakit diabetes mellitus adalah penyakit kronis progresif yang ditandai dengan ketidak-

mampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein, mengarah ke hiperglikemia atau kadar glukosa darah yang tinggi (Black & Hawks, 2008/2014).

Menurut *International Diabetes Federation* (IDF) orang yang hidup dengan diabetes pada tahun 2013 diperkirakan sekitar 382 juta orang dan akan terus meningkat jumlahnya menjadi 592 juta orang pada tahun 2035 di seluruh dunia. Data juga menunjukkan lebih dari 80% kematian akibat diabetes terjadi di negara dengan pendapatan rendah dan sedang (IDF, 2015).

Menurut data IDF (2015) di kawasan Pasifik Barat sebanyak 1,9 juta kematian disebabkan oleh penyakit diabetes mellitus, dan 45% diantaranya berusia di bawah 60 tahun. Hasil Riskeudas tahun 2013 jumlah penderita diabetes mellitus di Indonesia yang berusia di atas 15 tahun sekitar 12 juta orang (Kemenkes RI, 2014). Selain itu, proporsi penderita DM di perkotaan meningkat dari 6,8% di tahun 2007 menjadi 7% di tahun 2013. Untuk proporsi TGT (Toleransi Glukosa Terganggu) meningkat pesat dari 10,20% di tahun 2007 menjadi 29,9% di tahun 2013.

Seperti penyakit kronis lain, diabetes mellitus merupakan penyakit dengan waktu yang lama dan umumnya perkembangan penyakitnya lambat (WHO, 2014). Hal ini membuat individu menjadi mudah stres, karena setiap orang pada dasarnya rentan mengalami stres. Lebih dari 50 persen pasien kronis mengalami stres ringan sampai sedang, sesuai dengan beberapa hasil penelitian tentang tingkat stres pada pasien dengan penyakit kronik (Sandra, Dewi, & Dewi, 2012; Sofiana, Elita, & Utomo, 2012).

Stres berkepanjangan ini akan meningkatkan kerentanan terhadap penyakit karena hormon stres menghambat sel T dan aktifitas makrofag serta mengurangi jumlah limfosit yang beredar (Saladin, 2011). Jika hal ini terjadi tentunya akan semakin menurunkan sistem pertahanan tubuh terhadap penyakit sehingga menambah parah penyakit yang diderita. Selain itu stres adalah salah satu faktor yang memengaruhi proses penyembuhan luka. Gouin dan Kiecolt-Glaser (2011), dalam penelitiannya menunjukkan bahwa stres psikologis yang dialami pasien

akan memengaruhi oksitosin, glukokortikoid, katekolamin, dan perilaku hidup sehat sehingga menunda proses penyembuhan luka.

Stres dan penderitaan yang dialami setiap individu yang didiagnosis penyakit diabetes mellitus tentu berbeda, dan memiliki coping tersendiri. Individu menggunakan berbagai strategi coping untuk mengelola perasaan negatif yang mereka timbulkan. Makhija (2002) menjelaskan bahwa sumber coping saat individu merasakan sakit, dan merasakan penderitaan adalah agama dan spiritual. Agama dan spiritual dapat menjadi sumber harapan dalam menghadapi rasa sakit, perasaan depresi, dan perasaan menderita (Zehtab & Adib-Hajbaghery, 2014).

Gupta dan Anandarajah (2014) dalam penelitiannya mewawancarai 18 responden terkait peran spiritual terhadap diri dengan penyakit diabetesnya memperoleh hasil bahwa semua responden merasa nyaman saat membicarakan peran spiritualitas terutama mengenai kepercayaan dan harapan dalam menghadapi penyakit diabetes. Selain itu, terdapat peningkatan perawatan diri pada pasien diabetes, seperti kontrol gula darah pada pendidikan berbasis agama (Lynch, Hernandez-Tejada, & Egede, 2012). Hasil penelitian Ningrum (2014) menunjukkan bahwa sebanyak 92% responden mempunyai tingkat spiritualitas yang tinggi dan sisanya memiliki spiritualitas yang rendah. Hal ini menunjukkan umumnya pasien yang memiliki penyakit kronis mempunyai tingkat spiritualitas yang baik.

Penelitian yang menghubungkan antara kemampuan spiritualitas dan tingkat stres perlu dilakukan pada pasien diabetes. Sejauh ini penelitian tentang spiritualitas dan tingkat stres pada pasien diabetes mellitus masih berdiri sendiri-sendiri, dan penelitian pada pasien diabetes mellitus yang mendapat perawatan di rumah perawatan belum dilakukan dalam konteks Indonesia.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menguji hubungan kemampuan spiritualitas dengan ting-

kat stres pada pasien diabetes mellitus di rumah perawatan. Hipotesis dari penelitian ini yaitu terdapat hubungan antara kemampuan spiritualitas dan tingkat stres pada pasien diabetes.

Metode

Penelitian potong lintang ini dilakukan dengan melibatkan sebanyak 64 pasien diabetes mellitus sebagai responden. Pengambilan sampel menggunakan metode *consecutive sampling*. Penelitian dilakukan di Rumah Perawatan di Wilayah Jakarta, Tangerang, Bekasi, dan Bogor. Penelitian ini juga telah melalui prosedur administratif ada etik. Tidak ada *conflict of interest*, dan etika penelitian diterapkan dalam setiap tahap penelitian.

Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini yaitu *Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality*, dan *Spiritual Involvement and Belief Scale Revised Version* untuk mengukur kemampuan spiritualitas. Untuk mengukur tingkat stres menggunakan kuesioner *Depression Anxiety Stress Scales*. Masing-masing pernyataan diambil dari kuesioner tersebut, kemudian dimodifikasi, dan melalui prosedur penerjemahan ke dalam Bahasa Indonesia. Kuesioner spiritualitas terdiri dari 16 pernyataan dan

kuesioner tingkat stres terdiri dari 14 pernyataan, keduanya memakai skala likert.

Hubungan antara kemampuan spiritualitas dengan tingkat stres memakai uji anova satu arah. Proses asupan data dan analisis data dilakukan dengan bantuan program komputer.

Hasil

Karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan penggunaan insulin. Mayoritas responden berada pada rentang usia dewasa menengah atau usia 35–60 tahun (93,8%), berjenis kelamin perempuan (59,4%), berpendidikan sedang (50,0%), dan tidak menggunakan insulin (89,1%). Secara detail karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 1.

Pada Tabel 2 menjelaskan tentang distribusi frekuensi kemampuan spiritualitas dan masing-masing domain yang diukur. Rerata kemampuan spiritualitas pada responden di rumah perawatan sebesar 46,39, sedangkan pada masing-masing domain, reratanya adalah domain transenden 15,38, domain personal 11,92, domain komunal 11,09, dan domain lingkungan 8,00.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia		
a. Dewasa Awal	4	6,3
b. Dewasa Menengah	60	93,8
Jenis Kelamin		
a. Perempuan	38	59,4
b. Laki-laki	26	40,6
Tingkat Pendidikan		
a. Pendidikan rendah	26	40,6
b. Pendidikan sedang	32	50,0
c. Pendidikan tinggi	6	9,4
Penggunaan Insulin		
a. Menggunakan insulin	7	10,9
b. Tidak menggunakan insulin	57	89,1

Tabel 2. Kemampuan Spiritualitas Responden

Varibel	Rerata	SD	95% CI
Kemampuan spiritualitas	46,39	4,085	45,37;47,41
Domain spiritualitas			
a. Transenden	15,38	1,57	14,98;15,77
b. Personal	11,92	1,83	11,46;12,38
c. Komunal	11,09	1,38	10,75;11,44
d. Lingkungan	8,00	1,45	7,64;8,36

Tabel 3. Tingkat Stres Responden

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tingkat stres		
a. Normal	53	82,8
b. Stres ringan	8	12,5
c. Stres sedang	3	4,7
d. Stres Berat	0	0
e. Stres sangat berat	0	0

Tabel 4. Kemampuan Spiritualitas dan Tingkat Stres

		n	Rerata	SD	p
Tingkat stres	Normal	53	46,79	4,17	0,219
	Ringan	8	44,25	3,53	
	Sedang	3	45	2	

Tabel 3 merupakan distribusi frekuensi variabel tingkat stres. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 82,8% responden memiliki tingkat stres yang normal yaitu sebanyak 57 responden.

Tabel 4 menunjukkan bahwa hasil analisis hubungan antara kemampuan spiritualitas dengan tingkat stres. Uji statistik yang dilakukan yaitu uji anova. Responden dengan tingkat stres yang normal merupakan yang paling banyak diantara tingkatan yang lainnya dengan rerata kemampuan spiritualitas sebesar 46,79. Hasil uji analisis statistik didapatkan nilai $p= 0,219$ sehingga lebih dari nilai $\alpha (0,05)$, hal ini membuktikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kemampuan spiritualitas dengan

tingkat stres pada pasien diabetes mellitus yang mendapatkan perawatan di rumah perawatan wilayah Jabodetabek.

Pembahasan

Penelitian ini memilih usia dewasa sebagai responden. Kategori usia yang dipakai dibagi menjadi dua bagian yaitu dewasa muda dengan rentang umur 20 sampai 34 tahun, dan dewasa menengah dengan rentang usia 35 sampai 60 tahun.

Hasil penelitian ini melaporkan bahwa kemampuan spiritualitas responden dalam rentang skala yang baik. Skala tertinggi diperoleh pada domain transenden.

Rogers dan Wattis (2015) menyimpulkan spiritualitas sebagai dimensi pengalaman manusia yang khas, berpotensi kreatif dan universal, yang timbul baik dalam pengalaman subyektif batin individu maupun dalam komunitas, kelompok sosial dan tradisi. Ini mungkin dialami sebagai hubungan dengan apa yang disebut secara intim dalam "batin", imanen dan pribadi di dalam diri sendiri dan orang lain, dan atau sebagai suatu hubungan dengan apa yang disebut sepenuhnya "lain", transenden dan di luar diri. Ini juga dialami sebagai sesuatu yang mendasar atau sangat penting dan karena itu memperhatikan pada makna dan tujuan hidup, kebenaran dan nilai-nilai yang dianut.

Domain spiritualitas digambarkan beragam oleh banyak literature. Johnson, et al. (2011) menjelaskan bahwa domain spiritual mencakup coping spiritual, kesejahteraan spiritual, riwayat spiritual, iman dan kepercayaan, dan partisipasi religius. Fisher (2011) menjelaskan ada empat domain kesejahteraan spiritual yaitu domain personal yakni tempat seseorang intra-relasi dengan diri sendiri; domain komunal, dengan hubungan inter-personal yang mendalam; domain lingkungan, koneksi dengan alam; dan domain transendensi, relasi kepada sesuatu atau seseorang di atas level manusia.

Hasil penelitian ini dapat dipahami mengingat kondisi di Indonesia dengan masyarakat yang religius. "Ketuhanan yang maha Esa" merupakan sila pertama dari Pancasila sebagai dasar negara. Sebuah survei juga menunjukkan bahwa tenaga kesehatan di Indonesia memiliki tingkat religiusitas lebih tinggi dibandingkan koleganya dari Brasil dan India (Lucchetti, et al., 2016). Meskipun religiusitas dan spiritualitas merupakan hal yang berbeda tetapi seringkali tumpang tindih. Wattis dan Curran (2006), dalam konteks pelayanan kesehatan, agama itu berkaitan dengan kepercayaan dan ritual yang ditemukan dalam banyak bentuk keimanan dan seringkali dihubungkan dengan struktur kekuasaan. Definisi agama menurut mereka mencakup makna yang digunakan oleh manusia untuk berhubungan dengan Tuhan, seperti

sembahyang atau berdoa. Tumpang tindih terjadi karena masyarakat akan memandang keimanan mereka sebagai inti dari spiritualitas mereka. Namun, banyak yang akan menegaskan bahwa seseorang dapat menjadi spiritual tanpa religius, atau religius tanpa spiritual (Cook, Powell, & Sims, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan tingkat stres responden termasuk kedalam kategori normal yaitu sebanyak 53 responden (82,8%) dari total keseluruhan 64 responden. Kondisi ini menyimpulkan bahwa pasien diabetes mellitus yang di rumah perawatan tidak mengalami stres yang tinggi, karena masih dikatakan normal terjadi pada individu. Hasil ini berbeda dengan penelitian yang menyebutkan bahwa lebih dari 50 persen pasien kronis mengalami stres ringan sampai sedang (Sandra, et al., 2012; Sofiana, et al., 2012). Kondisi responden pada penelitian ini baik mengingat beberapa studi sebelumnya menyebutkan bahwa stres psikologis dapat meningkatkan konsentrasi gula darah pada pasien diabetes mellitus tipe 2 (Faulenbach, et al., 2012; Lloyd, Smith, & Weinger, 2005). Wiesli, et al. (2005) bahkan melaporkan bahwa pada pasien diabetes mellitus tipe 1, kondisi stress psikologis memperlambat penurunan gula darah selepas mendapat asupan makanan tetapi pada kondisi puasa tidak ditemukan gejala apapun.

Spiritualitas merupakan salah satu coping individu untuk menangani stres dan pengambilan keputusan pengobatan (Johnson, et al., 2011). Koenig (2012) menyebutkan spiritualitas mempunyai peranan penting dalam menurunkan stres. Penelitian kualitatif dari Gupta, et al. (2014) tentang peranan spiritualitas dalam manajemen kesehatan pada pasien diabetes menunjukkan terdapat peranan yang cukup signifikan. Hasil yang sama juga diungkapkan oleh Johnson, et al. (2011) bahwa kesejahteraan spiritual saat ini dan pengalaman religius masa lalu berhubungan dengan gejala kecemasan dan depresi. Hasil dari berbagai penelitian tersebut tidak sejalan dengan hasil penelitian ini. Walaupun secara uji statistika tidak terdapat hubungan yang bermakna, namun nilai rerata

kemampuan spiritualitas setiap tingkatan stres dapat dilihat bahwa nilai rerata yang paling tinggi masuk kedalam kategori stres normal, sehingga tampak bahwa responden dengan tingkat stres yang normal memiliki nilai rerata kemampuan spiritualitas yang paling tinggi dibandingkan responden dengan tingkat stres ringan dan sedang.

Perbedaan hasil ini dapat disebabkan karena beberapa hal. Mayoritas responden mengalami tingkat stres yang normal (82,8%) sehingga secara statistik kedua variabel tersebut tidak menunjukkan hubungan yang bermakna.

Perbedaan hasil penelitian ini juga kemungkinan karena besar sampel yang kecil dan sebaran karakteristik individu yang tidak merata. Usia responden relatif dalam kategori yang sama sehingga nilai kemampuan spiritualitasnya juga relatif sama. Chaves dan Gil (2015), melaporkan orang lanjut usia menyadari pentingnya kemampuan spiritualitas, dikaitkan dengan pengalaman hidup dan kapasitas mereka untuk beradaptasi terhadap keterbatasan, kehilangan dan kesulitan lainnya.

Hal lain yang kemungkinan menyebabkan tidak ditemukannya perbedaan tingkat stres responden karena mereka berada pada lingkungan yang sama, yaitu rumah perawatan. Dukungan dari keluarga yang membuat pasien memiliki semangat dan berusaha selalu berpikiran positif, serta pemberian dukungan, motivasi dari pemberi pelayanan kesehatan untuk terus meningkatkan ibadah dan selalu berpikiran positif.

Penelitian ini merupakan studi pendahuluan yang hanya melibatkan sejumlah kecil responden dan tidak melakukan uji korelasi terhadap faktor lain yang kemungkinan berhubungan dengan tingkat stres pasien diabetes di rumah perawatan, baik faktor internal maupun eksternal. Kemampuan spiritualitas juga belum mencakup aspek religiusitas yang kemungkinan tumpang tindih.

Hasil penelitian ini menegaskan pentingnya layanan keperawatan yang mencakup kebutuhan spiritual pasien. Hubungan spiritualitas dengan harapan, makna dan tujuan dalam hidup, kepercayaan dan nilai merupakan hal yang penting dalam praktik keperawatan. Hal ini membantu memenuhi kebutuhan untuk mempromosikan pendekatan yang berpusat pada pasien. Kunci untuk memberikan perawatan spiritual adalah dengan memahami arti spiritualitas bagi orang yang berarti (Gordon, Kelly, & Mitchell, 2011).

Roger dan Wattis (2014) mengatakan bahwa pendekatan yang berpusat pada pasien adalah pendekatan yang paling efektif dalam masyarakat multi-kultural, multi-agamatempat beberapa orang yang menganggap bahwa sains telah menyangkal Tuhan dan menemukan makna dan tujuan mereka di luar agama, sementara yang lain terus melakukannya melalui keyakinannya terhadap agama. Hal ini tentu penting dalam konteks masyarakat Indonesia yang menghubungkan setiap aspek kehidupan dengan keyakinan dan agamanya.

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kemampuan spiritualitas dan tingkat stres pasien diabetes mellitus di rumah perawatan, namun secara klinis penelitian ini cukup bermakna karena responden dengan tingkat stres normal memiliki nilai rerata kemampuan spiritualitas yang lebih tinggi daripada kategori tingkat stres lainnya. Hal ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi untuk meningkatkan dan menjaga kemampuan spiritualitas pasien dengan cara mengingatkan kepada Tuhan, alam, ataupun berbuat baik kepada sesama, serta menjaga kualitas pemberian manajemen stres pada pasien DM yang melakukan perawatan luka di rumah perawatan. Untuk meningkatkan dan menjaga kualitas tersebut tentu dibutuhkan staf perawat klinis yang mempunyai kompetensi cukup ting-

gi. Oleh karena itu, institusi pelayanan praktik keperawatan mandiri dapat memilih atau meningkatkan tingkat pendidikan stafnya agar keterampilan komunikasi, berpikir kritis, kepemimpinan, manajemen kasus, serta promosi kesehatan akan lebih baik (KK, YU, INR).

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terimakasih disampaikan kepada Kepala dan kolega perawat di Rumah Perawatan di Jabodetabek.

Referensi

- Black, J.M., & Hawks, J.H. (2014). *Keperawatan medikal bedah: Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan*. (R.A. Nampira, Yudhistira, S.C. Eka, penerjemah). Singapore: Elsevier. Buku asli diterbitkan tahun 2008.
- Chaves, L.J., & Gil, C.A. (2015). Older people's concepts of spirituality, related to aging, and quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (12), 3641–3652. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.19062014>
- Cook, C., Powell, A., & Sims, A. (Eds). (2010). *Spirituality and psychiatry*. London: RS Psych Publications.
- Faulenbach, M., Uthoff, H., Schwegler, K., Spinaz, G.A., Schmid, C., & Wiesli, P. (2012). Effect of psychological stress on glucose control in patients with Type 2 diabetes. *Diabet Med*, 29 (1), 128–131. doi: 10.1111/j.1464-5491.2011.03431.x.
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health, and well-being. *Religions*, 2 (4), 17–28. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/rel2010017>
- Gouin, J.P., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2011). The impact of psychological stress on wound healing: Methods and mechanisms. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 31(1), 81–93. <http://doi.org/10.1016/j.iac.2010.09.010>
- Gordon, T., Kelly, E., & Mitchell, D. (2011). *Spiritual care for healthcare professionals: Reflecting on clinical practice*. London: Radcliffe Publishing.
- Gupta, P.S., & Anandarajah, G. (2014). The role of spirituality in diabetes self-management in an urban underserved population: A qualitative exploratory study. *Rhode Island Medical Journal*, 97 (3), 31–35.
- International Diabetes Foundation. (2015). *Diabetes fact and figures*. Diperoleh dari <http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures>
- Johnson, K.S., Tulskey, J.A., Hays, J.C., Arnold, R.M., Olsen, M.K., Lindquist, J.H., & Steinhauer, K.E. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *Journal of General Internal Medicine*, 26 (7), 751–758. <http://doi.org/10.1007/s11606-011-1656-2>
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Diperoleh dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2013.pdf>
- Koenig, H.G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, Article ID 278730, 33. doi:10.5402/2012/278730
- Lucchetti, G., Ramakrishnan, P., Karimah, A., Oliveira, G.R., Dias, A., Rane, A., ... & Lucchetti, A.L.G. (2016). Spirituality, religiosity, and health: A comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(1): 63–70. DOI <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9491-1>
- Lloyd, C., Smith, J., & Weinger, K. (2005). Stress and diabetes: A review of the Links. *Diabetes Spectrum*, 18 (2), 121–127. <https://doi.org/10.2337/diaspect.18.2.121>
- Lynch, C.P., Strom, J.L., Hernandez-Tejada, M.A., & Egede, L.E. (2012). Association between spirituality and depression in adults with type

- 2 diabetes. *Diabetes Educ*, 38 (3), 427–435. doi: 10.1177/0145721712440335
- Makhija, N. (2002). Spiritual nursing. *The Nursing Journal of India*, 93 (6), 129–30.
- Ningrum, A.W. (2014). *Gambaran spiritualitas pada pasien diabetes mellitus di Puskesmas Kampung Baru Medan* (Skripsi, Tidak Dipublikasi). Universitas Sumatera Utara, Medan. Diperoleh dari: <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/45503>
- Rogers, M., & Wattis, J. (2015). Spirituality in nursing practice. *Nursing Standard*, 29 (39), 51. <http://dx.doi.org/10.7748/ns.29.39.51.e9726>
- Saladin, K. (2011). *Anatomy & physiology: The Unity of Form and Function* (6th Ed.). New York: The McGraw Hill Companies.
- Sandra, Dewi, W.N., & Dewi, Y.I. (2012). Gambaran stres pada pasien gagal ginjal terminal yang menjalani terapi hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Pekanbaru. *Jurnal Ners Indonesia*, 2 (2), 99-108.
- Sofiana, L.I., Elita, V., & Utomo, W. (2012). Hubungan antara stress dengan konsep diri pada penderita diabetes mellitus tipe 2. *Jurnal Ners Indonesia*, 2 (2), 167–176.
- Wattis, J., & Curran, S. (2006). Spirituality and mental wellbeing in old age. *Geriatric Medicine*, 36 (12), 13–17.
- WHO. (2014). *Noncommunicable diseases country profiles 2014*. Geneva: WHO. Diperoleh dari http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf
- Wiesli, P., Schmid, C., Kerwer, O., Nigg-Koch, C., Klaghofer, R., Seifert, B., Spinass, G.A., Schwegler, K. (2005). Acute psychological stress affects glucose concentrations in patients with type 1 diabetes following food intake but not in the fasting state. *Diabetes Care*, 28 (8), 1910–1915.
- Zehtab, S., & Adib-Hajbaghery, M. (2014). The importance of spiritual care in nursing. *Nursing and Midwifery Studies*, 3 (3), e22261.

MODEL KOLABORASI GURU, SISWA, DAN KELUARGA (KOGUSIGA) MENINGKATKAN PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN GURU TENTANG KEAMANAN MAKANAN ANAK SEKOLAH

Sigit Mulyono^{1*}, Elly Nurachmah¹, Junaiti Sahar¹, Sabarinah Prasetyo²

1. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
2. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: sigit@ui.ac.id

Abstrak

Masalah kesehatan akibat makanan yang tidak aman di Indonesia masih sering terjadi, terutama pada kelompok anak usia sekolah untuk itu dikembangkan sebuah model yang melibatkan pihak sekolah, orang tua dan siswa. Penelitian ini merupakan bagian dari sebuah penelitian besar. Tujuan penelitian ini adalah menguji pengaruh model kolaborasi guru, siswa, dan keluarga (KOGUSIGA) terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan guru tentang keamanan makanan pada siswa Sekolah Dasar (SD). Penelitian ini menggunakan desain eksperimen semu dengan *pre-post test* dengan menggunakan kelompok kontrol. Subjek sampel penelitian menggunakan *total sampling* sebanyak 28 responden guru. Kelompok intervensi diberi perlakuan berupa proses kelompok yang dilakukan selama 10 minggu sebagai implementasi model KOGUSIGA dengan kelengkapan modul untuk guru. Hasil penelitian menunjukkan model KOGUSIGA berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan ($p= 0,003$) dan keterampilan ($p= 0,015$) guru tentang keamanan makanan pada anak usia sekolah. Model KOGUSIGA diharapkan dapat menjadi program intervensi dalam Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan disarankan perawat kesehatan sekolah menjadi koordinatornya.

Kata kunci: Anak usia sekolah, guru, keamanan makanan, kolaborasi, perawat UKS

Abstract

Improvement of Knowledge and Skills Related to Food Safety for School Age Children Through Teacher, Student and Family Collaboration (KOGUSIGA) Model. Food insecurity, especially in school-age children often caused health problems. The purpose of this study was to determine the effect of collaboration model for teachers, students, and families (KOGUSIGA) toward knowledge and skills of teachers about food safety in elementary school students (SD). This study applied quasi-experiment design pre-posttest with a control group. The total sampling included 28 teachers. Intervention was provided over 10 weeks and supported by modules for the teachers. The results showed that KOGUSIGA mode significantly affected on knowledge ($p= 0.003$ and the teachers' skills ($p= 0.015$) about food insecurity. It is concluded that KOGUSIGA model tends to promote food safety for students. It is expected that KOGUSIGA model applied under school health nurses' supervision.

Keywords: School age children, teachers, food safety, collaboration, school nurse

Pendahuluan

Anak usia sekolah (AUS) adalah masa ketika anak berusia 6 sampai 12 tahun (Brown, Isaacs, Krinke, Lechtenberg, & Murtaugh, 2005). Perkembangan motorik anak pada usia ini sangat cepat tetapi belum seimbang dengan perkembangan intelektualnya, yaitu AUS mulai

mengembangkan pemikiran logis meski masih terikat pada fakta-fakta perseptual (Brown, et al., 2005; Piaget, 1969 dalam Wong, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schartz, 2008). Oleh karena itu, AUS belum dapat memprediksi tingkat bahaya, termasuk tingkat bahaya makanan yang tidak aman (Brown, 2005; Siburian, 2012). Hal tersebutlah yang membuat AUS

sering mengalami berbagai ancaman kesehatan yang berkaitan dengan keamanan makanan seperti penyakit makanan (*foodborn disease*), bahan makanan yang mengandung zat berbahaya, dan asupan gizi yang kurang dari kebutuhan (FAO/WHO, 2002).

Kasus kesehatan yang terjadi karena rendahnya keamanan makanan masih banyak terjadi. Hasil konferensi keamanan makanan tingkat Asia yang diselenggarakan di Malaysia tahun 2004 menginformasikan bahwa kejadian penyakit akibat bawaan makanan seperti diare masih menjadi prioritas utama. Makanan yang tercemar khususnya oleh mikroorganisme menjadi penyebab utamanya (FAO/WHO, 2004). Akibat dari tercemarnya makanan oleh bakteri *E. Colli* menyebabkan lebih dari 3950 kesakitan dan 53 kematian di negara Eropa pada tahun 2011 (EFSA, 2012).

Kasus keracunan makanan juga terjadi di India yang menyebabkan 23 anak sekolah dasar meninggal dunia (NIDM, 2013). Kasus kesehatan akibat keamanan makanan pada anak-anak di Indonesia juga masih cukup tinggi. Berdasarkan hasil penelitian Andarwulan, Madanijah, dan Zulaikhah (2008), di Indonesia masalah kesehatan akibat makanan dialami oleh 21,4% anak secara keseluruhan, dimana 75,5% diantaranya dialami oleh kelompok anak usia sekolah dengan kasus yang paling sering dialami adalah keracunan makanan.

Selain kasus kesehatan karena penyakit bawaan makanan, kasus kesehatan karena asupan gizi kurang juga masih cukup tinggi. Berdasarkan penelitian pada tahun 2011 dari 517 SD/MI di Kota Depok terdapat 1.048 anak bertubuh kurus dan sebanyak tujuh anak gizi kurang (sangat kurus) (Dinkes Depok, 2012). Hasil survei di salah satu sekolah dasar di Depok menemukan bahwa terdapat 36,76% kasus kurang gizi (Kusumaningsih, Sahar, & Mulyono, 2010). Selain kasus kesehatan, kasus makanan berbahaya di kota Depok juga masih marak terjadi. Penelitian yang dilakukan oleh BPOM Depkes RI di Kota Depok dari tahun 2006

hingga 2012, dengan mengambil sampel jajanan anak sekolah di 72 Sekolah Dasar (SD) dari 6 kecamatan, mendapatkan hasil bahwa 43 dari 72 SD yang hasil sampel pangannya menunjukkan kandungan bahan berbahaya seperti formalin, boraks, dan pewarna tekstil (Dinkes Depok, 2012).

Kondisi tersebut mendorong agar upaya pemenuhan kebutuhan gizi dan keamanan makanan dapat ditingkatkan semaksimal mungkin. Salah satu yang diupayakan oleh WHO adalah *Global Strategi for Food Safety*, dengan strategi utamanya dengan pemberian promosi kesehatan. Sayangnya, di Indonesia program promosi kesehatan masih berjalan terpisah sehingga hasilnya belum optimal. Upaya menuju pendekatan yang komprehensif dan integratif sebelumnya sudah dikenalkan oleh Kementerian Kesehatan RI (2014) melalui pendekatan Advokasi, Bina suasana, dan Gerakan model pemberdayaan masyarakat (ABG). Namun, ABG belum berhasil meningkatkan status kesehatan siswa. Perlu peran tenaga kesehatan, dalam hal ini perawat untuk mengoptimalkan upaya tersebut. Sebuah penelitian yang mengembangkan model asuhan keperawatan kesehatan sekolah yang bertujuan meningkatkan peran perawat dalam mengkolaborasikan peran guru, siswa, dan keluarga untuk memicu perubahan menuju praktik keamanan makanan telah dilakukan, yaitu model KOGUSIGA (Kolaborasi Guru, Siswa, dan Keluarga). Artikel ini adalah bagian penelitian tersebut dengan fokus pada guru. KOGUSIGA menekankan pada program *food safety* untuk membangun budaya memilih, mengelola, dan mengkonsumsi makanan yang sehat dan aman melalui kolaborasi antara guru, siswa, dan keluarga.

Peran guru tidak hanya sebatas mengajar siswa, melainkan juga bertanggung jawab mendidik termasuk menjadi model peran dalam melakukan tindakan atau menginisiasi perubahan perilaku sesuai dengan *comprehensive school health model* yaitu penguatan peran sekolah sebagai tempat terbaik kedua setelah rumah dalam memenuhi kebutuhan anak, termasuk

kebutuhan gizi. Guru seharusnya berperan aktif dalam upaya promosi kesehatan keamanan makanan siswa. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh model Kolaborasi Guru, Siswa, dan Keluarga (KOGUSIGA) terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan guru tentang keamanan makanan pada siswa sekolah dasar.

Metode

Desain yang digunakan adalah uji coba model KOGUSIGA yang telah dikembangkan dengan pendekatan eksperimen semua *pre-post test* dengan kelompok kontrol. Penelitian dilaksanakan di Depok, Jawa Barat selama tiga bulan. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling* dengan jumlah sampel sebesar 28 responden yang sesuai kriteria inklusi yang terdiri dari 15 responden kelompok intervensi dan 13 responden kelompok kontrol.

Penelitian ini menerapkan prinsip etika penelitian pada responden. Persetujuan etik diperoleh dari Komite Etik Penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Prosedur administratif berupa perizinan pengambilan data di lokasi penelitian juga telah dilakukan.

Data yang dikumpulkan dengan kuesioner berupa pertanyaan dan pernyataan tentang karakteristik demografi responden guru, keluarga,

dan siswa; pengetahuan guru, dan keterampilan guru. Pertanyaan demografi guru terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, bidang studi pengajaran, status wali kelas, dan tanggung jawab selain mengajar. Pernyataan tentang pengetahuan guru terdiri dari 25 soal dengan pilihan jawaban ya atau tidak. Pernyataan keterampilan guru dan keluarga ini terkait dengan keterampilan pola hidup bersih sehat (PHBS), bahan makanan aman, pengolahan makanan, penyimpanan makanan, gizi seimbang, kandungan gizi makanan, dan penyajian makanan.

Penelitian ini menggunakan program komputer untuk melakukan analisis. Perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah intervensi Model KOGUSIGA dianalisis menggunakan uji bivariat. Untuk jenis data data numerik pada komparasi dua kelompok berpasangan dengan distribusi data normal menggunakan uji *T-Paired*, sedangkan pada data terdistribusi tidak normal menggunakan alternatif uji *Wilcoxon*, kedua uji ini dapat diperbandingkan.

Hasil

Karakteristik respon berdasarkan rerata usia guru pada kelompok intervensi sebesar 43,13 tahun dan tidak jauh berbeda dengan kelompok kontrol sebesar 41,08 tahun. Bidang studi yang diajarkan oleh guru pada kelompok intervensi sebesar 26,7% mengajar IPS, sedangkan

Tabel 1. Pengaruh Model KOGUSIGA terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Guru pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	n	\bar{x} Pre (%)	s	Uji Normalitas *****	\bar{x} Post (%)	s	Uji Normalitas *****	% Beda \bar{x}	<i>p-value</i> <i>1-tailed</i> <i>pre-post</i>
Pengetahuan									
Intervensi	15	14,87 (59,48)	2,79	0,473	18,73 (74,92)	3,22	0,041	15,44	0,003*
Kontrol	13	17,62 (70,48)	2,10	0,044	18,08 (72,32)	2,10	0,307	1,84	0,197*
Keterampilan									
Intervensi	15	65,20 (65,20)	14,93	0,297	76,20 (76,20)	10,58	0,740	11,00	0,015**
Kontrol	13	61,54 (61,54)	12,90	0,487	62,77 (62,77)	10,08	0,785	1,23	0,323**

Keterangan: * Wilcoxon Test, ** T-Test Paired, ****T-Test Independent; ***** Shapiro-Wilk Test, s: standar deviasi

69,2% pada kelompok kontrol. Tanggung jawab guru selain mengajar adalah sebagai kepengurusan sekolah dimana pada kelompok intervensi sebesar 43,3% dan pada kelompok kontrol sebesar 61,5%. Hasil uji kesetaraan karakteristik guru antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol tidak berbeda signifikan ($p > 0,05$) baik dari karakteristik usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, bidang studi pengajaran, dan tanggung jawab selain mengajar.

Pembahasan

Hasil uji statistik bivariat pengetahuan *pre-post* menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan dan keterampilan guru pada kelompok intervensi sebelum dengan sesudah diberikan intervensi secara signifikan, sedangkan pada guru kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan secara signifikan. Chen, Soo, Azriani, Van Rostenberghe, dan Sakinah (2012) menyatakan bahwa guru yang diberikan pelatihan lebih percaya diri dan memiliki perasaan tanggung jawab lebih untuk mengembangkan promosi kesehatan kepada siswa. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Lee, Jeong, Ko, dan Park, (2016) mengenai edukasi keamanan makanan dan gizi pada sekolah menengah di Korea. Penelitian oleh Chen, et al. (2012) menjelaskan tentang lokakarya gizi pada guru yang hasilnya menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan guru terkait kebiasaan makan sehat pada anak sekolah. Pada penelitiannya, Lee, et al. (2016) melibatkan guru dalam pemilihan edukasi gizi dan keamanan makanan yang tepat bagi siswa. Hasil akhir penelitiannya menunjukkan adanya perbaikan dalam pemilihan makanan sehat di kalangan siswa.

Peneliti setuju dengan pendapat Lee, et al. (2016); Chen, et al. (2012) yang menyatakan bahwa guru yang diberikan pelatihan lebih percaya diri dan memiliki perasaan tanggung jawab lebih untuk mengembangkan promosi kesehatan kepada siswa. Hal ini ditunjukkan pula pada penelitian ini, yaitu pada analisis

kuisoner pengukuran keterampilan yang menunjukkan bahwa keterampilan guru dalam memberi edukasi mengenai “dampak negatif bagi kesehatan apabila siswa jajan di sembarang tempat” naik setelah intervensi. Strategi pendidikan kesehatan tentang makanan sehat perlu dikolaborasikan dengan guru (Lisson, et al., 2016). Model KOGUSIGA menjadikan guru sebagai salah satu pemeran utama dalam memberikan pendidikan gizi sebagai usaha meningkatkan pemenuhan gizi siswa yang seimbang. Untuk dapat memberikan pendidikan tersebut, guru dibekali dengan pengetahuan yang memadai melalui pelatihan yang diberikan oleh perawat puskesmas yang bertanggung jawab mengelola UKS.

Pengetahuan guru mengenai penyimpanan makanan di tempat yang bersih, kandungan gizi pada makanan, penyajian makanan yang aman, bahaya penggunaan plastik hitam meningkat secara keseluruhan sesudah pemberian intervensi model KOGUSIGA. Hasil penelitian Rosário, et al., (2013) menyebutkan bahwa guru mampu meningkatkan pengetahuan tentang nutrisi dan kesehatan makanan pada siswa setelah intervensi. Guru diberikan pelatihan terlebih dahulu oleh peneliti lalu memberikan intervensi pada siswa berdasarkan model promosi kesehatan. Sibley, et al. (2017) juga menambahkan peran guru sangat penting dalam upaya meningkatkan kesehatan makanan pada siswa. Hasil penelitian Lynch (2015) juga menunjukkan adanya peningkatan perilaku pemilihan makanan setelah intervensi yang dikolaborasikan bersama guru sekolah melalui lima tahapan pendidikan kesehatan yaitu pengetahuan nutrisi, pemilihan makanan jajanan, memasak, pengetahuan kandungan gizi pada makanan, dan bermain sosiodrama. Hal ini menunjukkan bahwa model KOGUSIGA mendorong pemahaman guru pentingnya menjaga keamanan makanan.

Kemampuan individu dalam pemenuhan gizi sangat dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, dan keterampilan guru, siswa, dan keluarga tentang keamanan makanan (Rosenstock, 1990

dalam Allender, Rector, & Warner, 2010). Model KOGUSIGA ini mengadopsi *Health Belief Model* dengan mempersiapkan anak usia sekolah untuk meningkatkan keterampilan mereka memilih makanan yang aman. Pada model ini dilakukan upaya pemberian pengetahuan tentang makanan yang aman untuk meningkatkan kesadaran akan manfaat yang dirasakan jika guru, siswa, dan keluarga memenuhi kebutuhan gizi yang aman. Persepsi terhadap risiko atau kerentanan yang dirasakan terhadap paparan jajanan yang tidak aman dari lingkungan sekolah mendorong siswa, guru, dan orangtua untuk mengadopsi perilaku yang sehat.

Hasil analisis kuisioner pengukuran pengetahuan *post-test* menunjukkan semua guru sepakat bahwa “makanan yang disimpan di tempat bersih adalah makanan yang aman” dan “makanan yang sehat adalah makanan yang hanya disajikan secara bersih”. Setelah diberikan intervensi kesadaran guru pada bahaya penggunaan plastik hitam sebagai bungkus makanan mengalami peningkatan yang signifikan. Sebelum intervensi jumlah guru yang menjawab benar pada pernyataan “makanan yang disajikan dengan bungkus plastik hitam tidak aman untuk dimakan” sebesar 40%, setelah intervensi jumlahnya naik menjadi 93,3%. Meskipun demikian, kesadaran guru pada pengaruh kantin terhadap perilaku jajan siswa masih perlu ditingkatkan.

Pedoman UKS tahun 2012 menyebutkan bahwa pembinaan kantin sekolah sehat merupakan kegiatan promotif yang diutamakan dan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan komprehensif di sekolah (Kemendikbud RI, 2012). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Finch, Sutherland, Harrison, dan Collins (2006) menunjukkan bahwa kantin sekolah yang sehat akan memengaruhi kesehatan siswa. Siswa sekolah akan cenderung memilih makanan yang disediakan di kantin sekolah sehingga makanan yang disediakan di kantin harus sesuai dengan standar gizi seimbang dan aman. Oleh karena itu, kesadaran guru terhadap hal

ini perlu ditingkatkan demi meningkatkan partisipasi guru dalam pengawasan keamanan jajanan sekolah.

Sesudah intervensi model KOGUSIGA, keterampilan guru meningkat dalam memberikan edukasi kepada siswa mengenai dampak negatif jajan sembarang, edukasi makanan sehat kepada pedagang kantin, mengkomunikasikan pemenuhan gizi siswa ke keluarga, mengkomunikasikan masalah perkembangan gizi siswa kepada orang tua, mengkomunikasikan orang tua untuk menyiapkan bekal makanan yang mengandung gizi seimbang dan aman untuk anaknya. Peningkatan keterampilan komunikasi guru ke orang tua tersebut menunjukkan adanya kolaborasi antara guru dan orangtua yang dalam model KOGUSIGA ini dilakukan dengan pendidikan kesehatan pada orang tua oleh guru, proses evaluasi buku kerja orangtua/keluarga, dan konsultasi. Hasil penelitian Arcan, et al. (2013), menunjukkan guru mampu meningkatkan keterampilan siswa dalam memilih makanan sehat melalui proses pendampingan kesehatan makanan. Selain itu, penelitian juga didukung oleh Meiklejohn, Hons, Ryan, dan Palermo (2016) yang menyatakan kolaborasi guru, orang tua, staf sekolah, dan siswa mampu menciptakan kantin sehat dan penyediaan makanan jajanan sehat pada siswa berumur 10–18 tahun.

Pada analisis kuisioner pengukuran keterampilan guru didapatkan bahwa Model KOGUSIGA mendorong guru untuk memberikan pelatihan pada pada petugas kantin. Hal ini terlihat dari penurunan jumlah guru yang menjawab “tidak pernah” pada pernyataan “saya memberikan pelatihan bagi petugas kantin”. Meskipun demikian, poin tersebut harus tetap ditingkatkan mengingat masih rendahnya pengetahuan pedagang jajanan sekolah mengenai makanan aman. Hasil penelitian Nurkholidah, Ilza, dan Jose (2012) menunjukkan pedagang di lingkungan sekolah dasar yang mengetahui tentang boraks dan bahayanya hanya 29,41%, sedangkan yang tidak mengetahui boraks dan bahayanya sebesar 70,59%. Penelitian itu juga

menunjukkan hanya 5,88% pedagang yang pernah mendapat perhatian dari pemerintah terkait sosialisasi kesehatan makanan. Oleh karena itu, peran guru sangat penting dalam upaya peningkatan pedagang jajanan sekolah mengenai makanan aman.

Peningkatan keterampilan guru juga tampak pada keterampilan berkolaborasi dengan Puskesmas untuk menjalankan fungsinya dalam melakukan investigasi mutu jajanan anak di sekolah dan pemeliharaan kantin sehat. Keterlibatan orang tua, lingkungan sekolah, dan kerjasama dengan Puskesmas dalam model KOGUSIGA ini sesuai dengan prinsip UKS yang memiliki nilai ganda, yaitu selain berdampak pada upaya peningkatan derajat kesehatan peserta didik beserta masyarakat sekolah lainnya, juga berdampak terhadap pemberdayaan komunitas sekolah dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Pembinaan dan pengembangan UKS di sekolah/ Satuan Pendidikan Luar Sekolah dilaksanakan melalui tiga program pokok yang meliputi pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan.

Perubahan positif keterampilan guru lainnya ditunjukkan pada poin keterampilan guru dalam mengkomunikasikan pemenuhan gizi siswa ke keluarga. Sebelum intervensi jumlah guru yang menjawab “selalu” dan “sering” pada pernyataan “saya mengkomunikasikan masalah perkembangan gizi siswa kepada orang tua” adalah sebesar 0% dan 40%, setelah intervensi jumlah guru yang menjawab “selalu” dan “sering” menjadi 46,7% dan 26,7%. Keterampilan guru dalam mengkomunikasikan “orang tua untuk menyiapkan bekal makanan yang mengandung gizi seimbang dan aman untuk anaknya” mengalami peningkatan. Hal tersebut ditunjukkan dengan meningkatnya jumlah guru yang menjawab “selalu” dan “sering” setelah intervensi, yaitu sebesar 53,3% dan 20% (sebelum intervensi sebesar 26,7% dan 40%). Peningkatan keterampilan komunikasi guru ke orang tua tersebut menunjukkan adanya kolaborasi antara guru dan orangtua yang

dalam model KOGUSIGA ini dilakukan dengan pendidikan kesehatan kepada orang tua oleh guru, proses evaluasi buku kerja orang tua/keluarga, dan konsultasi.

Keterampilan guru yang perlu ditingkatkan yaitu pada poin “menegur siswa yang terlihat jajan sembarangan” dimana setelah intervensi masih ada 26,7% guru yang jarang atau tidak pernah melakukan keterampilan tersebut. Guru memiliki peran tidak hanya sebatas menjadi tenaga pengajar bagi siswa. Guru juga bertanggung jawab menjadi *role model siswa* dalam melakukan tindakan. Melalui perannya tersebut, guru tidak hanya dapat menegur siswa yang jajan sembarangan, tetapi juga dapat mengajak siswa untuk duduk makan bersama dan mendiskusikan seperti apa makanan yang layak dan bergizi untuk dimakan (Eliassen, 2011). Tidak hanya sebatas mengajak dan mencontohkan, guru dapat memberikan penghargaan dan *reinforcement* bagi siswa yang telah mengubah pilihan jajannya ke arah yang lebih baik. Perubahan keterampilan memang dilakukan secara bertahap sesuai dengan *transtheoretical model*, selama proses perubahan berlangsung perawat sekolah memegang peran untuk memantau dan memastikan perubahan sampai yang tahap yang dituju.

Lingkungan Kehidupan Sekolah Sehat (Kemendikbud RI, 2012), PMK Nomor 75 tentang Puskesmas juga mengamanatkan bahwa pelayanan promosi kesehatan merupakan jenis upaya kesehatan masyarakat yang strateginya dapat dilakukan dengan promosi kesehatan di sekolah pendidikan dasar, edukasi dan konseling mengenai pola makan, perilaku makan dan aktivitas fisik bagi anak usia sekolah. Disinilah perawat kesehatan sekolah dapat berperan sebagai koordinator dalam menjalankan pelayanan promosi kesehatan yang ingin dituju oleh pemerintah. Belum munculnya peran perawat kesehatan sekolah di Indonesia diikuti juga dengan belum adanya peraturan, pedoman, dan persiapan pembentukannya oleh instansi pendidikan keperawatan melalui sebuah kurikulum khusus.

Kesimpulan

Model KOGUSIGA merupakan metode pendidikan kesehatan kolaboratif yang melibatkan kerjasama dari seluruh komponen sekolah. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa model KOGUSIGA memberikan pengaruh secara bermakna pada peningkatan pengetahuan dan keterampilan guru di kelompok intervensi. Oleh karena itu, Model KOGUSIGA dapat menjadi variasi intervensi keperawatan sehingga diintegrasikan dalam metode pendidikan kesehatan sebagai upaya program preventif dan promotif Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).

Berdasar hasil penelitian yang telah dijabarkan, perawat kesehatan sekolah sangat dibutuhkan keberadaannya sehingga implikasi penelitian ini adalah menginisiasi adanya perawat kesehatan sekolah yang dapat menjalankan asuhan keperawatan sekolah menggunakan strategi intervensi keperawatan komunitas untuk meningkatkan keamanan makanan secara khusus dan kesehatan anak usia sekolah pada umumnya. Kepada Kementerian Kesehatan RI, Kementerian Kebudayaan Pendidikan Dasar dan Menengah, Kementerian Agama, dan Kementerian Dalam Negeri, sebagai pembuat kebijakan terkait program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dapat memunculkan peran perawat kesehatan sekolah dengan memberdayakan perawat puskesmas sebagai pelaksana program kesehatan sekolah (JH, AYN, INR).

Ucapan Terima Kasih

Hibah Madya Universitas Indonesia sebagai sponsor penelitian ini.

Referensi

- Allender, J.A., Rector, C., & Warner, K.D. (2010). *Community health nursing: Promoting and protecting the public's health* (7th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Andarwulan, N., Madanijah, S., & Zulaikhah. (2008). *Laporan penelitian: Monitoring dan verifikasi profil keamanan Pangan Jajanan Anak Sekolah (PJAS) Nasional Tahun 2008*. Bogor: Southeast Asian Food and Agricultural Science and Technology (SEAFST). Center IPB dan Direktorat Surveilans dan Penyuluhan Keamanan Pangan BPOM RI.
- Arcan, C., Hannan, P.J., Himes, J.H., Fulkerson, J.A., Rock, B.H., Smyth, M., & Story, M. (2013). Intervention effects on kindergarten and first-grade teachers' classroom food practices and food-related beliefs in American Indian Reservation Schools. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113 (8), 1076–1083. <http://doi.org/10.1016/j.jand.2013.04.019>.
- Brown, J.E., Isaacs, J., Krinke, B., Lechtenberg, E., & Murtaugh, M. (2005). *Nutrition through the life cycle* (2nd Ed). Wadsworth: USA.
- Chen, S.T., Soo, K.L., Azriani, A.R., Van Rostenberghe, H., & Sakinah, H. (2012). Nutrition knowledge, attitude and practice of teachers in rehabilitation centres in Northern Malaysia. *Mal J Nutr*, 18 (2), 185–205.
- Dinas Kesehatan Kota Depok. (2012). *Visi misi Dinas Kesehatan Kota Depok Tahun 2011-2016*. Diakses dari http://dinkes.depok.go.id/index.php?option=com_content&review=article&id=92&Itemid=90.
- EFSA. (2012). *E.coli: Rapid response in a crisis*. Diakses dari <http://www.efsa.europa.eu/en/press/news/120711.htm>.
- Eliassen, E.K. (2011). The impact of teachers and families on young children's eating behaviors. *Young Children*. Diakses dari http://www.naeyc.org/files/naeyc/Eliassen_0.pdf
- FAO/WHO. (2002). Pan-European conference on food safety and quality. *Final Report*. Rome: FAO & WHO.
- FAO/WHO. (2004). "Final Report". FAO/WHO Regional conference on food safety for Asia and the Pacific, held in Seremban, Malaysia, 24–27 May 2004. Rome: FAO/WHO.

- Finch, M., Sutherland, R., Harrison, M., & Collins, C. (2006). Canteen purchasing practices of year 1–6 primary school children and association with SES and weight status. *Aust N Z J Public Health*, 30 (3), 247–251. doi:10.1111/j.1467-842X.2006.tb00865.x
- Kemendikbud RI. (2012). *Pedoman pembinaan dan pengembangan usaha kesehatan sekolah*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar. Diakses dari <http://www.usahakesehatansekolah.com/get/pedoman-pembinaan-uks-pdf?code=ffac2f3e099b99507aa185fd84f0339e>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Panduan Gizi Seimbang 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kusumaningsih, I., Sahar, J., & Mulyono, S. (2010). *Pemberdayaan siswa sebagai motivator untuk mencegah gizi kurang pada kelompok anak sekolah dasar ratujaya III di Kelurahan Ratujaya, Kota Depok* (Karya Ilmiah Akhir, Program Studi Ners). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Lee, J., Jeong, S., Ko, G., & Park, H. (2016). Development of a food safety and nutrition education program for adolescents by applying social cognitive theory. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 7 (4), 248–260. <http://doi.org/10.1016/j.phrp.2016.05.005>
- Lisson, S., Goodell, L.S., Dev, D., Wilkerson, K., Hegde, A.V., & Stage, V.C. (2016). Nutrition education resources in north carolina–based head start preschool programs: Administrator and teacher perceptions of availability and use. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48 (9), 655–663.e1. <http://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.07.016>
- Lynch, M. (2015). Kindergarten food familiarization: An exploratory study of teachers' perspectives on food and nutrition in kindergartens. *Appetite*, 87, 46–55. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.200>
- Meiklejohn, S., Hons, B.N.D., Ryan, L., & Palermo, C. (2016). Systematic review a systematic review of the impact of multi-strategy nutrition education programs on health and nutrition of adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48 (9), 631–646.e1. <http://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.07.015>
- Nurkholidah, Ilza, M., & Jose, C. (2012). Analisis kandungan boraks pada jajanan bakso tusuk di sekolah dasar di Kecamatan Bangkinang Kabupaten Kampar. *Jurnal Ilmu Lingkungan*, 6 (2). ISSN 1978-5283. Diakses dari <http://ejournal.unri.ac.id/index.php/JIL/article/viewFile/963/956>.
- NIDM. (2013). Disaster Update. <http://nidm.gov.in/PDF/DU/2013/October/24-10-13.pdf>.
- Rosário, R., Araújo, A., Oliveira, B., Padrão, P., Lopes, O., Teixeira, V., ... Moreira, P. (2013). Impact of an intervention through teachers to prevent consumption of low nutrition, energy-dense foods and beverages: A randomized trial. *Preventive Medicine*, 57 (1), 20–25. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.027>
- Sibley, E., Theodorakakis, M., Walsh, M.E., Foley, C., Petrie, J., Raczek, A., & Ed, M. (2017). The impact of comprehensive student support on teachers: Knowledge of the whole child, classroom practice, and teacher support. *Teaching and Teacher Education*, 65, 145–156. <http://doi.org/10.1016/j.tate.2017.02.012>
- Siburian. (2012). Pengetahuan anak sekolah dasar terhadap pencegahan penyakit diare di SD 098167 RSS Perumnas Kerasaan Kec. Pematang Badar Kab. Simalungun. Penelitian (Skripsi, Program Studi Sarjana Keperawatan). Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Wong, D.L., Eaton, M.H., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schartz, P. (2008). Buku ajar keperawatan pediatrik wong (Edisi 6, Alih bahasa: Sutarna, A.). Jakarta: EGC.

PILIHAN PENGOBATAN PASIEN KANKER PAYUDARA MASA KEMOTERAPI: STUDI KASUS

Laili Rahayuwati*, Kusman Ibrahim, Maria Komariah

Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran, Sumedang 45363, Indonesia

*Email: lailira2002@yahoo.com

Abstrak

Kanker payudara memberi pengaruh pada status emosional perempuan, terutama pada usia reproduksi. Selama pengobatan, mereka mendapatkan pengalaman individu yang unik. Studi kasus ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman hidup pasien kanker payudara pada pemilihan terapi dan situasi lingkungan yang mendorong promosi kesehatan. Studi ini melibatkan 17 partisipan yang dipilih dengan *purposive sampling*. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan penelusuran catatan arsip. Terdapat empat tema dominan, yaitu (1) Kanker merupakan konsep dan bagian dari legalitas sosial budaya yang berifat subjektif; 2) Pemilihan jenis terapi harus diterima/disepakati oleh keluarga dan sistem dukungan sosial; 3) Kondisi sakit kanker memberikan arti dalam kehidupan pasien; dan (4) Harapan untuk sembuh. Pasien seharusnya dipahami sebagai sebuah hubungan antara tubuh sebagai entitas fisik dan aspek-aspek lain seperti psikologis, sosial dan spiritual. Oleh karena itu, pembangunan semua aspek (fisik, psikologis, sosial, spiritual) sudah menjadi bagian dari pengalaman hidup perempuan dengan kanker payudara.

Kata Kunci: fase kemoterapi, kanker payudara, pemilihan pengobatan

Abstract

Choice of Treatments among Breast Cancer Patients during Chemotherapy: Case Study. Breast cancer has an influence on emotional status of women, especially in reproductive age women. During cancer treatments, the women have uniquely individual experienced. The purpose of this case study was (1) to explore life experienced by breast cancer patients, including the choice of treatments and surrounding situation which encourage for health promoting. The study involved 17 women selecting with purposive sampling. The data were collected through in-depth interviews and documents or archive records reviewing. Based on the thematic analysis, we found four predominant themes which emerged as regards to patients' experienced. It was namely (1) Cancer is concept and part of socio-cultural legality; (2) Choosing the therapies should be accepted by family and social support system; 3) Valuing cancer as the disease in life; 4) Hoping for recovery. We should understand the breast cancer patients as a connection between the body as a physical entity and other aspects such as psychological, social and spiritual. Therefore, the development of all aspects (physical, psychological, social, spiritual) has become part of the life experience of women with breast cancer.

Keywords: breast cancer patients, choice of treatments, the life of experience of illness

Pendahuluan

WHO (2013) menyatakan secara spesifik bahwa sekitar 508.000 perempuan meninggal karena kanker payudara pada tahun 2011. Di Indonesia, khususnya di RS Kanker Dharmais Jakarta, kasus kanker payudara juga terus meningkat, dari 221 kasus pada tahun 2003 menjadi 657 kasus pada tahun 2008 (Rumah Sakit Kanker Dharmais, 2014). Kondisi ini diperparah karena

sebanyak 60–70% pasien yang datang ke RS sudah berada pada kondisi stadium lanjut. Kanker payudara, umumnya terjadi pada kelompok perempuan pasca menopause, tetapi saat ini banyak ditemukan pada usia yang muda, seperti kurang dari 25 tahun (Kementerian Kesehatan, 2015).

Kanker payudara pada perempuan akan memengaruhi eksistensi dan kesejahteraannya, baik

secara fisik, emosional, psikologis, sosial, maupun spiritual. Dampak akan terasa lebih berat bila terjadi pada usia reproduksi karena berkaitan dengan seksualitas dan posisi perempuan sebagai istri dan ibu (Brousselle, et al., 2017; Murtiwi, Nurachmah, & Nuraini, 2005).

Masalah yang dihadapi pasien kanker payudara baik dalam menentukan diagnosis maupun pemilihan terapi bersifat multidimensi, dengan banyak pertimbangan seperti masalah fisik, sosial, psikologis dan spiritual, tentunya finansial. Terlebih lagi, pasien dan keluarga seringkali tidak memahami pentingnya deteksi dini kanker payudara atau jika penyakit sudah berada pada kondisi lanjut. Mereka juga mengalami kesulitan untuk memutuskan terapi, apakah menggunakan terapi modern atau terapi komplementer (Anggraeni, Ngatimin, & Arsin, 2012; WHO, 2017; Wang, 2017).

Berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang dipilih pasien, hampir 70% pasien kanker payudara mengalami putus kemoterapi dan banyak yang tidak melakukan kemoterapi pra-bedah setelah didiagnosis kanker payudara stadium awal dan lebih memilih perawatan alternatif (Aprianti, 2012). Selanjutnya, Hikmanti dan Ardian (2014) mengungkapkan bahwa motivasi pasien dalam menggunakan terapi komplementer atau alternatif adalah membantu tubuh dalam proses penyembuhan (75%), meningkatkan sistem kekebalan tubuh (56%), dan merasa berbuat sesuatu dalam terapinya (56%). Selain itu, sebanyak 88% responden menyatakan menggunakan terapi komplementer atau alternatif dengan melakukan terapi medis dalam waktu yang sama.

Masyarakat menggunakan terapi komplementer dengan alasan keyakinan, keuangan, menghindari kandungan kimia dan dampak terhadap kesembuhan (Widyatuti, 2008). Terapi komplementer menjadi salah satu cara bagi tenaga kesehatan, dalam hal ini adalah perawat untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik dengan menggunakan diri sendiri sebagai alat atau media penyembuh pasien dari masalah kesehatan (WHO, 2017). Pengertian terapi komple-

menter dalam hal ini adalah terapi yang digunakan bersama-sama dengan terapi medis konvensional (Wang, 2017). Terapi komplementer, diantaranya adalah pengobatan herbal. Beberapa tahun terakhir di Indonesia, penggunaan obat herbal yang berasal dari fitokimia ditujukan tidak sekedar untuk suplemen gizi maupun kosmetik, namun juga untuk kepentingan pengobatan. Namun demikian, masyarakat lebih memilih kombinasi antara terapi kimia, seperti kemoterapi dengan pengobatan dengan herbal (Universitas Gajah Mada, 2012).

Penerapan kesehatan integratif, yaitu terapi konvensional dan komplementer di Indonesia sudah merambah ke institusi pelayanan kesehatan sesuai dengan amanat UU No 36 tahun 2009 tentang kesehatan, dan dalam PP 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional juga diatur pelayanan kesehatan tradisional alternatif dan komplementer yang dilaksanakan secara sinergi dan integrasi dengan pelayanan kesehatan ("Siapkan Pengobatan Tradisional di RS", 2014). Namun demikian, masih banyak menimbulkan sikap pro dan kontra di kalangan profesional kesehatan.

Meninjau permasalahan yang berkaitan dengan kebutuhan pasien kanker payudara terhadap jenis terapi yang dipilih, perlu suatu kajian yang berbasis ilmu kesehatan yang bermanfaat untuk memahami proses menentukan pilihan terapi pasien kanker payudara dalam meningkatkan kualitas hidupnya, dan bagi profesional kesehatan penting untuk mengembangkan kemampuan dan kompetensi sesuai dengan kebutuhan pasien dan masyarakat.

Metode

Penelitian ini dirancang dengan menggunakan metoda kualitatif studi kasus, yaitu memfokuskan pada pasien yang datang ke rumah sakit rujukan, untuk menganalisis situasi dan kebutuhan yang diperlukan pasien kanker payudara di wilayah Provinsi Jawa Barat mulai pada tahap menduga atau merasakan gejala, pilihan, sampai memutuskan berobat. Penelitian sudah

mendapatkan persetujuan etik dari Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dengan No. 277/UN6.C1.3.2/KEPK/PN/2015.

Populasi penelitian ini adalah pasien yang sedang menjalani rawat inap maupun rawat jalan di RS yang telah didiagnosis kanker payudara. Sejumlah 17 pasien dipilih secara *purposeful* untuk mengetahui pandangan dan pengalaman dalam terapi kanker payudara. Adapun kriteria partisipan adalah yang sudah didiagnosis kanker payudara berdasar catatan medis; berasal dari wilayah Jawa Barat yang datang ke RS rujukan; dan pernah atau sedang menjalani kemoterapi.

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, studi dokumentasi, dan data arsip. Adapun tahap wawancara mendalam yang akan dilakukan adalah: (1) *Thematizing*, mengapa dan apa yang sudah dan akan diteliti; (2) *Designing*, merencanakan wawancara dalam penelitian; (3) *Interviewing*, melakukan wawancara berdasarkan pedoman yang sudah disusun; (4) *Transcribing*, menyiapkan hasil wawancara untuk dianalisis; (5) *Analyzing*, memutuskan tujuan, topik proses alamiah dari wawancara serta metode analisis yang sesuai; (6) *Verifying*, melakukan validasi dari hasil wawancara; (7) *Reporting*, membuat laporan sesuai dengan kriteria studi yang sudah dilakukan.

Validitas dan reliabilitas data dipertahankan dengan empat pengukuran, yaitu: (1) kredibilitas yang dipastikan melalui wawancara berulang untuk menyesuaikan yang disampaikan partisipan dengan situasi yang ada, (2) transferabilitas, data yang dikumpulkan memungkinkan untuk menggambarkan situasi pasien kanker di Jawa Barat, (3) dependabilitas, setiap tahap kualitatif dikuti, dari pendekatan ke pasien, pengumpulan data, sampai pengambilan kesimpulan, (4) konfirmabilitas, dilakukan triangulasi data dengan memperoleh informasi dari petugas tentang kondisi pasien. Adapun proses analisis data dari hasil transkrip dan observasi serta catatan medis dilakukan dengan menggunakan analisis tema.

Hasil

Latar belakang partisipan mencakup suku, pendidikan, dan social ekonomi. Semua bersuku Sunda, tetapi satu Jawa dan satu Sumatera. Mayoritas SMP dan SMA, satu D3 dan satu Sarjana. Mayoritas menengah ke bawah, tiga orang tinggi. Melalui kajian tematik, terdapat tema utama yang didapatkan berkenaan dengan persepsi pasien kanker terhadap penyakitnya serta pemilihan terapi pada saat mendapatkan gejala penyakit.

Lima tema utama yang didapatkan, yaitu: (1) Konsep penyakit berdasarkan kategori subyektif dan sosial budaya (*illness, sickness*); (2) Pilihan pengobatan yang diterima oleh keluarga; (3) Persepsi kesembuhan pada setiap jenis pengobatan; (4) Konsep sakit dalam kehidupan mempunyai makna positif; dan (5) Tingginya harapan sembuh. Adapun beberapa penjelasan tema yang muncul adalah sebagai berikut:

Penyakit adalah faktor subyektif (yang dirasakan) dan dilegalisasi oleh budaya.

Hampir semua partisipan mengungkapkan sebenarnya mereka merasakan gejala kanker relatif sudah lama, bahkan 8–10 tahun yang lalu. Umumnya yang dirasakan pada awalnya adalah benjolan yang kecil saja di sekitar payudara. Hanya sedikit pasien sudah menduga menyampaikan kemungkinan kanker payudara. Namun, umumnya semua gejala dan tanda yang dirasakan tadi akan diabaikan atau tidak diperiksakan ke dokter. Hal ini disebabkan oleh beberapa kemungkinan: 1) keawatiran akan mengetahui kejadian sebenarnya bahwa pasien menderita penyakit yang parah; 2) tidak mau menambah atau mengakibatkan rasa was-was pada diri pasien sendiri maupun keluarga jika mengetahui apa yang dideritanya; 3) keterbatasan biaya, jika benar didiagnosis penyakit parah belum atau tidak mempunyai biaya untuk berobat.

Secara umum, partisipan menilai benjolan yang ada adalah hal yang belum perlu untuk diperiksakan karena dalam kehidupan sehari-hari mereka masih mampu untuk beraktifitas seperti biasa.

Baik aktifitas bekerja mencari penghasilan di luar rumah maupun aktifitas sehari-hari yang berkaitan dengan pekerjaan rumah tangga. Berdasarkan hal tersebut, sepanjang tidak mengganggu aktifitas, maka sesuatu gejala atau tanda bukanlah suatu penyakit. Hampir seluruh pasien menyatakan tidak memeriksakan gejala benjolan tersebut ke dokter atau RS.

Terlebih lagi, pengetahuan pasien tentang kanker sangat terbatas, umumnya mereka hanya mendapatkan sedikit informasi melalui televisi, selain itu hampir tidak pernah pasien mengetahui seluk beluk kanker dengan lebih detail. Informasi lain tentang kanker mereka dapatkan juga dari sumber yang dianggap dipercaya seperti, suami, saudara, teman maupun tetangga. Seringkali pula setiap gejala yang dirasakan oleh pasien dikonsultasi ke pemimpin informal, seperti orang yang tahu tentang agama, misal ustadz untuk memutuskan pertolongan atau mencari jenis pengobatan yang tepat.

Secara umum pasien tidak bermasalah dalam biaya pengobatan karena ditanggung melalui Gakinda dan BPJS. Bagi pasien yang sudah sakit sebelum periode BPJS atau asuransi lain (sebelum tahun 2011) mereka menyiapkan biaya pengobatan tersendiri, contohnya untuk sekali operasi menyiapkan dana 25–35 juta rupiah.

“Sebelum ikut BPJS untuk satu kali kemoterapi mencapai 2.5–3 juta, total operasi 23–35 juta. Terus apa yang harus saya lakukan? Uangnya tidak ada, sudah habis. Ada beberapa orang yang mengatakan untuk tidak melakukan operasi, lebih baik menggunakan pengobatan herbal. Kemudian ibu mencoba mencari pengobatan herbal, adanya yang mahal dan ibu tidak sanggup karena memang tidak ada biayanya. Berhubung sudah ikut ada program BPJS dan ibu sudah tidak kuat karena selalu ada perdarahan, akhirnya ibu memutuskan untuk di kemoterapi di RS.” (I-1)

Pilihan pengobatan yang diterima oleh keluarga. Hampir seluruh pasien menyatakan

bahwa mereka tidak menentukan pilihan pengobatan sendiri atau mandiri. Setiap pilihan jenis pengobatan merupakan hasil diskusi dan kesepakatan dengan keluarga atau orang terdekat. Mayoritas pasien menyatakan bahwa orang yang paling berperan dalam pilihan pengobatan adalah suami, disusul keluarga seperti kakak dan adik perempuan. Dalam hal pilihan pengobatan, anak jarang sekali dilibatkan sekalipun beberapa diantara mereka sudah dewasa. Namun ada sedikit pasien yang menyatakan bahwa dukungan pilihan pengobatan mereka terima juga dari anak yang sudah dewasa. Yang berperan dalam menentukan pilihan pengobatan selanjutnya adalah pemimpin informal, yaitu orang yang dianggap tahu lebih baik dalam persoalan agama maupun dalam kehidupan sehari-hari, seperti ustadz, maupun keluarga yang berpendidikan apakah dokter maupun non dokter.

Situasi menunjukkan bahwa sulit bahkan tidak mungkin bagi pasien untuk menentukan pilihan pengobatan sendiri tanpa pertimbangan orang lain. Hal ini disebabkan karena: 1) Karakter sosial dan budaya di masyarakat umumnya bersifat kolektif, sehingga setiap keputusan yang dianggap penting harus dihasilkan oleh kesepakatan bersama; 2) Pada tahap pasien mendapatkan diagnosis sakit dan mendapatkan pengobatan kemoterapi, akan terjadi penurunan fisik. Saat ini kehadiran dan *support* keluarga sangat dibutuhkan untuk menopang aktifitas fisik pasien. Bahkan ada pasien saat awal didiagnosis kanker, maka oleh suami yang menilai bahwa kanker adalah penyakit berat maka serta merta tidak diperbolehkan untuk melakukan pekerjaan rumah tangga. Lebih banyak disarankan untuk istirahat dan melakukan pekerjaan ringan saja. Sumber informasi menyatakan:

“Informasi yang saya tahu bahwa penyakitnya adalah penyakit mematikan. Setelah tahu itu ibu sangat drop, yang menjadi penyemangat ibu adalah jangan terlalu dipikirkan, yang terpenting adalah saya berusaha untuk berobat semampu kita, allhamdulillah badan ibu tidak drop, badan tidak mengecil. Suami tidak memperbolehkan mengerjakan yang berat, banyak istirahat.” (I-4)

Sumber informasi untuk pengobatan umumnya dilakukan melalui proses pencarian secara mandiri oleh keluarga. Baik melalui televisi, media maupun pencarian di internet. Ada juga partisipan yang menanyakan masalah penyakitnya dan proses pengobatan kepada dokter, namun sedikit pasien yang puas dengan jawaban yang diberikan. Selanjutnya, untuk jenis obat dan penggunaannya, umumnya mereka mendapatkan informasi dari perawat kemoterapi. Contoh ungkapan:

“Iya dia (suami) mah nyari nya di google di internet. Kata suami saya ini mungkin kanker lah gitu. Dia langsung bikinlah BPJS gitu. Takut sih sebelum saya dapet persiapan dulu, hmmh., dia langsung lah bikin BPJS gitu.” (I-6)

“iya nyari di internet, ibu juga dapet informasi dari temen. Eh bukan temen tapi saudaranya teman. Terus ibu juga sebelum di operasi sama di kemo teh ke perawat dan dokter dulu nyari informasi.” (I-16)

Persepsi kesembuhan pada setiap jenis pengobatan. Setiap pilihan pengobatan yang dilakukan oleh pasien, selalu bertujuan untuk kesembuhan. Berdasarkan pernyataan pasien, yang melakukan pilihan pengobatan *Complementary Alternative Medicine (CAM)* sebagian menyatakan bahwa bisa mengecilkan benjolan kanker, meskipun belum sembuh sepenuhnya. Namun sebagian pasien lain menyatakan bahwa pilihan pengobatan CAM belum mampu menyembuhkan penyakitnya. Adapun setiap pilihan pengobatan CAM umumnya dilandasi oleh: 1) Ketakutan terhadap konsep operasi pengobatan konvensional serta efek kemoterapi yang dinilai mempunyai dampak besar dari penurunan fisik; 2) Bebebara pasien menyatakan bahwa pilihan CAM juga didasarkan pada ketersediaan biaya. Meskipun jika dihitung secara total jumlah yang dikeluarkan untuk membiayai pengobatan melalui CAM (termasuk transportasi) maupun melalui medis konvensional adalah sama besar, namun dengan pilihan CAM mereka membayar sedikit demi sedikit sesuai dengan ketersediaan dana yang ada pada saat itu sehingga tidak dirasakan sangat memberatkan.

Dalam menentukan pilihan untuk menjalani pengobatan medis konvensional mempertimbangkan kerugian antara lain adalah: 1) Yang paling ‘menakutkan’ untuk tidak dipilih adalah operasi, karena secara fisik payudara merupakan salah satu citra perempuan sehingga jika harus diambil dengan operasi ada kekhawatiran besar bahwa pasien akan kehilangan ciri fisik sebagai perempuan secara utuh; 2) Menjalani kemoterapi, paling dirasakan besar dari segi efeknya, bukan sekedar mual dan muntah namun yang sangat dirasakan adalah kerontokan dan kebotakan rambut, penurunan badan secara drastis, penurunan fisik dan kehitaman warna kulit.

Meskipun, sebagian kecil partisipan mampu bertahan menjalani efek kemoterapi dengan melakukan pilihan diet dengan disiplin tinggi namun sebagian besar pasien merasakan pengalaman paling ‘drop’ secara fisik setelah menjalani kemoterapi. Beberapa pernyataan yang disampaikan oleh sebagian besar pasien berikut:

“Rasanya mual, ga bisa makan, ga bisa minum, saya ngedrop pertama kali dikemo. Jadwal berikut sudah datang lagi, saya ga kuat, ngedrop harus dirawat dulu. Harus makan bergizi dulu baru bisa dikemo lagi.”

“Buat saya, di kemo paling berat (dibandingkan radiasi, operasi_red), banyak keluhannya setiap di kemo: meriang, sariawan, bahkan sakit kena mata.”

Selain itu: *“Efek kemo lebih berat dari radiasi dan operasi, sampe makan lidah juga ga ada rasa. Dan yang tidak bisa dilupakan kerontokan rambut sampe botak”.*

Dalam memandang efek kemoterapi, tiap partisipan mempunyai konsep yang variatif. Namun dalam melihat proses kesembuhan yang akan mereka terima setelah kemoterapi hampir seluruh subyek menyatakan secara positif mereka mempunyai harapan untuk sembuh setelah ‘berjuang’ dengan cara menjalani kemoterapi.

Biasanya pasien mulai menerima episode setiap perjalanan penyakit kanker payudara setelah pasien saling bertemu muka, bertukar pikiran

dengan sesama pasien kanker baik dalam ruang kemoterapi maupun di luar ruang kemoterapi. Seperti contohnya, beberapa pasien rujukan ke RSHS dari beberapa tempat di luar kota Bandung seperti Purwakarta, Cianjur, Pengalengan, Tasikmalaya dan lainnya akan menyewa sebuah rumah ‘kost’ di sekitar lingkungan RS. Rumah tersebut memang kebanyakan dihuni oleh pasien yang menjalani kemoterapi di RSHS. Bahkan ibu kost sudah biasa menyiapkan bubur kacang hijau maupun bubur makanan untuk pasien yang datang. Jika biasanya kemoterapi dilaksanakan mulai jam 9–12 siang, makasebagian besar pasien akan datang ke tempat kost tersebut sehari sebelumnya untuk melakukan proses administrasi. Setelah proses administrasi selesai, maka esoknya mereka akan menjalani kemoterapi. Beberapa pasien langsung pulang ke luar kota setelah kemoterapi dengan memesan travel. Namun, ada sedikit pasien yang baru pulang keesokan harinya setelah menjalani kemoterapi. Di tempat kost inilah juga merupakan tempat untuk saling bertukar pikiran dan berdiskusi oleh sesama pasien kanker payudara yang umumnya datang ditemani suami atau kerabat lain.

Konsep sakit dalam kehidupan mempunyai makna positif. Meskipun pada awalnya, keberadaan sakit dianggap sebagai musibah oleh seluruh pasien. Bahkan sebagian dari mereka masih sering menyangkal. Namun, sebagian lain menilai bahwa sakit adalah suatu hal yang merupakan ujian Allah untuk setiap umatnya. Hal yang menunjukkan bahwa sakit mempunyai nilai dalam kehidupan antara lain beberapa pernyataan yang menyebutkan: 1) Bisa jadi seorang pasien mempunyai beberapa kesalahan dan dosa yang harus ditebus dengan sakit mereka; 2) Dengan sakit mereka harus mengambil hikmah bahwa pasien diminta untuk belajar ihsan dan sabar dalam menerima semua takdir dan ketentuan Allah; 3) Dengan sakit, diharapkan mereka termotivasi dan berusaha untuk sembuh sebagai bentuk usaha dan ihtiar kepada Allah. Dengan sakit pula, pasien akan menjadi semakin dekat ke Allah karena selalu memohon untuk reringankan sakitnya. Keadaan sakit dan

kesembuhan juga dinilai bervariasi menurut pasien, namun sebagian dari pasien menyatakan:

“Soal sembuh tergantung, ada keinginan sembuh ga, jika ada keinginan sembuh pasti bisa. Kaya kata dokter mah latihan tenang, enjoy aja. Masa mau jerit-jerit ke Allah, da tetep ga bisa sembuh. Jadi terima aja dengan ikhlas, mudah-mudahan bisa jadi obat.”

“Kemo pertama juga awalnya sedikit down, tapi sekarang ngga, ya kalau pusing mual mudah-mudahan dikuatkan saja sama Allah, sekarang ah jalani aja, enjoy-enjoy aja. Lebih dekat sama Allah yang utama. Lihat pasien lain juga bisa, insya Allah.”

Beberapa hal yang dirasakan oleh partisipan sebagai kekurangan bahwa selama sakit, mereka tidak bisa menjalankan peranan pekerjaan di rumah tangga bahkan bisa jadi memberatkan menambah beban pekerjaan anggota keluarga lain. Ada partisipan yang sangat menerima keadaan sakitnya mencoba untuk melakukan evaluasi sebab sakit yang dialaminya:

“... mungkin pengaruh dari makanan terus karena saya kerja dan kepengaruh KB.”

Namun, sedikit pasien yang masih sulit menerima sakitnya, sehingga tidak mau melakukan evaluasi, sebagaimana pernyataan berikut:

“... ada beberapa teman kerja yang meng-ajak mengikuti seminar kanker. Tapi ibu sudah menutup telinga. Ibu suka disuruh ikut seminar, tapi ibu merasa sudah tidak mau mendengarkan lagi, sudah cukup drop.”

Hal positif lain adalah keberadaan teman berbagi, umumnya partisipan merasa mempunyai harapan besar dan merasa lebih baik saat melihat keberadaan sesama pasien kanker lain yang kurang beruntung secara fisik, bahkan seringkali lebih buruk kondisinya. Terlebih lagi, secara psikologis, sebagian besar partisipan menyatakan bahwa diri mereka semakin kuat karena ada banyak orang yang menghibur dan memberikan dukungan positif. Sebagaimana pernyataan berikut:

“Penyakit mah ga usah dipikirin yang penting mah dibawa enjoy. Kan disini mah banyak yang seumuran, kan kalau kontrol bareng, bekel timbel, makan-makan.”

Salah satu partisipan yang berumur 81 tahun sekarang, merupakan penyintas kanker yang pernah dialami sepuluh tahun yang lalu menyatakan, bahwa untuk sembuh dimulai dari pola pikir, dimana pikiran harus berubah yang ada hanyalah motivasi untuk sembuh saja. Dan selalu mednekatkan diri pada Allah sepanjang waktu dengan cara meningkatkan ibadah mulai dari pagi hari sampai malam. Partisipan ini juga menyatakan, meskipun dalam kondisi yang dinyatakan sakit, karena profesinya sebagai guru, beliau tetap mengajar ke sekolah yang jaraknya 60 km pp ditempuh menggunakan bis kota.

Tingginya harapan sembuh. Meskipun soal kesembuhan terletak di tangan Allah, namun semua partisipan menyatakan mereka punya harapan besar untuk sembuh. Mereka selalu mohon doa untuk disembuhkan. Sekalipun secara usaha yang dibuktikan oleh masing-masing partisipan sangat bervariasi. Contohnya, sedikit pasien yang berusaha untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan tepat dan jumlah yang cukup dengan ‘melawan’ nafsu makan yang sudah berkurang drastis. Di sisi lain, kebanyakan partisipan mengatakan karena nafsu makan semakin menurun maka sulit bagi mereka untuk memenuhi kecukupan gizi yang seharusnya.

Hanya sedikit partisipan yang tahu bahwa kesembuhan penyakit kanker membutuhkan waktu yang sangat lama, bahkan selang lima tahun berlaku masih juga membutuhkan obat. Seperti halnya yang disampaikan partisipan berikut:

“... banyak gitu ya orang lain juga udah pada sehat cuman kalau sembuh total mah ee susah gitu yak arena masih harus terus berobat kan. Kan kanker mah yang udah 5 tahun juga harus terus berobat.”

Tentang harapan sembuh, salah seorang partisipan yang mempunyai harapan untuk menuaikan ibadah lebih baik. Partisipan lain meny-

takan jika sembuh ingin membuka usaha untuk membantu perekonomian keluarga di masa depan.

Pembahasan

Secara umum, partisipan menentukan pilihan berobat tidak sekedar pada medis modern, namun banyak memanfaatkan terapi yang bersifat alternatif maupun komplementer. Menurut WHO (2017), pengobatan komplementer adalah pengobatan non konvensional yang bukan berasal dari negara yang bersangkutan, namun kriteria ini juga perlu dirumuskan kembali karena terapi herbal di Indonesia justru sebagian besar merupakan terapi komplementer. Tambahan definisi tentang terapi komplementer adalah semua terapi yang digunakan sebagai tambahan untuk terapi konvensional yang direkomendasikan oleh penyelenggaraan pelayanan kesehatan individu (Potter & Perry, 2009). Selain itu, CAM diartikan sebagai suatu bentuk penyembuhan yang bersumber dari berbagai sistem, modalitas dan praktek kesehatan, baik yang didukung secara teori maupun dari kepercayaan (WHO, 2017; Wang, 2017).

Berdasarkan pandangan partisipan, mereka sulit membedakan apakah pilihan berobat mereka bersifat alternatif ataupun komplementer. Idealnya, partisipan perlu memahami perbedaan antara terapi komplementer dan terapi alternatif. Jika terapi komplementer (komplemen=pelengkap), diartikan sebagai terapi pelengkap dari terapi konvensional yang telah dibuktikan manfaatnya. Maka terapi alternatif adalah penggunaan terapi diluar sistem konvensional. Meskipun terapi alternatif meliputi intervensi yang sama dengan terapi komplementer, tetapi sering kali yang dilakukan pasien saat pemilihan pengobatan awal adalah terapi alternatif menjadi pengobatan primer yang mengganti pelayanan medis (Wang, 2017).

Keperawatan komplementer adalah cabang ilmu keperawatan yang menerapkan pengobatan non konvensional yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi

upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya yang dilakukan tersebut bertujuan untuk mengontrol gejala, meningkatkan kualitas hidup, dan berkontribusi terhadap penatalaksanaan pasien secara keseluruhan. Sehingga diperlukan adanya pendidikan terstruktur dengan kualitas, keamanan dan efektifitas yang tinggi berlandas ilmu pengetahuan biomedik (Frisch, 2001; Irawan, Rahayuwati, & Yani, 2017).

Masalah fisik yang muncul antara lain hilangnya nafsu makan setelah mendapat kemoterapi atau terapi radiasi. Hal tersebut sejalan dengan kesimpulan penelitian Yabroff, et al., (2004) bahwa meskipun klien kanker payudara hidup lebih lama, mereka belum tentu sehat seperti masyarakat umum lainnya. Berbagai upaya informan lakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi agar kondisi fisiknya tetap stabil, baik melalui upaya pemenuhan sesuai anjuran medis maupun pencarian ke terapi alternatif dan komplementer.

Selain kebutuhan pengobatan yang bersifat fisik, secara umum pasien sangat membutuhkan kebutuhan psikologis dan sosial. Gangguan psikologis termasuk kecemasan dan depresi, umumnya terjadi pada pasien kanker dengan berbagai diagnosa dan mereka mencoba bertahan dari waktu ke waktu (Kim, et al., 2015). Hasil sebuah penelitian memperkirakan bahwa depresi telah terjadi pada 20–25% dari pasien kanker dan tampaknya lebih tinggi pada pasien dengan kanker stadium lanjut (Redeker, Lev, & Ruggiero, 2000). Diagnosis kanker payudara juga meningkatkan distres psikososial bagi penderitanya (Mahon, 2011). Kebutuhan emosional dan sosial pasien bisa dilakukan dan diperoleh melalui interaksi dan semua dukungan, terutama oleh keluarga dalam bentuk dukungan emosional (perhatian, kasih sayang, empati), dukungan penghargaan (menghargai kondisi pasien yang masih dalam perawatan, memberikan umpan balik sesuatu yang dibutuhkan atau lainnya), dukungan informasi (saran, nasehat) maupun dukungan instrumental (melalui ketersediaan tenaga, dana dan waktu). Penelitian yang dilakukan oleh Kroenke, et al. (2013) mengung-

kapkan bahwa selain dukungan keluarga, ada hubungan antara jaringan sosial dan mekanisme dukungan sosial terhadap kualitas hidup penderita kanker setelah didignosa. Dukungan sosial bisa berasal dari teman, tetangga dan komunitas. Kebutuhan spiritual juga ditunjukkan oleh pasien, sehingga dukungan spiritual harus dikuatkan terutama untuk mendukung sistem fisik dan psikologis melalui bantuan kesembuhan pasien dengan selalu mengajak berpikir positif, menjalani hidup penuh arti dan mampu bertahan terhadap penyakitnya (Witdiawati, Rahayuwati, & Sari, 2017).

Mengingat, tingginya kebutuhan pasien kanker payudara terhadap terapi komplementer, diharapkan perawat mampu melakukan pendekatan secara holistik (bio, psiko, sosio, kultural, spiritual) kepada pasien dalam penanganan penggunaan terapi. Secara khusus, perawat bekerja sangat dekat dengan klien mereka dan berada dalam posisi mengenali titik pandang klien. Oleh karena itu, diharapkan perawat mampu menentukan terapi medis alternatif atau komplementer mana yang lebih sesuai dengan kepercayaan dan menawarkan rekomendasi yang sesuai dengan kebutuhan pasien kanker payudara (Potter & Perry, 2009).

Kesimpulan

Pasien kanker payudara selalu dipahami sebagai kondisi bahwa manusia adalah kompleks, terdisiri dari keterikatan tubuh secara fisik, serta aspek lain seperti psikologi, sosial budaya dan spiritual. Oleh karena itu, perjalanan hidup dalam sebagai pasien kanker payudara sebagai pengalaman sakit selalu melibatkan unsur fisik, psikologis, social budaya dan spiritual.

Perjalanan hidup pasien kanker dalam mencari pilihan terapi harus dimaknai dalam pemahaman sudut pandang pasien dan keluarga itu sendiri. Sehingga para petugas kesehatan harusnya mampu memberikan perawatan dan terapi lebih spesifik sesuai kebutuhan pasien (SS, YA, INR).

Referensi

- Anggraeni, R., Ngatimin, R., & Arsin, A. (2012). *Deteksi dini pada penderita kanker payudara stadium lanjut di RSUD Labuang Baji Makassar*. Diperoleh dari <http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/7599e1c4c12fbfb9d416267405f4c63.pdf>
- Aprianti, D. (2012). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pencarian pelayanan kesehatan pada pasien kanker payudara di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (Skripsi, tidak dipublikasikan). Program Sarjana Universitas Pendidikan Indonesia, Bandung.
- Brousselle, A., Breton, M., Benhadj, L., Tremblay, D., Provost, S., Roberge, D., . . . Tousignant, P. (2017). Explaining time elapsed prior to cancer diagnosis: Patients perspectives. *BMC Health Services Research*, 17 (1), 448. doi: 10.1186/s12913-017-2390-1.
- Frisch, N. (2001). Nursing as a context for alternative/ complementary modalities. *Online Journal of Issues in Nursing*, 6 (2), 2.
- Hikmanti, & Adrian, F.H.N. (2014). Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan pengobatan pada wanita penderita kanker payudara. *Prosiding Seminar Nasional Hasil-Hasil Penelitian & Pengabdian*. Diperoleh dari <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/1253/1306>.
- Irawan, E., Rahayuwati, L., & Yani, D. (2017). Hubungan penggunaan terapi modern dan komplementer terhadap kualitas hidup pasien kanker payudara. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5 (1), 19–28.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kim, M.K., Kim, T., Moon, H.G., Jin, U.S., Kim, K., Kim, J., . . . Han, W. (2015). Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *European Journal of Surgical Oncology*, 41 (3), 426–432, <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2014.12.002>.
- Kroenke, C.H., Kwan, M. L., Neugut, A.I., Ergas, I.J., Wright, J.D., Caan, B.J., . . . Kushi, L.H. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 139 (2), 515–527. doi: 10.1007/s10549-013-2477-2.
- Mahon, S.M. (Ed.) (2011). *Breast cancer*. Pittsburgh, US: Oncology Nursing Society. Diperoleh from <http://www.ebrary.com>.
- Murtiwi, M., Nurachmah, E., & Nuraini, T. (2005). kualitas hidup klien kanker yang menerima pelayanan hospis atau homecare: Suatu analisis kuantitatif. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 9 (1), 13–18. doi: <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v9i1.154>
- Potter, P., & Perry, A. (2009). *Fundamental of nursing* (3rd Ed.). Toronto, ON: Elsevier Canada.
- Redeker, N.S., Lev, E.L., & Ruggiero, J. (2000). Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14 (4), 275–284, 286–290.
- Rumah Sakit Kanker Dharmais. (2014). *Statistik kanker: 10 besar kanker tersering RSKD rawat jalan (kasus baru) tahun 2007*. Diperoleh dari <http://www.dharmais.co.id/index.php/cancer-statistic.html>.
- Siapkan Pengobatan Tradisional di RS. (2014). Diperoleh 17 April 2017, dari <http://kebijakankesehatanindonesia.net/25-berita/berita/198-siapkan-pengobatan-tradisional-di-rs>.
- Universitas Gajah Mada (2012, July 3). Terapi herbal kurang diminati untuk pengobatan kanker. Diperoleh 10 April 2017, dari <https://www.ugm.ac.id/id/newsPdf/4353-terapi.herbal.kurang.diminati.untuk.pengobatan.kanker>.
- Wang, L. (2017). Early diagnosis of breast cancer. *Sensors*, 17 (7), 1572. MDPI AG. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/s17071572>.

- Widyatuti, W. (2008). Terapi komplementer dalam keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12 (1), 53–57. doi: <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v12i1.200>.
- Witdiawati, W., Rahayuwati, L., & Sari, S. (2017). Enculturation in the life pattern of breast cancer patients: An ethno-nursing study on sundanese women. *Jurnal Ners*, 12 (1), 99–107. doi: <http://dx.doi.org/10.20473/jn.v12i1.4143>.
- World Health Organization. (2013). *Breast cancer data*. Diperoleh dari <http://www.who.intl.org>.
- World Health Organization. (2017). *Cancer*. Diperoleh dari <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs297/en/>
- Yabroff, K.R., Lamont, E.B., Mariotto, A., Warren, J.L., Topor, M., Meekins, A., & Brown, M.L. (2008). Cost of care for elderly cancer patients in the United States. *Journal National Cancer Institute*, 100 (9), 630-641. doi: 10.1093/jnci/djn103.

PENURUNAN FUNGSI KOGNITIF DAPAT MENURUNKAN INDEKS MASSA TUBUH LANSIA DI PSTW WILAYAH DKI JAKARTA

Jayanti Indah Layla*, Dwi Nurviyandari Kusuma Wati

Fakultas Ilmu Keperawatan Universita Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*E-mail: jayantilayla@gmail.com

Abstrak

Proses penuaan dapat menyebabkan penurunan fungsi kognitif. Lansia dengan penurunan fungsi kognitif mengalami peningkatan metabolisme yang dapat menyebabkan malnutrisi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan fungsi kognitif dengan indeks massa tubuh lansia di Panti Sosial Tresna Werdha wilayah DKI Jakarta. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* dengan melibatkan 98 lansia yang dipilih melalui *proportional* dan *simple random sampling*. Fungsi kognitif dinilai dengan menggunakan kuesioner *Mini Mental State Examination*, sedangkan status gizi dinilai dengan menggunakan indeks massa tubuh. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dan indeks massa tubuh ($r= 0,550$; $p= 0,0001$; $\alpha= 0,05$). Pemberi pelayanan di panti perlu memiliki keterampilan khusus untuk meningkatkan status gizi pada lansia dengan penurunan kognitif.

Kata kunci: fungsi kognitif, indeks massa tubuh, lingkaran lengan atas, *Mini Mental State Examination*, Panti Sosial Tresna Werdha

Abstract

Cognitive Function Decline can Reduce The Body Mass Index of Elderly in Nursing Home. Aging process affects the decline of the cognitive function. Elderly with cognitive decline may have increased metabolism that can cause of malnutrition. This study aimed to determine the relationship between cognitive function with body mass index of elderly at Panti Sosial Tresna Werdha in DKI Jakarta. The study design was cross sectional with 98 elders, as the samples, who were selected through quota and simple random sampling. Cognitive function was assessed by using the MMSE instrument, while the nutritional status was assessed by using body mass index. The results of this study indicated that there was a significant correlation between cognitive function with body mass index ($r= 0.550$; $p= 0.0001$; $\alpha= 0.05$). Service providers in nursing home must have certain skills to improve the nutritional status of the elderly with cognitive decline.

Keywords: body mass index, cognitive function, MMSE, Panti Sosial Tresna Werdha

Pendahuluan

Penurunan fungsi kognitif yang terjadi pada lansia dapat mengganggu aktivitas makan. Lansia dengan penurunan kognitif dapat lupa dengan cara makan, tidak mengenali makanan, kesulitan melepaskan penutup piring dan pembungkus, kesulitan mengunyah dan menelan (Amella, 2007). Ketidakadekuatan *intake* nutrisi sering terjadi pada lansia dengan penurunan kognitif karena hilangnya kesadaran terhadap kebutuhan makan, menurunnya kema-

dirian dalam makan, agnosia, apraxia, dan munculnya gangguan perilaku (Ebersole, Hess, Touhy, & Jett, 2014).

Lansia dengan penurunan kognitif dapat mengalami kesulitan untuk berkomunikasi dengan orang lain saat mereka lapar dan membutuhkan bantuan untuk makan (Amella, 2007). Masalah lainnya yang dapat mengurangi nafsu makan seperti nyeri, efek obat, mual, buruknya kesehatan gigi dan mulut, serta diet khusus juga dapat memengaruhi asupan oral lansia

dengan penurunan kognitif yang kurang mampu untuk memahami dan mengatasi masalah tersebut (Amella, 2007). Kehilangan berat badan biasanya sering menjadi perhatian penting pada lansia dengan demensia tahap akhir (Ebersole, et al., 2014).

Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa lansia dengan penurunan kognitif lebih rentan mengalami malnutrisi. Hasil penelitian Zekry, et al. (2008) menyebutkan bahwa kelompok lansia dengan demensia memiliki skor *Mini Nutritional Assessment* dan *Body Mass Index* paling rendah jika dibandingkan dengan kelompok lansia dengan gangguan kognitif ringan dan fungsi kognitif normal. Penelitian lainnya dilakukan oleh Khater dan Abouelezz (2011) yang menunjukkan bahwa kelompok lansia dengan gangguan kognitif ringan lebih banyak mengalami gizi kurang disbanding kelompok lansia dengan fungsi kognitif normal. Kemudian, hasil penelitian Boscatto, Duarte, Coqueiro, dan Barbosa (2013) juga menunjukkan bahwa fungsi kognitif berhubungan positif dengan status gizi. Berdasarkan uraian di atas, penelitian ini melihat adanya hubungan fungsi kognitif dengan indeks massa tubuh lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) wilayah DKI Jakarta.

Metode

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* jenis anlitik korelasi. Desain tersebut digunakan untuk mengetahui hubungan fungsi kognitif dengan indeks massa tubuh lansia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) di wilayah DKI Jakarta.

Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 98 responden yang dipilih dengan menggunakan cara *proportional* dan *simple random sampling*. Kriteria inklusi meliputi lansia yang dapat berkomunikasi dengan bahasa Indonesia dan berdiri pada timbangan injak.

Persetujuan etik penelitian telah diberikan oleh dosen pembimbing. Persetujuan izin penelitian

juga telah diberikan oleh Pihak fakultas dan Badan Pelayanan Terpadu Satu Pintu DKI Jakarta. Kemudian peneliti melakukan pengambilan data dengan cara membacakan kuesioner kepada setiap responden. Kuesioner tersebut terdiri dari dua bagian yakni pertanyaan data demografi dan pertanyaan *Mini Mental State Examination*. Hasil uji validitas kuesioner MMSE pada 30 responden menunjukkan bahwa terdapat dua pertanyaan yang tidak valid dengan nilai $r = 0,357$ dan $0,102$ sehingga peneliti melakukan modifikasi terhadap kedua pertanyaan tersebut. Hasil uji reliabilitas memperoleh nilai *Cronbach's Alpha* 0,763. Selain itu, pengambilan data juga dilakukan dengan mengukur panjang depa dan berat badan.

Analisis univariat digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan terakhir, riwayat penyakit, fungsi kognitif, dan indeks massa tubuh, sedangkan analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan fungsi kognitif dengan indeks massa tubuh lansia. Uji hipotesis yang digunakan adalah korelasi *pearson* dengan kemaknaan nilai $p < 0,05$.

Hasil

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar lansia di PSTW berjenis kelamin perempuan (59,2%), berada pada rentang usia 60–74 tahun (74,5%), berstatus janda atau duda (71,5%), memiliki riwayat pendidikan terakhir tidak sekolah (64,3%), dan memiliki riwayat penyakit lain-lain seperti hipertensi, asam urat, gastritis, dan dermatitis (56,1%).

Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa data yang berdistribusi normal dengan rerata 20 dan standar deviasi 6,718. Nilai rerata digunakan sebagai *cut off point* untuk mengaktegorikan fungsi kognitif. Hampir sebagian lansia mengalami penurunan fungsi kognitif. Pengkategorian IMT berdasar pada nilai normal IMT menurut Depkes RI (2005) dalam Fatmah (2010).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Lansia

Karakteristik	(n)	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	40	40,8
Perempuan	58	59,2
Usia		
60–74 tahun	73	74,5
75–90 tahun	23	23,5
>90 tahun	2	2,0
Status Perkawinan		
Tidak Menikah	16	16,3
Janda atau Duda	70	71,5
Menikah	12	12,2
Pendidikan Terakhir		
Tidak tamat sekolah	63	64,3
Tamat SD	16	16,3
Tamat SMP	9	9,2
Tamat SMA	10	10,2
Riwayat Penyakit		
Tidak memiliki riwayat penyakit	30	30,6
Stroke	6	6,1
Diabetes Mellitus	4	4,1
PPOK	2	2,0
Kanker	1	1,0
Lain-lain	55	56,1
Fungsi Kognitif		
Normal	46	46,9
Penurunan	52	53,1
IMT		
Gizi Kurang (<18,5 kg/m ²)	45	45,9
Normal (18,5–25 kg/m ²)	47	48,0
Gizi lebih (>25 kg/m ²)	6	6,1

Tabel 2. Hubungan Fungsi Kognitif dengan Status Gizi Lansia berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Variabel	Mean	Standar Deviasi	r/ p
Fungsi Kognitif	20	6,718	0,550 /
IMT	19,27	4,1822	0,0001*

(*p=0,0001; $\alpha=0,05$)

Hampir setengah dari total lansia mengalami status gizi kurang.

Hasil analisis bivariat pada Tabel 2 menunjukkan bahwa terdapat hubungan fungsi kognitif dengan indeks massa tubuh lansia dengan nilai p sebesar 0,0001 ($\alpha=0,05$).

Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan fungsi kognitif dengan indeks massa tubuh lansia sebagai salah satu pengukuran status gizi. Hal ini sejalan dengan beberapa hasil penelitian sebelumnya. Penelitian

Boscatto, et al. (2013) pada 134 lansia dengan usia antara 80 sampai 100 tahun yang tinggal di masyarakat negara Brazil menunjukkan bahwa fungsi kognitif berhubungan positif dengan status gizi. Penelitian lainnya oleh El Zoghbi, et al. (2013) pada lansia yang tinggal di institusi negara Lebanon menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara skor MMSE dan skor MNA. Adanya kesamaan ini dapat disebabkan terganggunya aktivitas makan pada lansia dengan penurunan fungsi kognitif. Kegiatan makan memerlukan kemampuan kognitif untuk mengambil keputusan terhadap jenis dan kuantitas makanan (Dovey, 2010 dalam Laguna & Chen, 2015). Lansia dengan penurunan kognitif dapat lupa dengan cara makan, tidak mengenali makanan, kesulitan melepaskan penutup piring dan pembungkus makanan (Amella, 2007).

Lansia dengan gangguan kognitif juga dapat mengalami ketidakadekuatan *intake* nutrisi. Hal tersebut disebabkan oleh hilangnya kesadaran terhadap kebutuhan makan, menurunnya kemandirian dalam makan, agnosia, apraxia, dan gangguan perilaku yang dialami oleh lansia dengan gangguan kognitif (Ebersole, et al., 2014). Beberapa perubahan perilaku yang biasanya muncul seperti keluyuran, agitasi, gangguan tidur dan irama sirkadian, serta hiperaktivitas terutama pada malam hari dapat menyebabkan peningkatan pengeluaran energi pada lansia dengan gangguan fungsi kognitif (Martin & Preedy, 2015). Sebuah penelitian menunjukkan adanya ketidakseimbangan pengeluaran energi dari aktivitas fisik dengan asupan energi pada klien *Alzheimer's Disease* (Poehlman & Dvorak, 2000).

Lansia dengan gangguan kognitif juga sering mengalami kesulitan berkomunikasi dengan orang lain. Kesulitan tersebut dapat terjadi saat lansia lapar dan membutuhkan bantuan untuk makan (Amella, 2007). Masalah lainnya yang dapat mengurangi nafsu makan pada lansia seperti nyeri, efek obat, mual, buruknya kesehatan gigi dan mulut, serta diet khusus dapat memengaruhi asupan oral lansia dengan

gangguan kognitif yang kurang mampu untuk memahami dan mengatasi masalah tersebut (Amella, 2007). Menurut Ebersole et al. (2014) kehilangan berat badan biasanya sering menjadi perhatian penting pada lansia dengan demensia tahap akhir.

Selain itu, hasil penelitian ini juga dapat disebabkan karena meningkatnya *basal metabolic rate* (BMR) pada lansia dengan gangguan kognitif. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa *basal metabolic rate* (BMR) pada pasien *Alzheimer's Disease* (salah satu jenis demensia) lebih meningkat dibandingkan individu yang memiliki fungsi kognitif normal (Wolf-Klein, et al., 1995 dalam Martin & Preedy, 2015). Beberapa faktor yang dapat meningkatkan BMR pada klien dengan *Alzheimer's Disease* (AD) meliputi peningkatan penggunaan protein, perubahan fungsi tiroid, peningkatan aktivitas sistem saraf simpatik pada ganglia basal, dan kebocoran proton yang menyebabkan kerusakan mitokondria (Martin & Preedy, 2015).

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah kesulitan saat memvalidasi data karakteristik responden yang meliputi usia, status perkawinan, pendidikan terakhir, dan riwayat penyakit dengan menggunakan dokumen yang dimiliki oleh pihak panti. Dokumen riwayat sosial tidak seluruhnya disertai dengan bukti fotokopi kartu tanda penduduk responden. Kemudian terdapat pula dokumen riwayat sosial yang memiliki beberapa formulir pengkajian sosial dengan isian data yang berbeda. Beberapa dokumen rekam medik juga tidak memiliki data lengkap terkait riwayat penyakit responden.

Peneliti tidak melakukan tes gula darah dalam pengkajian riwayat penyakit diabetes mellitus. Peneliti tidak menggunakan kuesioner asli MMSE karena beberapa pertanyaannya telah dimodifikasi sesuai dengan hasil uji validitas dan kondisi lansia di PSTW. Peneliti juga merasa kesulitan dalam memvalidasi jawaban lansia saat pengkajian MMSE sehingga

penilaian dilakukan apa adanya sesuai dengan jawaban yang diberikan oleh lansia.

Kesimpulan

Penelitian ini menghasilkan data gambaran karakteristik yang meliputi sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan, berada pada rentang usia 60–74 tahun (*elderly*), tidak sekolah, berstatus janda atau duda, dan memiliki riwayat penyakit lain-lain seperti hipertensi, asam urat, gastritis, serta dermatitis. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hampir sebagian dari lansia di Panti Sosial Tresna Werdha mengalami penurunan fungsi kognitif. Mayoritas lansia dalam penelitian ini mengalami masalah status gizi kurang berdasarkan nilai indeks massa tubuh. Selain itu, pada penelitian ini juga didapat kesimpulan bahwa terdapat hubungan fungsi kognitif dengan indeks massa tubuh lansia.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi bagi pemberi pelayanan di panti dan perawat gerontik agar dapat meningkatkan keterampilan dalam memberi intervensi terkait masalah kognitif maupun status gizi pada lansia. Kemudian, hasil penelitian ini juga dapat dijadikan data dasar dalam mengembangkan penelitian selanjutnya (JH, AYN, TN).

Referensi

- Amella, B.E.J. (2007). Eating and feeding issues in older adults with dementia part I: Assessment. *New York*, 26 (1).
- Boscatto, E.C., Duarte, Mde.F., Coqueiro, Rda.S., Barbosa, A.R. (2013). Nutritional status in the oldest elderly and associated factors. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 59 (1), 40–47. doi: 10.1590/S0104-42302013000100010.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T.A., & Jett, K. (2014). *Ebersole & Hess' toward healthy aging: Human needs & nursing response* (4th Ed.). United States of America: Elsevier, Inc.
- El Zoghbi, M., Boulos, C., Amal, A. H., Saleh, N., Awada, S., Rachidi, S., ... Salameh, P. (2013). Association between cognitive function and nutritional status in elderly: A cross-sectional study in three institutions of Beirut—Lebanon. *Geriatric Mental Health Care*, 1 (4), 73–81. doi:10.1016/j.gmhc.2013.04.007.
- Fatmah. (2010). *Gizi Usia Lanjut*. Jakarta: Erlangga.
- Khater, M. S., & Abouelezz, N. F. (2011). Nutritional status in older adults with mild cognitive impairment living in elderly homes in Cairo, Egypt. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15 (2), 104–8. <http://doi.org/10.1007/s12603-011-0021-9>.
- Laguna, L., & Chen, J. (2015). The eating capability: constituents and assessments. *Food Quality and Preference*, 48, 345–358. <http://doi.org/10.1016/j.foodqual.2015.03.008>.
- Martin, Colin R & Preedy, Victor R. (2015). *Diet and nutrition in dementia and cognitive decline*. United States of America: Elsevier Inc.
- Poehlman, E.T., & Dvorak, R.V. (2000). Energy expenditure, energy intake, and weight loss in Alzheimer disease. *American Society for clinical Nutrition*, 71 (2), 650–655. Diperoleh dari <http://ajcn.nutrition.org/content/71/2/650s.long>.
- Zekry, D., Herrmann, F.R., Grandjean, R., Meynet, M.P., Michel, J.P., Gold, G., & Krause, K. H. (2008). Demented versus non-demented very old inpatients: The same comorbidities but poorer functional and nutritional status. *Age and Ageing*, 37 (1), 83–89. <http://doi.org/10.1093/ageing/afm132>.