

ISSN : 2503-1376

**Jurnal** **PERSATUAN**  
**PERAWAT**  
**NASIONAL**  
INDONESIA



JPPNI	VOLUME 1	NOMOR 2	AGUSTUS-NOVEMBER 2016
-------	-------------	------------	--------------------------

## **Deskripsi Jurnal:**

Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI) merupakan jurnal resmi Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Jurnal ini merupakan jurnal dengan peer-review yang diterbitkan secara berkala setiap 4 bulan sekali, berfokus pada pengembangan keperawatan di Indonesia. Tujuan diterbitkan JPPNI adalah untuk mewujudkan keperawatan sebagai suatu profesi yang ditandai oleh kegiatan ilmiah yaitu kegiatan penelitian yang dilakukan oleh perawat di Indonesia, dikomunikasikan melalui media jurnal yang dikelola oleh organisasi profesi, dan didistribusikan ke kalangan perawat, pemangku kepentingan, dan masyarakat.

JPPNI menerima naskah yang dapat berkontribusi dalam mewujudkan visi PPNI yaitu sebagai wadah nasional yang memiliki kekuatan suara komunitas keperawatan dan peduli terhadap pemberian pelayanan/asuhan keperawatan yang bermutu bagi kepentingan masyarakat. Selain itu, naskah yang diterima juga diharapkan dapat berkontribusi dalam mewujudkan misi PPNI untuk menguatkan manajemen dan kepemimpinan PPNI untuk mencapai organisasi yang berwibawa, jejaring yang kuat di tingkat kepengurusan Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota, dan Komisariat; mendukung perawat Indonesia untuk melakukan praktik keperawatan yang aman, kompeten dan professional bagi masyarakat Indonesia; dan menjadi pintu gerbang standar keperawatan regional dan internasional.

**JURNAL PERSATUAN PERAWAT NASIONAL  
INDONESIA  
( JPPNI )**

---

Volume 1, Nomor 2, Agustus-November 2016

---

**DAFTAR ISI**

10. Stres Kerja <i>Shift</i> Malam dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap <b>Ahsan, Humaera Hafid</b> .....	93-100
11. Makna Beban dan Sumber Dukungan Keluarga dalam Merawat Anak Autis: Studi Fenomenologi <b>Dinarti</b> .....	101-109
12. Pengembangan Alat Ukur Beban Kerja Mental Perawat dalam Interaksi Asuhan Keperawatan <b>Ati Surya Mediawati, Ely Nurachmah, Muchtaruddin Mansyur, Tries Eryando</b> .....	110-126
13. Pengaruh Implementasi Program <i>Pro-Self</i> terhadap Kecemasan dan Depresi Pasien Kemoterapi <b>Jihanni Mustika Mawardani, Haryani, Probosuseno</b> .....	126-136
14. Pengalaman Orang Tua yang Memiliki Anak dengan Hidrosefalus <b>Mawar Oktaviani, Lina Dewi Anggraini, Chatarina Indriati Kusumaningsih</b> .....	137-144
15. <i>Cross cultural</i> Skala Stigma terkait HIV/AIDS pada Mahasiswa Keperawatan <b>Anita Kustanti, Yanri Wijayanti, Ibrahim Rahmat</b> .....	145-153
16. Hubungan Persepsi Lingkungan Pembelajaran Klinik dengan Perilaku <i>Caring</i> pada Mahasiswa Profesi Ners <b>Yenny Tangke Layuk, Totok Harjanto, Elsi Dwi Hapsari</b> .....	154-167
17. Studi Fenomenologi: Respon Kecemasan Keluarga Selama Mendampingi Pasien pada Fase <i>End of Life</i> di Rumah Sakit <b>Yuldensia Avelina</b> .....	168-175



# STRES KERJA *SHIFT* MALAM DAN KINERJA PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP

Ahsan, Humaera Hafid

Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya  
E-mail: ahsanfkub@yahoo.com

## ABSTRAK

**Tujuan penelitian:** Tujuan penelitian ini ialah mengetahui adanya hubungan antara stres kerja *shift* malam dan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Wava Husada Kepanjen, Kabupaten Malang. **Metode:** Desain penelitian ini ialah penelitian korelasional dengan sampel 30 perawat yang bekerja di ruang rawat inap RS Wava Husada tahun 2014, menggunakan teknik *purpose sampling*. Hasil data dianalisis dengan uji statistik, yaitu *Fisher probability exact test*. **Hasil:** Sebagian besar perawat *shift* malam berada pada klasifikasi stres ringan, yaitu 16 perawat atau sebanyak 53,3 persen. Sebagian besar berada pada klasifikasi baik (23 perawat atau sebanyak 76,7 persen). **Diskusi:** Petugas kesehatan disarankan untuk mengetahui efek stres kerja terhadap kinerja perawat sebagai upaya untuk meningkatkan kinerja perawat. **Simpulan:** Ada hubungan antara stres kerja *shift* malam dan kinerja perawat pelaksana.

**Kata Kunci :** kinerja, *shift* malam, stres kerja.

## ABSTRACT

**Objective:** This study is aimed at identifying the correlation between stress due to night-shift work and nurse performance in providing nursing care at inpatient wards of Wava Husada Hospital, Kepanjen, Malang Regency. **Methods:** This study employed correlational design with a sample size of 30 nurses working at inpatient wards of Wava Husada Hospital in 2014 and taken using purpose sampling. Data were analyzed with using Fisher probability exact test. **Results:** This study indicated that 16 nurses (53.3%) working the night-shift were low level of stress. Most of nurses (23 nurses or 76.7%) were in the category of good. **Discuss:** It is recommended that healthcare workers know the effects of work-related stress on nurse performance in order to increase nurse performance. **Conclusion:** It can be concluded that there is a correlation between stress due to night-shift work and nurse performance.

**Keywords:** performance, night-shift, work-related stress.

## LATAR BELAKANG

Perubahan ilmu pengetahuan, teknologi, dan globalisasi dunia berdampak secara langsung terhadap sistem pendidikan dan pelayanan kepada masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan. Tuntutan atas pelayanan kesehatan berkualitas yang diberikan semakin meningkat. Rumah sakit sebagai institusi yang mempunyai fungsi dan tugas memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara paripurna juga merupakan organisasi yang sangat kompleks

karena sumber daya manusia yang bekerja terdiri atas berbagai disiplin ilmu dan jenis keahlian. Rumah sakit merupakan salah satu bentuk organisasi yang kegiatannya memberikan pelayanan yang baik berupa promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Untuk mencapainya, dibutuhkan kinerja karyawan, khususnya perawat yang baik yang sifatnya subjektif, dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, sikap mental, kepribadian, pendidikan (Retyaningtyas, 2005).

Sumber daya manusia yang terlibat secara langsung dalam pemberian pelayanan kepada pasien rumah sakit sekitar 40 persennya ialah tenaga perawat (Hasibuan, 2009). Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan sehingga kepentingan pelayanan keperawatan mempunyai arti penting bagi klien selama 24 jam secara terus-menerus, khususnya dalam proses penyembuhan maupun rehabilitasi di rumah sakit Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2008).

Dalam berkegiatan, pekerja rumah sakit terpapar bahaya potensial seperti radiasi, bahan kimia beracun, bahaya biologis, panas, bising, debu, dan stres. Untuk melindungi pekerja dari semua faktor bahaya yang ada, diterapkan kesehatan dan keselamatan kerja (K3) di rumah sakit. Penerapan K3 di rumah sakit bertujuan untuk menekan serendah mungkin risiko kecelakaan dan penyakit yang timbul akibat hubungan kerja serta meningkatkan produktivitas dan efisiensi.

Demi tercapainya pelayanan kesehatan yang maksimal, efisien, dan hasil kerjanya dapat dirasakan sepenuhnya oleh masyarakat dalam 24 jam, diperlukan 3 *shift* kerja, yaitu *shift* pagi: pukul 06.00–14.00, *shift* siang: 14.00–22.00, dan *shift* malam: pukul 22.00–06.00 (Sedarmayanti, 2006).

Jenis *stressor* yang diungkapkan oleh perawat berkaitan dengan *shift* malam salah satunya ialah perawat yang bertugas pada malam hari lebih sedikit, lamanya dinas atau jam bekerja yang lebih panjang daripada *shift* yang lainnya, dan jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan pada *shift* malam lebih banyak. Pada *shift* malam hanya ada dua perawat yang bekerja dan fokus terhadap pasien, tidak ada perawat pengganti dalam pengoperasian alat. Efek fisiologis yang ditimbulkan misalnya pandangan kabur, kepala terasa pusing, buang air besar (BAB) tidak lancar, perut terasa mual dan perih,

badan terasa sangat letih, dan lain-lain. Efek psikososial yang ditimbulkan misalnya mudah marah atau tersinggung, bersikap kurang sabar, merasa jiwanya tertekan, dan lain-lain. Efek-efek tersebut tentunya dapat menurunkan prestasi kerja perawat, seperti penurunan konsentrasi dan penurunan kewaspadaan sehingga akan memengaruhi mutu pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit (Stuart, 2007).

Konsep stres kerja dinyatakan sebagai agen penyebab berbagai masalah fisik, psikologis, bahkan *output* karyawan dalam organisasi. Banyak studi yang menghubungkan stres kerja dengan berbagai hal, misalnya stres kerja dengan kepuasan, kesehatan mental, ketegangan, ketidakhadiran, dan kinerja (Sedarmayanti, 2006). Stres kerja tidak hanya berpengaruh terhadap individu, tetapi juga terhadap biaya organisasi dan industri. Tingkat stres tinggi dapat menimbulkan kerentanan penyakit atau "*distress*" dan memberikan gejala fisik dan psikologis (Stuart, 2008). Manifestasi stres yang dialami seseorang dapat dilihat dari perubahan perilaku (*behavior change*).

Badan statistik Indonesia belum mengeluarkan data khusus tentang jumlah karyawan yang mengalami stres kerja. Dinas Kesehatan DKI Jakarta mengungkapkan 11,6 persen atau 17,4 juta jiwa mengalami gangguan mental emosional atau gangguan kesehatan jiwa berupa gangguan kecemasan dan depresi. Gangguan kejiwaan kecemasan dan depresi yang diakibatkan stres kerja atau yang berhubungan dengan tempat kerja sebesar 37 persen atau 6,4 juta jiwa. Angka tersebut diperoleh dari survei kesehatan daerah tentang gangguan jiwa mental dan emosional oleh Kementerian Kesehatan (Depkes RI, 2008).

Perawat merupakan pekerjaan yang mempunyai tingkat stres yang tinggi karena saat bekerja, perawat berhubungan langsung dengan berbagai macam pasien

dengan diagnosis penyakit dan respons yang berbeda-beda (Desak, 2008). Tingginya stres yang dialami perawat dalam bekerja membuatnya jenuh dan bosan, akhirnya berpengaruh terhadap produktivitas kerja dan menyebabkan penurunan kinerja perawat (Hasibuan, 2009).

Berdasarkan pembahasan tersebut, salah satu masalah di ruang rawat inap yang bisa diungkapkan ialah standar praktik keperawatan sebagai pedoman kerja tenaga profesional keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Perawat di ruang rawat inap perlu mengetahui sumber-sumber atau faktor-faktor stres supaya mampu mengembangkan manajemen stres dalam upaya meningkatkan kinerja yang tepat sehingga terjalin hubungan baik dengan teman sejawat, pimpinan, dan tim kesehatan yang lain (Hasibuan, 2009).

Alasan penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Wava Husada Kepanjen ialah karena rumah sakit ini banyak menerima pasien sehingga aktivitas kerja perawat *shift* malam benar-benar dipertaruhkan kinerjanya. Pihak manajemen rumah sakit sedang berusaha meningkatkan kualitas layanan di seluruh sektor sehingga penelitian ini dapat dijadikan masukan yang positif.

Fenomena dan latar belakang tersebut membuat penulis tertarik melakukan penelitian tentang hubungan stres kerja *shift* malam dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Wava Husada Kepanjen, Kabupaten Malang.

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *analisis korelasional*, yakni penelitian ini bertujuan mencari hubungan antara stres kerja perawat *shift* malam

dan kinerja perawat di RS Wava Husada Kepanjen, Kabupaten Malang. Perawat yang menjadi sampel dalam penelitian ini ialah perawat yang bekerja di ruang rawat inap RS Wava Husada, yaitu sebanyak 30 orang yang memenuhi kriteria inklusi di ruang perawatan C dan D. Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel *purpose sampling*, yaitu responden yang berjumlah 32 orang diberikan kode responden masing-masing, kemudian dilakukan pengundian sesuai keinginan yang diharapkan sampai mendapatkan sampel 30. Setelah mendapatkan surat persetujuan penelitian dari Tim Tugas Akhir Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya (TA FK UB), peneliti kemudian melakukan penelitian di RS Wava Husada Kepanjen, Kabupaten Malang selama 1 bulan. Kuesioner dibagikan sekaligus untuk responden dengan jumlah 30 orang.

Lokasi penelitian ini dilakukan di RS Wava Husada Kepanjen, Kabupaten Malang. Waktu penelitian dimulai sejak 15 Desember sampai 27 Desember 2014. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini ialah dengan menggunakan alat atau instrumen penelitian berupa angket atau kuesioner yang dirancang berdasarkan faktor-faktor yang berhubungan dengan stres kerja. Kuesioner ini dikonsultasikan kepada tim pembimbing dengan validitas dan reliabilitas 0,05.

Teknik analisis data menggunakan analisis univariat untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik variabel penelitian dan analisis bivariat untuk mencari hubungan tentang stres kerja perawat *shift* malam dengan kinerja perawat. Perhitungan data untuk keperluan analisis menggunakan uji statistik metode *spearman rank*.

**HASIL****Tabel 1.** Distribusi responden berdasarkan karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, stres kerja, dan kinerja

No	Usia	Jenis Kelamin		Pendidikan			Stres Kerja			Kinerja		
		L	P	D-3	S-1	S-2	Ringan	Sedang	Berat	Kurang	Cukup	Baik
1	20 tahun – 25 tahun	8	9	10	3	0	3	2	0	0	1	5
2	26 tahun – 30 tahun	2	3	7	0	0	4	3	0	0	2	8
3	31 tahun – 35 tahun	2	4	5	1	0	5	3	0	1	2	6
4	36 tahun – 40 tahun	0	2	4	0	0	4	4	0	0	1	4
5	di atas 40 tahun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	12	18	26	4	0	16	12	0	1	6	23

Berdasarkan data pada Tabel 1 dapat diperoleh informasi bahwa jumlah responden sebagian besar adalah usia 20 tahun sampai dengan 25 tahun sebanyak 56,7 persen. Pada usia ini, seseorang masuk dalam rentang usia produktif, ketika seseorang masih mampu menghasilkan sesuatu.

Berdasarkan data tersebut, dapat diperoleh informasi bahwa jumlah responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 60 persen. Perempuan dianggap sebagai pengurus utama yang mampu mengurus pasien dengan baik serta lebih banyak klien yang canggung atau malu jika dengan perawat laki-laki. Sisanya sebanyak 40 persen berjenis kelamin laki-laki dari 30 responden. Berdasarkan data tersebut dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan pendidikan sebagian besar berpendidikan D-3 sebanyak 26 orang atau 86,7 persen dari 30 responden. Pendidikan

D-3 merupakan syarat minimal untuk menjadi perawat di RS Wawa Husada Kepanjen, Kabupaten Malang.

Berdasarkan data tersebut dapat dilihat bahwa distribusi responden berdasarkan tingkat stres sebagian besar mengalami stres ringan sebanyak 16 perawat atau 53,3 persen, mengalami stres sedang sebanyak 12 perawat atau 40 persen, dan mengalami stres berat sebanyak 2 perawat atau 6,7 persen. Kondisi ini menunjukkan perawat *shift* malam memiliki sebanyak 12 perawat atau 40 persen dan stres berat 2 perawat atau 6,7 persen. Kondisi ini menunjukkan bahwa dari 30 responden perawat *shift* malam, rata-rata mengalami stres kerja.

Berdasarkan data tersebut dapat dilihat bahwa distribusi responden sebagian besar memiliki kinerja baik, yaitu sebanyak 23 perawat atau 76,7 persen. Perawat dengan kinerja cukup sebanyak 6 perawat atau 20

persen dari 30 responden.

Dilakukan uji statistik mengenai hubungan stres kerja *shift* malam dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat

inap RS Wawa Husada Kepanjen, Kabupaten Malang. Hasil analisis statistik hubungan stres kerja dengan variabel kinerja perawat dapat terlihat pada Tabel 2 berikut ini.

**Tabel 2.** Tabulasi silang hubungan stres kerja *shift* malam dengan kinerja perawat pelaksana

Stres Kerja	Kinerja						Total
	Kurang		Cukup		Baik		
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	
Ringan	0	0	7	23,3	9	30	16
Sedang	0	0	0	0	12	40	12
Berat	1	3,3	0	0	1	3,3	2
Total	1	3,3	7	23,3	22	73,3	30

Berdasarkan data pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa perawat yang mengalami stres kerja ringan memiliki kinerja cukup sebanyak 7 perawat dan kinerja baik sebanyak 9 perawat. Perawat yang mengalami stres kerja sedang memiliki kinerja baik sebanyak 12 perawat. Perawat yang mengalami stres kerja berat memiliki kinerja kurang sebanyak 1 perawat. Tabel tabulasi silang menunjukkan terdapat nilai 0 atau di bawah angka 5.

Nilai ekspektasi  $<5$  tersebut menyebabkan uji *spearman rank* tidak dapat digunakan untuk menguji hipotesis penelitian. Untuk mengatasi kelemahan uji *spearman rank* tersebut digunakan *Fisher probability exact test*.

Hubungan stres kerja *shift* malam dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Wawa Husada Kepanjen, Kabupaten Malang.

**Tabel 3.** Hasil analisis hubungan stres kerja *shift* malam dengan kinerja perawat pelaksana

Variabel	Fisher Probability Exact Test	Exact Sig
Stres kerja – kinerja	8,465	0,047

Berdasarkan data pada Tabel 3 didapatkan hasil value dari uji *Fisher probability exact test* sebanyak 8,465 dengan nilai *exact significant* 0,047. (*exact sig.*  $<5\%$ ). Hasil uji *Fisher probability exact test* menunjukkan terdapat hubungan antara stres kerja *shift* malam dan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Wawa Husada Kepanjen, Kabupaten Malang.

## DISKUSI

### Stres Kerja *Shift* Malam

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan tingkatan stres kerja pada perawat *shift* malam yang terbagi menjadi tiga tingkatan stres, yaitu stres ringan, stres sedang, dan stres berat. Berdasarkan distribusi pada tingkatan stres kerja sebagian besar perawat *shift* malam pada klasifikasi stres ringan (16 perawat atau sebanyak 53,3 persen).

Kebiasaan orang pada umumnya ialah tidur pada malam hari. Malam hari yang tenang memang secara alami diciptakan untuk istirahat. Perubahan pola istirahat ini tentunya memiliki dampak psikologis maupun fisik. Di samping itu, para perawat *shift* malam harus siap siaga menjaga dan melayani pasien dengan segala macam perilaku. Keadaan ini ditunjukkan dengan hasil penelitian bahwa sebagian besar perawat *shift* malam mengalami stres ringan.

Stres kerja merupakan kondisi ketegangan yang menciptakan adanya ketidakseimbangan fisik dan psikis, yang memengaruhi emosi, proses berpikir, dan kondisi seorang karyawan (Depkes RI, 2008). Stres merupakan kondisi ketegangan yang berpengaruh terhadap emosi, jalan pikiran, dan kondisi fisik seseorang (Sedamayanti, 2006). Ketegangan bisa disebabkan beban kerja dan rasa lelah dapat terjadi dan dirasakan oleh perawat *shift* malam. Beban tugas perawat *shift* malam memiliki beban lebih, yaitu harus mampu mengesampingkan rasa lelah dan mengantuk untuk memberikan layanan kepada pasien yang sewaktu-waktu membutuhkan layanannya (Megawaty, 2012).

Hasil penelitian ini memberikan gambaran bahwa perawat *shift* malam sebagian besar mengalami stres ringan, yaitu sebanyak 53,3 persen, sedangkan sebanyak 40 persen mengalami stres sedang dan 2 perawat mengalami stres berat. Hal ini mendukung teori bahwa pekerja *shift* malam akan mengalami rasa kantuk atau lelah karena kurang istirahat serta mengalami penurunan nafsu makan.

### **Kinerja Perawat *Shift* Malam**

Berdasarkan hasil penelitian, didapati bahwa kinerja perawat *shift* malam sebagian besar pada kategori baik, yaitu 23 orang atau sebanyak 76,7 persen. Tugas perawat sebagai tenaga kesehatan ialah memberikan

layanan kesehatan sesuai dengan asuhan keperawatan dengan sebaik-baiknya dengan mengesampingkan masalah pribadi, waktu, dan tempat. Di mana pun seorang perawat dibutuhkan untuk melayani pasien, ia harus selalu siap memberi layanan. Demikian juga perawat *shift* malam harus memiliki kesanggupan mempertahankan kinerjanya sebaik mungkin.

Dalam Undang-Undang (UU) Kesehatan No. 36 Tahun 2009 disebutkan bahwa kinerja keperawatan merupakan aktivitas yang diberikan kepada klien melalui pelaksanaan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan layanan kesehatan. Pembagian 3 *shift* ditujukan agar tidak terjadi penurunan produktivitas kerja pada perawat. Menurut Sarwono (2006), kinerja adalah hasil secara kualitas maupun kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

Kinerja perawat pada *shift* malam tecermin pada hasil penelitian ini, yaitu sebagian besar perawat memiliki kinerja baik sebanyak 76,7 persen, perawat dengan kinerja cukup sebanyak 20 persen, serta perawat yang memiliki kinerja kurang sebanyak 3,3 persen. Banyak faktor yang memengaruhi kinerja perawat, antara lain tingkat keterampilan, hubungan antartentaga kerja, manajemen kinerja, kreativitas, tingkat penghasilan, lingkungan, sarana dan prasarana, sikap kerja seperti kesediaan untuk bekerja secara bergiliran (*shift work*) dan bekerja dalam suatu tim. Perawat bersedia bekerja secara bergiliran sesuai pembagian *shift* pekerjaan yang berat pada perawat *shift* malam, yakni harus selalu siap melayani pasien di saat jam istirahat. Selama perawat pada *shift* malam, tidak ada beban lain yang ditanggungnya, misalnya beban atau masalah keluarga, masalah ekonomi, atau masalah kehidupan lainnya, bekerja pada *shift* malam bukanlah suatu tugas yang

berat. Hal ini terjadi karena perawat memang disiapkan untuk melakukan tugas dalam kondisi apa pun. Seorang perawat dididik untuk mengutamakan memberikan layanan kepada pasien.

### **Hubungan antara Stres Kerja Shift Malam dan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RS Wawa Husada Kepanjen, Kabupaten Malang.**

Hasil analisis hubungan antara stres kerja *shift* malam dan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Wawa Husada Kepanjen Kabupaten Malang menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara stres kerja *shift* malam dan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Wawa Husada Kepanjen Kabupaten Malang karena nilai signifikansi ( $p$ ) lebih kecil dari alfa ( $\alpha$ ).

Tekanan dalam bekerja merupakan hal yang banyak dialami pada sebagian pekerja malam. Hal ini disebabkan pola tidur yang tidak teratur. Di samping itu, perawat harus melayani pasien yang sewaktu-waktu membutuhkan tenaganya dengan kesiagaan yang penuh. Jika perawat *shift* malam dengan beban tugas yang berat ini mengalami tekanan atau stres, tentunya berdampak terhadap layanan yang diberikan atau menurunkan kualitas kerja.

Efek kerja *shift* malam ialah kualitas tidur pada siang hari tidak seefektif tidur malam, juga berisiko pada pencernaan, sistem saraf, jantung, dan pembuluh darah. Seseorang yang jarang tidur di malam hari mengalami penurunan nafsu makan sehingga berdampak pula terhadap gangguan pencernaan sehingga *shift* kerja malam juga dapat mengurangi kemampuan kerja, meningkatkan kesalahan dan kecelakaan, menghambat hubungan sosial dan keluarga dalam bermasyarakat (Wambrau, 2006). Hasil penelitian menunjukkan hipotesis

penelitian diterima yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara stres kerja *shift* malam dan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Wawa Husada Kepanjen, Kabupaten Malang.

### **SIMPULAN**

Stres kerja *shift* malam dapat menurunkan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RS Wawa Husada Kepanjen, Kabupaten Malang. Institusi pelayanan kesehatan diharapkan mampu meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat yang seharusnya juga memperhatikan tenaga kesehatan, salah satunya perawat dengan memberikan motivasi, baik secara psikologis berupa penghargaan, insentif, maupun pelatihan-pelatihan secara berkesinambungan sehingga dapat menekan terjadinya tekanan dalam menjalankan tugas serta dapat meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI. (2008). "Profil Kesehatan Indonesia 2008". <http://www.depkes.go.id>
- Desak (2008). "Hubungan Stres dan Mekanisme Koping dengan Dukungan Sosial Keluarga dalam Merawat Pasien Gagal Ginjal Kronik di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto". Skripsi. Universitas Pembangunan Nasional Veteran, Jakarta.
- Hasibuan, M.S.P. (2009). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Megawaty. (2012). *Hubungan Efek Fisiologis Shift Malam dan Kinerja Perawat di Ruang Intensive Care Unit RSUD Kabupaten Malinau*, Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Sumatera Utara, Medan.

- Retyaningyas, D. (2005). "Hubungan Antara Stres Kerja dengan Produktivitas Kerja di Bagian Linting Rokok PT. Gentong Gotri Semarang". Semarang, Jurnal.
- Sarwono, (2006). "Hubungan Masa Kerja dengan Stres Kerja pada Pustakawan Perpustakaan". *Berkala Ilmu Perpustakaan dan Informasi*, Volume 31, No. 1. Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Sedarmayanti. (2006). *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*. Bandung: Mandar Maju.
- Stuart, G.W. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Wambrauw, J. 2006. *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Dokter Dalam Penulisan Resep Sesuai dengan Formularium Rumah Sakit Umum R.A. Kartini Jepara Tahun 2006*, Tesis, Universitas Diponegoro, Semarang.

# MAKNA BEBAN DAN SUMBER DUKUNGAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANAK AUTIS: STUDI FENOMENOLOGI

Dinarti

Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta 15421, Indonesia

E-mail: din\_rh@yahoo.co.id

## ABSTRAK

Autisme didefinisikan sebagai suatu gangguan perkembangan yang kompleks menyangkut komunikasi, interaksi sosial, dan aktivitas imajinasi. Anak penyandang autis mempunyai masalah gangguan dalam bidang komunikasi, interaksi sosial, sensoris, pola bermain, perilaku, dan emosi. Orangtua yang memiliki anak penyandang autis pasti tampak berbeda dari orangtua lainnya. Keberadaan anak autis dengan perilakunya di dalam keluarga menimbulkan *stressor* tersendiri bagi setiap anggota keluarganya. **Tujuan penelitian:** menguraikan secara mendalam pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga serta makna dalam merawat anak autis.

**Metode:** Desain penelitian metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Teknik pengambilan partisipan dilakukan secara *purposive sampling*. Sebanyak enam partisipan berpartisipasi pada penelitian ini. Pengumpulan data dilakukan dengan cara teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dan menggunakan catatan lapangan (*field note*). Hasil wawancara mendalam dan catatan lapangan dianalisis menggunakan metode Colaizzi. **Hasil:** hasil penelitian penelitian mengidentifikasi tujuh tema, yaitu beban psikologis, beban finansial, dukungan sosial, dukungan keluarga, perhatian tanpa pamrih, kecewa terhadap pemberi dukungan, dan takdir. **Diskusi:** Rekomendasi penelitian adalah perawat dapat meningkatkan kompetensi dalam melakukan pengkajian terhadap kebutuhan keluarga dalam merawat klien dengan autis sehingga semakin tepat dalam memberikan intervensi kepada keluarga terutama untuk meningkatkan kemampuan dan meminimalkan beban yang dirasakan keluarga anak dengan autis.

**Kata Kunci:** anak autis, keluarga, beban, sumber dukungan.

## ABSTRACT

Autism is defined as a complex developmental disorder that includes communication, social interaction and imaginative activities. Children with autism have problems in communication, social interaction, sensory processing disorder, play patterns, behaviors and emotions. Parents who have a child with autism will be different from the other parents in every aspect. The existence of a child with autism and his/her behavior are stressor for each member of the family. **Objectives:** This study is aimed at explain in depth about family's experience of burden and source of support and their significance family in caring for children with autism. **Methods:** This study employed qualitative method with phenomenological approach. Six participants were taken using purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews and using field notes. The results of in-depth interviews and field notes were analyzed using Colaizzi's method. **Results:** The results of the study identified seven themes, namely psychological burden, financial burden, social support, family support, selfless attention, disappointment over support giver, and destiny. **Discussion:** This study recommends that nurses improve their competence in assessing the needs of family in caring for clients with autism. So that they will provide interventions more precisely to family, particularly to increase competence and to minimize the burden carried by families of children with autism

**Keywords:** children with autism, family, burden, source of support.

## PENDAHULUAN

Kehadiran anak merupakan saat yang ditunggu dan menggembirakan bagi kebanyakan pasangan suami istri. Kehadiran anak tidak saja mempererat tali cinta pasangan suami istri, tetapi juga sebagai penerus generasi yang sangat diharapkan oleh keluarga tersebut. Anak tentunya akan melalui masa tumbuh kembang dalam rentang waktu kehidupannya. Seorang anak dikatakan tumbuh dapat dilihat dari perubahan fisik yang dapat diukur secara kuantitas dari masa ke masa dan dari satu peringkat ke peringkat berikutnya dan perkembangan dapat dilihat dari perubahan secara kualitas dengan membandingkan sifat terdahulu dengan sifat yang sudah terbentuk (Papalia, 2008). Proses pertumbuhan dan perkembangan yang dilalui setiap anak tidak sama dan memiliki keunikan masing-masing. Permasalahan yang dihadapi juga berbeda-beda dari satu anak ke anak yang lain. Permasalahan yang muncul pada perkembangan anak dapat berupa gangguan pada tahap perkembangan fisik, gangguan bahasa, gangguan emosi maupun gangguan sensoris motorik.

Gangguan perkembangan yang terjadi pada anak dan merupakan gangguan perkembangan yang cukup serius ialah masalah autisme. Autis bukanlah suatu penyakit, melainkan suatu gangguan perkembangan pada anak yang gejalanya tampak sebelum anak mencapai usia tiga tahun. Gejalanya sudah ada sejak lahir, tetapi sering kali luput dari perhatian orangtua (Sutadi, 2007).

Anak-anak yang mengalami gangguan autisme menunjukkan gejala kurang merespons orang lain, mengalami kendala berat dalam kemampuan komunikasi, dan memunculkan respons yang aneh terhadap berbagai aspek lingkungan di sekitarnya. Anak yang mengalami gangguan autisme ini menunjukkan kegagalan membina hubungan

interpersonal yang ditandai dengan kurangnya respons dan atau kurangnya minat kepada orang-orang atau anak-anak di sekitarnya. Anak autis terlihat lebih suka menyendiri, asyik dengan dirinya sendiri, perhatiannya hanya tertuju pada satu objek yang sedang dimainkannya, dan tidak peduli dengan kejadian-kejadian di sekitarnya. Anak juga kurang mampu melakukan kontak mata dengan ibu atau ayahnya. Jika nama anak tersebut dipanggil, seolah-olah anak tidak mendengarnya dan jika anak diajak bicara, sering kali malah anak tidak menatap mata orang yang mengajaknya bicara. Anak juga kurang mampu menunjukkan respons ekspresi wajah yang wajar seperti tertawa atau tersenyum ketika digelitik atau diajak bermain oleh kedua orangtuanya (Safaria, 2005).

Peningkatan jumlah anak autis juga terjadi di Indonesia. Belum ada angka pasti tentang berapa sebenarnya jumlah anak autisme di Indonesia, tetapi pemerintah merilis data jumlah anak penyandang autisme bisa berada pada kisaran 112 ribu jiwa. Angka tersebut diasumsikan dengan prevalensi autisme pada anak yang ada di Hongkong, yaitu 1,68 per 1.000 untuk anak di bawah 15 tahun. Pemerintah menghitung dengan asumsi prevalensi autisme yang ada di Hongkong, yakni jumlah anak usia 5–19 tahun di Indonesia mencapai 66.000.805 menurut data penelitian Badan Pusat Statistik (BPS, 2013). Peningkatan penyandang autis tidak diikuti dengan peningkatan penanganan dan pendataan yang maksimal dari pemerintah.

Secara umum, dampak yang dirasakan oleh keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan autis adalah tingginya beban ekonomi, beban emosi, stres terhadap perilaku pasien, gangguan dalam melaksanakan kegiatan rumah tangga sehari-hari dan keterbatasan melakukan aktivitas sosial (WHO, 2001). Terlebih lagi ada

stigma masyarakat terhadap anak dengan autis. Beban sosial ekonomi yang dimaksud meliputi gangguan dalam hubungan keluarga, keterbatasan melakukan aktivitas sosial, pekerjaan dan hobi, kesulitan finansial, dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik keluarga. Sementara itu, yang termasuk beban psikologis meliputi dampak psikologis seperti perasaan kehilangan, sedih, cemas dan malu terhadap masyarakat sekitar, stres menghadapi gangguan perilaku, dan frustrasi akibat perubahan pola interaksi dalam keluarga. Oleh karenanya, keluarga harus mencari berbagai sumber dukungan, termasuk untuk membiayai pengobatan anggota keluarga yang mengalami autis. Dukungan yang cukup terhadap keluarga akan membantu keluarga dalam merawat anak dengan autis.

Orangtua akan mengalami kecemasan dalam menghadapi anak yang autis. Orangtua pasti memiliki reaksi emosional serta sikap yang berbeda-beda. Yang sering terjadi ialah perasaan tidak percaya, marah, sedih, dan bingung serta tidak dapat menerima dengan harapan bahwa diagnosis tersebut salah. Orangtua yang mengetahui anaknya didiagnosis autis akan berusaha mengupayakan untuk membantu kesembuhan anaknya, tetapi masih ada orangtua yang belum menerima kenyataan bahwa anaknya didiagnosis mengalami gangguan autis (Priyatna, 2011).

Sekolah Autis Cipta Anugrah merupakan suatuaranapelayananpendidikanbagianak-anak berkebutuhan khusus (autis). Sekolah ini didirikan dan disahkan pada 25 Juli 2008. Sekolah Autis Cipta Anugrah merupakan wadah pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus (autis) untuk mengembangkan potensi dan bakat yang dimiliki sebagai bekal kehidupan yang mandiri. Sekolah ini menyediakan fasilitas dan prasarana yang lengkap, profesional, dan berkualitas agar dapat mengembangkan berbagai aspek

kehidupannya, baik aspek intelektual, fisik, sosial, maupun keterampilan. Murid di Sekolah Autis Cipta Anugrah berjumlah 20 orang. Usia murid berkisar antara 5 sampai 20 tahun.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Fernando (2011) di Indonesia, rasio anak autis adalah 1:250 artinya ada satu juta penyandang autis di Indonesia. Data Departemen Pendidikan Nasional untuk wilayah Jakarta dan sekitarnya menunjukkan sebanyak 1.700 orang penyandang autis atau hanya sekitar setengah dari penyandang autis yang mengikuti layanan pendidikan khusus (sekolah khusus penyandang autis).

Tulisan ini melaporkan pengalaman keluarga dalam merawat anak dengan autis di Sekolah Autis Cipta Anugrah Cipayung, Jakarta Timur.

## **METODE PENELITIAN**

Rancangan pada penelitian ini ialah rancangan kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Sebanyak 6 keluarga yang merawat anak autis yang bersekolah di Sekolah Autis Cipta Anugrah Cipayung Jakarta Timur adalah partisipan yang berpartisipasi pada penelitian ini. Kriteria partisipan diseleksi melalui proses rekrutmen dengan metode *purposive sampling*, yaitu peneliti sengaja memilih partisipan karena dianggap mempunyai karakteristik tertentu, yang dapat memperkaya data penelitian. Pengambilan data pada penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli–November 2015.

## **Pengumpulan data**

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti sendiri sebagai instrumen utama peneliti dibantu dengan alat bantu kamera digital, panduan wawancara, dan *field one* (catatan lapangan). Sebagai alat utama, kemampuan

melakukan wawancara yang baik sangatlah penting karena kemampuan wawancara yang baik akan menghasilkan data yang kaya (Irawan, 2006). Pengumpulan data dilakukan di rumah atau di sekolah sesuai kesepakatan dengan partisipan. Selanjutnya, data dianalisis dengan metode Collaizi, Giorgi, dan van Kam (Polit & Beck, 2004). Peneliti memilih metode Collaizi karena metode ini memberikan langkah-langkah yang sederhana, jelas, dan rinci.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Partisipan dalam penelitian ini berasal dari enam keluarga anak autis. Secara umum, partisipan adalah keluarga inti pasien, yaitu ibu. Usia partisipan termuda 38 tahun dan tertua 59 tahun. Tingkat pendidikan partisipan 50 persen adalah tamatan Sekolah Menengah Atas, umur anak autis termuda adalah 7 tahun dan tertua 12 tahun. Seluruh partisipan merawat anggota keluarga dengan anak autis.

Karakteristik partisipan yang peneliti paparkan di sini adalah usia, agama, suku, pendidikan terakhir, pekerjaan, status perkawinan, dan lama merawat.

Dari 6 partisipan didapatkan tema sebagai berikut.

### 1. Beban psikologis

Hasil penelitian menyatakan bahwa semua partisipan merasakan beban psikologis yang dinyatakan oleh partisipan dalam bentuk rasa kecewa karena anak autis bermasalah dalam komunikasi dan rasa takut terhadap perilaku anak. Selama berinteraksi dengan anak autis, partisipan merasakan kekecewaan yang disebabkan hambatan dalam berkembang. Perasaan negatif karena perilaku yang dilakukan anak autis membuat keluarga merasa sedih dan perasaan keluarga yang lebih emosional.

*“.... Teristimewa dukanya karena bagi kami, anak yang menderita autis memiliki sikap, tingkah laku diatas anak normal lainnya. Oleh sebab itu, kami sebagai orangtua harus mempunyai kesabaran yang ekstra.” (partisipan 1)*

*“.... Kalau dukanya, ya kalau anaknya rewel kemauannya, tapi kita nggak tau keinginannya karena anaknya gak ngomong, dia tidak bisa ungkapin apa yang di mauin ya kita jadi sedih.” (partisipan 6)*

*“.... Pengalaman yang sangat mengganggu hidup kami adalah lingkungan di mana kami tinggal tidak bisa menerima kondisi anak kami autis.” (partisipan 4)*

*“..... Yang mengganggu ya sangat mengganggu adalah orang suka menganggap anak kita ini ehh...dengan sebelah mata, menganggap anak kita tidak bisa berbuat apa-apa, dianggapnya anak kita seperti anak yang dalam tanda kutip tidak normal. Suka diasingkan dan diolok-olok oleh teman yang normal.” (partisipan 5)*

Pernyataan di atas juga diperkuat oleh pendapat Mohr (2006) bahwa beban subjektif yang dirasakan oleh keluarga sebagai respons terhadap anggota keluarga yang mengalami autis ialah masalah rasa sedih dan perasaan negatif lainnya yang dialami.

### 2. Beban Finansial

Hasil penelitian menjelaskan lima dari enam partisipan mengungkapkan bahwa selama merawat anak autis satu partisipan mengalami kesulitan dari segi finansial. Hal ini merupakan beban bagi keluarga. Ketidaksesuaian antara kebutuhan dengan potensi yang dimiliki keluarga dipersepsikan keluarga menjadi beban dalam merawat anak autis. Hal ini dinyatakan partisipan karena untuk mendapatkan penyembuhan anak harus dibayar dengan sangat mahal dan untuk mendapatkan sarana kesehatan

juga diperlukan biaya yang cukup mahal. Keterangan ini didukung oleh pendapat Mohr (2006) bahwa beban objektif adalah masalah yang berhubungan dengan pelaksanaan merawat anak autis, yang meliputi: sekolah khusus, makanan, transportasi, pengobatan, keuangan.

*“.... kesulitan yang kami alami yaitu dalam proses pengobatan untuk memperoleh kesembuhan bagi anak kami.” (partisipan 3)*

*“.... beban yang sering kami rasakan dalam merawat anak kami yang menderita penyakit autis terutama dalam hal biaya.” (partisipan 2)*

### 3. Dukungan sosial

Hasil penelitian didapatkan bahwa semua partisipan mengatakan dukungan yang diterima sebagai dukungan sosial yaitu perhatian yang diterima dari luar keluarga, informasi yang diterima dari luar keluarga, bantuan finansial yang di terima dari luar keluarga, dan bantuan keagamaan yang diterima dari masyarakat.

Bantuan perhatian dari luar keluarga

*“.... ada .... Puji Tuhan dukungan dari gereja, teman-teman yang selalu dukung dalam.” (partisipan 2)*

*“.... semangat atau support dan dukungan dari orang-orang yang peduli dan orangtua yang sama punya anak autism.” (partisipan 1)*

Bantuan informasi:

*“.... memberikan informasi tentang perkembangan anak autis dari keluarga besar” (partisipan 5)*

*“.... mengajarkan anak seperti anak normal lainnya.” (partisipan 4)*

*“.... dukungan secara jasmani dan rohani dari kami sebagai orangtua dan keluarga.” (partisipan 3)*

*“.... bentuk dukungan tersebut berupa ikutnya dalam mengajarkan beberapa bidang keahlian untuk motorik halusya dan*

*dukungan tersebut dari keluarga (saudara).” (partisipan 5)*

*“.... Dengan menyekolahkanya, memberi HP dan komputer untuk belajar eh ... seperti kakak-kakaknya. Dukungannya dari suami, bapak, dan saudara-saudara lainnya.” (partisipan 6)*

Bantuan keagamaan

*“.... Puji Tuhan dukungan dari gereja, teman-teman yang selalu dukung dalam doa.” (partisipan 2)*

Motivasi yang diterima oleh partisipan terutama saat partisipan merasa sedih dan tertekan. Keluarga menjadi tempat partisipan berkeluh kesah. Partisipan empat pernah menceritakan kesedihannya kepada tetangga. Nasihat atau saran yang diberikan tetangga partisipan dirasakan sangat membantu menurunkan perasaan sedih, kecewa.

Partisipan mengatakan kegiatan sekolah dapat memberikan bantuan kepadanya maupun anak autis untuk meringankan beban yang dialaminya dengan melakukan pendidikan sederhana tentang perawatan anak autis.

Dukungan yang diterima keluarga dalam hal ini sejalan dengan pendapat Friedman (1998) bahwa dukungan sosial yang meliputi jaringan kerja spontan dan informal, dukungan-dukungan terorganisasi non-tenaga kesehatan, dan dukungan terorganisasi dari tenaga kesehatan. Bentuk dukungan sosial yang diberikan adalah dukungan pemeliharaan dan emosi bagi anggota keluarga.

### 4. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga sangat besar dibutuhkan oleh partisipan dalam merawat anak autis. Dukungan yang diterima semua partisipan berupa perhatian dari keluarga besar, bantuan finansial dan bantuan keagamaan.

*"... Dengan menyekolahkan, mem... memberi HP dan komputer untuk belajar eh... seperti kakak-kakaknya. Dukungannya dari suami, bapak dan saudara-saudara lainnya." (partisipan 6)*

*".... Ada dong tentu, suami dan anak-anak saya yang lain sangat sayang kepada anak saya yang spesial ini. Serta menerima keadaan anak eh...saya yang satu ini dengan seadil-adilnya." (partisipan 5)*

*".... Ya dukungannya dari keluarga sendiri, karena itu pokok. Karena orang lain tidak ada yang mengerti, kalau diajak komunikasi nggak bisa, bergaul nggak bisa." (partisipan 6)*

Hasil penelitian didapatkan yaitu menurut partisipan yang merawat, anak autis tetap menjadi bagian dari keluarga dan akan memengaruhi keluarga karena apabila di dalam keluarga terdapat satu orang anggota keluarga yang menderita sakit atau mempunyai masalah maka akan memengaruhi anggota keluarga yang lain. Dalam melaksanakan perannya merawat anak autis, partisipan dibantu oleh pihak keluarga (keluarga inti dan keluarga besar). Partisipan sangat memerlukan bantuan dari pihak lain karena selain merawat anggota keluarga yang mengalami autis, partisipan juga memiliki fungsi dan peran yang lain dalam rumah tangganya. Dukungan spiritual didapatkan partisipan melalui aktivitas berdoa. Partisipan mengatakan bahwa dari semua strategi koping yang dilakukan, melakukan aktivitas spiritual merupakan strategi koping yang paling mampu mengurangi beban psikologisnya.

Dukungan keluarga terhadap anak autis sangat berkaitan dengan fungsi suportif yang dikemukakan oleh Friedman (1998). Dukungan ini meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Hal ini juga sesuai dengan pernyataan Friedman (1998) yang mengatakan bahwa dukungan

spiritual dapat membantu keluarga menoleransi adanya ketegangan yang kronis dan lama dalam keluarga.

#### 5. Perhatian tanpa pamrih

Hasil penelitian terungkap bahwa partisipan dalam merawat mendapatkan dukungan dari keluarganya berupa uang atau materi, tetapi partisipan mendapatkan perlakuan yang kurang menyenangkan.

*".... Dengan menyekolahkan, mem... memberi HP dan komputer untuk belajar eh...seperti kakak-kakaknya. Dukungannya dari suami, bapak, dan saudara-saudara lainnya." (partisipan 6)*

*".... doa, perhatian, kasih sayang." (partisipan 2)*

*".... memberikan informasi tentang perkembangan anak autis istimewa, tetapi seperti anak normal." (partisipan 4)*

*".... dirangkul dengan penuh kasih sayang." (partisipan 5)*

*".... bentuk dukungan tersebut berupa ikutnya dalam mengajarkan beberapa bidang keahlian untuk motorik halus dan dukungan tersebut dari keluarga (saudara)." (partisipan 5)*

*".... Saya kurang telaten dalam merawat anak saya meskipun itu sudah diulang-ulang, pokoknya harus telaten mengajarkan untuk mandiri. Soalnya kan gak bisa nuntut lebih." (partisipan 1)*

*".... Pengertian dan kesabaran serta keikhlasan dalam merawatnya. Itu yang sangat penting." (partisipan 6)*

Menurut peneliti, dalam merawat anak autis pendampingan mutlak diberikan oleh keluarga karena penyandang autis memiliki gangguan berkomunikasi, interaksi sosial, serta aktivitas dan minat yang terbatas. Oleh karenanya perlu adanya proses pendampingan yang bertujuan memberikan motivasi kepada sang anak dalam mengembangkan karya mereka. Keluarga berupaya secara optimal memfasilitasi

kemampuan anak autis, sebagai contoh bagi anak-anak berkebutuhan khusus ini, melukis bukan sekedar pemuas hobi. Lebih dari itu, melukis berfungsi sebagai terapi untuk melatih motorik si anak.

#### 6. Kecewa terhadap pemberi dukungan

Hasil penelitian didapatkan pernyataan partisipan, yaitu partisipan dalam menerima bantuan baik dari masyarakat, tenaga kesehatan, maupun bantuan dari keluarga sering dihadapkan dengan sikap pemberi bantuan yang kurang menyenangkan sehingga kebanyakan partisipan merespons bantuan itu dengan rasa kecewa terhadap pemberi dukungan.

*".... pengalaman yang sangat mengganggu hidup kami adalah lingkungan di mana kami tinggal tidak bisa menerima kondisi anak kami (autis)." (partisipan 4)*

*".... Yang mengganggu ya sangat mengganggu adalah orang suka menganggap anak kita ini ehh...dengan sebelah mata, menganggap anak kita tidak bisa berbuat apa-apa, dianggapnya anak kita seperti anak yang dalam tanda kutip tidak normal. Suka dasingkan dan diolok-olok oleh teman yang normal." (partisipan 5)*

*".... tidak diterimanya keadaan anak tersebut di lingkungan keluarga besar." (partisipan 3)*

#### 7. Takdir

Hasil penelitian menyebutkan bahwa selama merawat anak autis, partisipan merasakan makna atau hikmah yang bisa dipetik dari semua kejadian baik yang menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan. Partisipan dalam penelitian ini menjelaskan bahwa hikmah yang dirasakan lebih pada penerimaan terhadap takdir. Partisipan meyakini bahwa apa yang terjadi pada keluarga dan pasien adalah bentuk ujian dalam kehidupan dan selaku manusia kewajiban partisipan

adalah terus meningkatkan kesabaran dan berusaha untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Partisipan juga sangat berharap institusi maupun tenaga kesehatan, atau asosiasi maupun mitra pemerintah dapat membantu kesembuhan pasien, termasuk membuat pasien kooperatif terhadap proses pengobatan.

Hasil penelitian tersebut menunjukkan sifat altruistik yang dimiliki partisipan dalam merawat anggota keluarganya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rhoades dan Mac Farland (1999). Rhoades dan Mac Farland (1999, dalam Asniar, 2007) mengungkapkan tiga makna yang dirasakan oleh keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, yaitu altruistik yang ditujukan pada orang lain, aktualisasi diri yang ditujukan pada diri sendiri, dan tujuan eksistensial dalam hidup.

#### SIMPULAN

Pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan serta makna dan hikmah dalam merawat anak autis menunjukkan bahwa beban yang dihadapi partisipan dalam merawat adalah beban psikologi, finansial, dan masalah dalam pelayanan bagi anak autis. Beban psikologi yang dirasakan partisipan setelah merawat anak autis adalah perasaan sedih karena sikap anak yang tidak bisa mengungkapkan keinginan dengan baik dan rasa kecewa karena adanya stigma terhadap anak autis.

Beban finansial dirasakan oleh partisipan selama merawat anak autis karena tingginya biaya untuk mengikuti kegiatan keterampilan bagi anak autis. Untuk kebutuhan merawat anak autis, keluarga membutuhkan perhatian tanpa pamrih, perhatian yang tulus, serta bantuan dan informasi yang tulus.

Merawat anak autis membutuhkan beberapa dukungan yang diterima, yakni dukungan sosial dan dukungan keluarga. Dukungan berasal dari dalam keluarga

maupun dari luar keluarga. Respons partisipan terhadap pemberi dukungan ialah merasa tidak puas karena masih adanya stigma yang masih suka membedakan dan memandang sebelah mata anak autis.

Makna dan hikmah yang dirasakan keluarga dalam merawat anak autis adalah sebagai takdir. Hal itu sesuai dengan pernyataan partisipan bahwa memiliki anak dengan autis merupakan cobaan dari Tuhan, mereka pasrah menerimanya, menjadi lebih sabar, dan melakukannya sebagai ibadah bagi Tuhan.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Agiananda, F. (2006). "Pengkajian, Beban, Kebutuhan dan Sumber Daya Keluarga dalam Merawat Penderita Skizofrenia (Sebuah Studi Kasus)". Tesis. FK UI. Tidak dipublikasikan.
- Asniar. (2007). "Studi Fenomenologi terhadap Pengalaman Keluarga Merawat Anggota Keluarga Pasca Stroke di Rumah di Kelurahan Depok, Kecamatan Pancoran Mas, Kota Depok, Jawa Barat". Tesis. FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Tradition*. Thousands Oaks: Sage publication, Inc.
- Depkes RI (2008). "Riset Kesehatan Dasar". [www.litbang.go.id](http://www.litbang.go.id). Diakses 10 Mei 2013.
- Friedman. (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Edisi 3. EGC. Jakarta
- Hamid, A.Y.S. (2009). *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Hamid, A.Y.S. (2008). *Buku Ajar Riset Keperawatan: Konsep, Etika, & Instrumentasi*. Jakarta: EGC.
- Happe, F. (2010). *Autism an Introduction to Psychological Theory*. London: UCL Press.
- Hawari, D. (2001). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizoprenia*. Jakarta: FKUI
- Huzaemah. (2010). *Kenali Autis Sejak Dini*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Irawan, P. (2006). *Penelitian Kualitatif&Kuantitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Depok: Departemen Ilmu Administrasi FISIP UI.
- Kembaren, L. (2011). "Psikoedukasi Keluarga pada Pasien Skizofrenia". Jakarta: University of Indonesia, 2011. Disertasi.
- Mamnu'ah. (2008). "Pengalaman Stress dan Strategi Koping Keluarga Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Skizofrenia di Yogyakarta: Studi Fenomenologi". Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lipincott Williams Wilkins.
- Moleong, Lexy J. (2010) *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Murthy, S. (2003). *Family Interventions and Empowerment as an Approach to Enhance Mental Health Resources in Developing Countries*. Diambil dari [www.pubmedcentral.nih.gov](http://www.pubmedcentral.nih.gov) pada 14 Februari 2010.
- Pamoedji. (2010). *Pertanyaan dan Jawaban Seputar Autisme*. Ciputat: Penerbit Hasanah.
- Poerwandari, E.K. (2005). *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. (Ed-3). Jakarta: Perfecta LPSPS, Fakultas Psikologi UI.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Priciples and Methods*. 7<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A. and Perry. A.G. (2005). *Fundamental of Nursing: Concepts, Process and Praticce*. (4<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: Mosby-Years Book-Inc.

- Priyatna, A. (2011). *Memahami, Mengasuh, dan Mendidik Anak Autis*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Rahayu, M. K. (2011) "Pengalaman Hidup Orang Tua anak Penyandang Autis setelah Berhasil Diterapi di Sekolah Autis Kota Padang Tahun 2010.
- Safaria, T. (2005). *Autis: Pemahaman Baru untuk Hidup Bermakna Bagi Orangtua*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Speziale, H.J.S and Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W. and Laria, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7<sup>th</sup> ed). St. Louis: Mosby.
- Sugiono. (2007). *Metode Penelitian Kualitatif*. (Ed.12). Bandung: Albeta.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- World Federation for Mental Health (2008). Learning About Schizophrenia: An International Mental Health Awareness Packet. <http://www.wfmh.org>. Diakses 22 Januari 2010.

# PENGEMBANGAN ALAT UKUR BEBAN KERJA MENTAL PERAWAT DALAM INTERAKSI ASUHAN KEPERAWATAN

Ati Surya Mediawati<sup>1</sup>, Elly Nurachmah<sup>2</sup>,  
Muchtaruddin Mansyur<sup>3</sup>, Tries Eryando<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Departemen Keperawatan Dasar, Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran

<sup>2</sup>Fakultas Keperawatan, Universitas Indonesia

<sup>3</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia

<sup>4</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

E-mail: ati\_suryamediaawati@yahoo.com, ellynur08@yahoo.co.id, m\_mansyur@yahoo.co.id

## ABSTRAK

Ketika melakukan asuhan keperawatan, perawat perlu berinteraksi dengan klien. Interaksi dapat dilaksanakan dengan baik apabila perawatannya mampu beradaptasi dengan beban kerja mental yang dimanifestasikan ke dalam gejala fisik, psikologis, dan perilaku yang ditampilkan. **Tujuan penelitian:** mengembangkan alat ukur beban kerja mental saat berinteraksi dengan klien dalam pemberian asuhan keperawatan. **Metode:** Penelitian menggunakan metode deskriptif analitis. Alat ukur dikembangkan dengan menggunakan pendekatan interpretasi terhadap skala interval dan skala ordinal yang diisi oleh 596 partisipan yang diproses melalui sebelas *case processing* data. Penelitian dilaksanakan di provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, Sumatra Barat, dan Sulawesi Selatan. Validitas dan reliabilitas variabel persepsi Teruji ( $p=0,996$  sebelum interaksi dan  $p=0,993$  setelah interaksi), observasi ( $p=0,844$  sebelum interaksi,  $p=0,711$ ) orientasi ( $p=0,711$ ), identifikasi ( $p=0,769$ ), eksplorasi ( $p=0,773$ ), resolusi ( $p=0,820$ ), setelah interaksi ( $p=0,772$ ), angket klien ( $p=0,64$ ). **Hasil:** Hasil pengujian model *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) melalui program Lisrel menghasilkan  $p\text{-value}=0,150$  ( $p>0,05$ ) dan  $RMSEA=0,075$  ( $RMSEA<0,1$ ). **Diskusi:** Diperlukan dukungan regulasi sebagai implikasi dalam penggunaan alat ukur. **Simpulan:** alat ukur ini valid dan reliabel sebagai informasi diagnostik pengukuran beban kerja mental.

**Kata Kunci:** alat ukur, beban kerja mental, interaksi.

## ABSTRACT

*Nurses in providing nursing care need to interact with clients. Such interaction can be successfully performed if the treatment can adapt to mental workload which is manifested into physical, psychological and behavioral symptoms. Objectives: developing a mental workload instrument when interacting with clients in providing nursing care. Methods: It employed a descriptive analytic method. The instrument was developed by employing the approach to the interpretation of scale interval and ordinal scale which were filled by 596 participants and processed through 11 case processing data. The research was conducted in the provinces of West Java, Central Java, West Sumatra and South Sulawesi. Validity and reliability of the perception variables were tested ( $p=0.996$  before the interaction and  $p=0.993$  after the interaction), observation ( $p=0.844$  before the interaction,  $p=0.711$ ), orientation ( $p=0.711$ ), identification ( $p=0.769$ ), exploration ( $p=0.773$ ), resolution ( $p=0.820$ ), after the interaction ( $p=0.772$ ), client questionnaire ( $p=0.64$ ). Results: The results of Confirmatory Factor Analysis (CFA) using Lisrel software indicated  $p\text{-value}=0.150$  ( $p>0.05$ ) and  $RMSEA=0.075$  ( $RMSEA <0.1$ ). Discussion: Regulatory support is needed as an implication for the use of the instrument. Conclusion: This instrument is valid and reliable to measure mental workload for diagnostic information.*

**Keywords:** instrument, mental workload, interaction.

## LATAR BELAKANG

Keluarnya keputusan menteri kesehatan No. 659/Menkes/Per/VIII/2009 tentang standar dan kriteria rumah sakit kelas dunia, perlu disertai dengan pedoman pelayanan keperawatan mengingat perawat berada terbanyak dan terlama di samping klien. Keputusan tersebut menunjukkan bahwa keperawatan saat ini dihadapkan pada tuntutan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan untuk memberikan pelayanan berfokus pada klien, pengelolaan pelayanan keperawatan yang berstandar internasional dan menjaga keselamatan klien.

Interaksi diperlukan untuk pengembangan karakteristik peran perawat, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat diimplementasikan (*Joint Commision Resources*, 2005). Undang-Undang keperawatan nomor 38 tahun 2014 pasal 38 ayat a menyebutkan dalam praktik keperawatan, klien berhak mendapatkan informasi secara benar, jelas, dan jujur tentang tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Menurut King dalam Tomey dan Alligood (2014), perawat menempatkan diri sebagai "*I and the self*." Selama berinteraksi dengan klien, perawat harus memahami dan mampu mengendalikan diri dalam berbagai situasi emosi klien yang tidak dapat diprediksi. Sebagai individu perawat harus memiliki kemampuan adaptasi, penyelesaian tugas, penggunaan fasilitas yang dibutuhkan walaupun telah melalui uji kualifikasi profesional yang sama. Individu akan mampu menunjukkan optimalisasi dan menyeimbangkan perilaku dirinya dengan lingkungannya (Peterson dan Bredow, 2013).

Menurut Pheasant, Stephen (1991), penurunan kinerja dapat terjadi saat seseorang tidak termotivasi lagi untuk menghasilkan performa yang adekuat. Pada kondisi tersebut terjadi beban kerja mental. Seorang perawat selalu dihadapkan pada

enam aspek yang memengaruhi, yaitu beban kerja, pengendalian, penghargaan, masyarakat, keadilan, dan nilai-nilai sehingga dapat menyebabkan kejenuhan. Selama berinteraksi dengan klien, sering kali perawat mengeluh mengalami ketidakseimbangan emosi dan menghadapi kesulitan untuk dapat mempertahankan hasil kerja yang optimal. Kegagalan mengoptimalkan tenaga perawat akan berdampak terhadap kelelahan mental perawat.

Hasil penelitian Erickson dan Grove (2007) terhadap 843 perawat menunjukkan peningkatan emosi perawat sangat dipengaruhi oleh *stressor* yang muncul. Dalam memberikan asuhan keperawatan langsung, perawat berusia di bawah 30 tahun kurang mampu mengelola emosinya dengan angka kelelahan lebih tinggi, sehingga membutuhkan mentor dalam emosional. Menurut Maslach dan Leiter (2008), seorang perawat setiap harinya selalu dihadapkan pada situasi ketakutan, kelelahan, sedih, tidak berdaya. Kondisi ini mengakibatkan kejenuhan. Hasil penelitian perawat yang berusia di bawah 30 tahun dalam pemberian asuhan keperawatan sangat dipengaruhi oleh kemampuan mengekspresikan emosinya. Sebesar 38 persen angka kelelahan mental perawat yang selalu menekan perasaan emosinya, sedangkan angka kelelahan mental perawat yang dapat mengekspresikan emosinya sebesar 23 persen (Gabbay dan Bukchin, 2009).

Survei pendahuluan dilakukan oleh peneliti di lima rumah sakit di Jawa Barat tahun 2010 yaitu RS. Hasan Sadikin, RS. Cibabat, RS. Soreang, RS. Ujung Berung, dan RS. Tasikmalaya pada 150 orang perawat bedah. Hasil penelitian diperoleh data hampir 83 persen bekerja dalam kondisi beban kerja mental. Selama berinteraksi dengan klien pra dan pasca operasi perawat membutuhkan upaya mental (skala 7),

upaya fisik (skala 4), upaya pengelolaan waktu (skala 8), upaya memenuhi tuntutan performa (skala 8), mengalami frustrasi (skala 8) dan upaya memenuhi fisik dan membutuhkan pengorbanan mental (skala 7).

Menurut Maslach dan Leiter (2008), perawat membutuhkan kematangan emosi untuk melaksanakan tugasnya. Perawat sebagai manusia memiliki keterbatasan untuk tetap termotivasi bekerja dalam kontrol yang aman. Bila ketidakseimbangan tuntutan dan keterbatasan kemampuan selama berinteraksi dalam pemberian asuhan keperawatan berlangsung secara terus menerus akan memengaruhi beban kerja mental. Menurut Yustinus (2006) kelelahan mental (*mental fatigue*) terjadi akibat aktivitas mental, emosi, dan jiwa secara berulang. Kelelahan mental terlihat pada tingkah laku yang tidak konsisten, kondisi fisik dan jiwa yang labil terhadap perubahan lingkungan.

Menurut King dalam Tomey dan Alligood (2014) interaksi antara perawat dengan klien terjadi saling merespons, bertukar energi, dan mengontrol *stressor* sehingga dapat memenuhi kebutuhan klien. Dalam berinteraksi dibutuhkan kemampuan perawat mendayagunakan sumber secara optimal. Perawat sebagai manusia memiliki keterbatasan untuk termotivasi bekerja dalam kontrol yang aman. Hasil dari studi pendahuluan menunjukkan keterbatasan perawat pada umumnya meliputi keterbatasan waktu dalam pemberian asuhan keperawatan, tugas yang kurang spesifik, keterbatasan kemampuan, kurangnya motivasi untuk melaksanakan tugas keperawatan, dan suasana hati yang tidak seimbang. Bila keterbatasan perawat beradaptasi dengan beban kerja mental berlangsung secara berulang akan memengaruhi beban kerja mental dan dapat memengaruhi kegiatan berinteraksi sehingga berdampak terhadap pelaksanaan asuhan

keperawatan klien secara terorganisir. Berbagai profesi telah memiliki instrumen pengukuran beban kerja mental ini dalam berbagai perspektif sehingga mereka selalu berada dalam kondisi "*safe control*" untuk melakukan pekerjaan. Sementara itu sampai saat ini belum ada alat ukur beban kerja mental selama berinteraksi dengan klien yang benar-benar dikembangkan untuk perawat. Pimpinan keperawatan perlu menyadari sedini mungkin terjadinya beban kerja mental selama berinteraksi dengan klien dalam pemberian asuhan keperawatan.

## METODE

Desain penelitian ini bersifat deskriptif analitis yaitu untuk mengembangkan alat ukur beban kerja mental saat berinteraksi dengan klien dalam pemberian asuhan keperawatan. Tahapan dalam penelitian ini meliputi tahap studi pendahuluan, spesifikasi alat ukur, uji coba, uji validitas dan reliabilitas, perluasan uji coba pengembangan alat ukur, serta tahap pengujian model.

Kriteria penelitian yang digunakan adalah ruang perawatan klien dewasa, klien mampu berinteraksi, klien bersedia untuk melaksanakan interaksi, dan tidak membedakan kelas perawatannya. Pengembangan alat ukur beban kerja mental saat interaksi dalam asuhan keperawatan disusun berdasarkan hasil studi pendahuluan dan uji coba penelitian melalui metode penelitian triangulasi sesuai dengan petunjuk yang dikemukakan oleh Creswell (2010). Alat ukur selanjutnya dikembangkan menjadi dua jenis respons jawaban yang diminta yaitu tipe pengukuran subjektif dan objektif.

Alat ukur dirancang berdasarkan teori *dynamic interaction system* dari Imogene King (1981) dalam Tomey dan Alligood (2014), teori interpersonal dari Hildegard Peplau (1952), serta hasil pengembangan alat ukur beban kerja mental yang telah

dikembangkan oleh NASA-TLX (*Nasa Task Load Indeks*) dan RSME (*Rating Scale Mental Effort*). Awalnya alat ukur yang akan dikembangkan hanya dua jenis, yaitu alat ukur persepsi Teruji dan hasil observasi dari penguji. Berdasarkan hasil penilaian para ahli perlu dikembangkan menjadi 4 bagian yaitu penambahan penilaian klien dan pendamping.

Hasil studi pendahuluan dan uji coba penelitian untuk persepsi Teruji digunakan skala Likert 0-10. Skala ini dipilih untuk menghindari kecenderungan Teruji menjawab netral dan memilih respons yang cenderung ke arah tertentu. Alat ukur observasi yang dilakukan oleh penguji, pendamping dan klien menggunakan metode Gutman (Nazir, 2003), yaitu menyediakan dua pilihan mulai dari “tidak berubah” sampai “berubah” terhadap kondisi hasil pengamatan perilaku, psikologis, dan fisik. Alternatif jawaban tersebut dipilih Teruji agar lebih objektif dalam memberikan jawaban sesuai hasil observasinya.

Pengembangan alat ukur klien ini dilakukan dengan cara menginventarisasi perubahan perilaku yang dapat terjadi selama interaksi, menelaah isi butir pertanyaan dan menulis butir-butir pertanyaan. Penilaian antar-teman dilakukan secara retrospektif terhadap penampilan Teruji dan selama Teruji diobservasi oleh pendamping selama berinteraksi dengan klien. Butir-butir pertanyaan disusun sesuai dengan perubahan perilaku sebelum dan selama interaksi. Tujuan penilaian ini adalah untuk mengklarifikasi perubahan fisik, perilaku Teruji saat berinteraksi dengan klien dalam asuhan keperawatan. Uji coba alat ukur dilakukan di rumah sakit vertikal di empat provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, Sumatra Barat, dan Sulawesi Selatan, dilaksanakan pada bulan Juni sampai September 2014. Seluruh partisipan dalam penelitian ini berjumlah 596 orang yang meliputi Teruji (195 orang), penguji (11 orang), pendamping (195 orang) dan klien (195 orang).

## HASIL

**Tabel 1.** Data demografi penyebaran partisipan berdasarkan jenis kelamin, tempat bekerja, dan pengalaman kerja (n=partisipan=195 orang)

Jenis Kelamin	Tempat Bekerja	Pengalaman Kerja	(%)
Laki-Laki	Bedah	0-8 tahun	11,9
		>8-16 tahun	11,3
	NonBedah	0-8 tahun	16,8
		>8-16 tahun	10
Perempuan	Bedah	0-8 tahun	14,8
		>8-16 tahun	12
	NonBedah	0-8 tahun	11,5
		>8-16 tahun	11,7

Keterangan: \* = persentase tertinggi

Berdasarkan Tabel 1, partisipan reliabilitas tentang beban kerja mental saat terbanyak berjenis kelamin laki-laki di unit interaksi dalam asuhan keperawatan dapat non rawat bedah (16,8 persen). Hasil uji dilihat pada Tabel 2 sebagai berikut.

**Tabel 2.** Hasil uji reliabilitas beban kerja mental saat interaksi dalam asuhan keperawatan periode Januari-Agustus 2014

No	Ranah Penelitian	Cronbach
1	Persepsi Teruji	
	1. Sebelum interaksi	0,993
	2. Sesudah interaksi	0,996
2	Hasil Observasi Menurut Persepsi Pendamping	
	1. Sebelum interaksi	0,928
	2. Selama interaksi	0,907
3	Hasil Observasi Terhadap Perubahan Fisik, Psikologis, dan Perilaku	
	1. Sebelum interaksi	0,844
	2. Selama interaksi	
	a. Orientasi	0,711
	b. Identifikasi	0,769
	c. Eksplorasi	0,773
	d. Resolusi	0,82
	3. Setelah interaksi	0,772
4	Persepsi Klien setelah Interaksi	0,56

Tabel 2 menjelaskan bahwa angka reliabilitas tertinggi terdapat pada alat ukur persepsi Teruji setelah berinteraksi. Analisis kontribusi dari observasi, persepsi Teruji, observasi pendamping, dan pendapat klien

dilakukan dengan menggunakan model *Second Order Confirmatory Factor Analysis* (SOCFA). Hasil uji coba alat ukur beban mental Teruji saat interaksi terdapat pada Tabel 3 sebagai berikut.

**Tabel 3.** Hasil uji coba alat ukur beban mental Teruji saat interaksi pada 195 partisipan

Indeks Kecocokan	Df	p-value	Ket.
<i>Chi-square</i>	119,35		Model Fit
RMSEA	0,099	$df = 41$	$p = 0,000$
SRMR	0,042		Model Fit

**Tabel 4.** Besaran parameter model beban kerja mental saat interaksi

Jenis Model	Angka Keterikatan
<b>Observasi</b>	
Sebelum	$\lambda = 0.43, t_{hitung} = 0,00$
Orientasi	$\lambda = 0.91, t_{hitung} = 17,19$
Identifikasi	$\lambda = 0.85, t_{hitung} = 15,27$
Eksplorasi	$\lambda = 0.86, t_{hitung} = 0,00$
Resolusi	$\lambda = 0.72, t_{hitung} = 11,83$
Sesudah	$\lambda = 0.80, t_{hitung} = 13,85$
<b>Persepsi Teruji</b>	
Sebelum	$\lambda = 0.60, t_{hitung} = 0,00$
Sesudah	$\lambda = 1.11, t_{hitung} = 1,60$
<b>Pendamping</b>	
Sebelum	$\lambda = 0.43, t_{hitung} = 0,00$
Selama	$\lambda = 1.43, t_{hitung} = 1,50$
<b>Klien</b>	
	$\lambda = 0.69, t_{hitung} = 0,00$

Tabel 4 menunjukkan bahwa hampir semua muatan faktor 0,5, artinya hampir semua indikator memberikan kontribusi terhadap model pengukuran beban kerja mental, saat interaksi asuhan keperawatan. Sedangkan yang tidak memberikan kontribusi terhadap model asuhan yaitu model alat pendamping sebelum dilaksanakan interaksi yaitu sebesar 0,43. Hasil tersebut menunjukkan bahwa model alat ukur beban kerja mental perawat yang penilaiannya dilakukan oleh pendamping sebelum pelaksanaan penelitian tidak menunjukkan

keterikatan yang kuat dibandingkan dengan model pengukuran beban kerja mental perawat dalam interaksi asuhan keterujian, sehingga faktor penilaian pendamping sebelum interaksi dipertimbangkan untuk dieliminasi.

Untuk mendapatkan hasil pemodelan yang valid dan reliabel maka dilakukan uji modifikasi terhadap model tersebut, sehingga diperoleh hasil yang terlihat dalam Tabel 5 tentang indeks kesesuaian beban kerja mental Teruji.

**Tabel 5.** Indeks kesesuaian beban kerja mental teruji saat interaksi pada 195 partisipan

Indeks Kecocokan		<i>df</i>	<i>p-value</i>	Ket.
<i>Chi-square</i>	7,493			Model Fit
RMSEA	0,075	<i>df</i> = 36	<i>p</i> = 0,150	Model Fit
CFI	0,98			Model Fit
SRMR	0,042			Model Fit

Hasil pengujian terhadap model pengukuran beban kerja mental Teruji saat interaksi dalam asuhan keterujian dengan empat model pengukuran yang dispesifikkan ke dalam sebelas jenis instrumen menghasilkan *p-value*=0,150 ( $p>0,05$ ) dan RMSEA=0,075 (RMSEA <0,1). Berdasarkan data tersebut maka dapat disimpulkan bahwa model pengembangan alat ukur beban kerja mental dapat memenuhi persyaratan dan berada pada indeks kecocokan, sehingga model pengukuran beban kerja mental Teruji saat interaksi dalam asuhan keterujian dapat dipertimbangkan untuk dipergunakan.

## DISKUSI

Setiap individu memiliki sistem kepribadian tertentu, sistem interpersonal terbentuk karena adanya hasil interaksi antar individu untuk mencapai tujuan bersama. Dalam asuhan keperawatan fakta utama yang menentukan hubungan interpersonal adalah kemampuan interaksi dari perawatnya. Selama berinteraksi, perawat-klien akan dipengaruhi oleh jenis interaksi, kondisi klien, ketersediaan waktu, kemampuan berfikir kritis, kemampuan mengelola masalah, keseimbangan diri, dan kemampuan terhadap kontrol dirinya (King dalam Tomey, 2006).

Terjadinya selisih kapasitas maksimum perawat untuk melakukan upaya fisik, mental, pengelolaan waktu, penampilan kerja, perasaan frustrasi, dan usaha dengan pengaruhselamaperawatmelakukaninteraksi akan menyebabkan beban kerja mental.

Terjadinya beban kerja mengakibatkan aktivitas metakontrol sehingga menimbulkan perubahan fisik, mental, dan psikologis. Perubahan-perubahan tersebut memberikan informasi untuk pengembangan alat ukur beban kerja mental saat interaksi dalam asuhan keperawatan.

Dalam rangka pengembangan alat ukur ini peneliti melakukan uji coba di empat provinsi dengan partisipan berjumlah 195 orang. Sumberdata diperoleh dari empat jenis partisipan, yaitu teruji, penguji, pendamping, dan klien. Karakteristik partisipan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, dengan tempat bekerja di ruang rawat bedah dan non bedah. Menurut Minetty dan Hutanson dalam Gillies (2003), ketergantungan perawat di ruang perawatan bedah termasuk kategori tingkat ketergantungan penuh (*full care*), sehingga perlu diperhitungkan beban kerja perawat dengan prediksi jumlah total klien yang dirawat, kategori perawatan, dan jumlah masing-masing kebutuhan perawatan. Berdasarkan hasil studi pendahuluan terhadap 150 perawat bedah di Jawa Barat diperoleh hampir 83,4 persen bekerja dalam kondisi beban kerja mental.

Menurut King dalam Tomey (2006) dalam berinteraksi perawat harus mampu menempatkan dirinya sebagai "*I and Self*". Bila dikaitkan dengan hasil penelitian sebelumnya, interaksi perawat dibutuhkan dalam setiap titik pelayanan rawat bedah bila tidak dilaksanakan akan berpengaruh terhadap keselamatan klien, misalnya terjadinya sentinel, keterlambatan

pengobatan, kesalahan identifikasi klien, pelayanan rawat darurat yang tidak diinginkan, ataupun kematian.

Untuk itu pengembangan alat ukur terhadap partisipan kelompok Teruji ini betul-betul telah memenuhi persyaratan kriteria pengambilan sampel. Pengembangan alat ukur ini merupakan hal yang baru sehingga membutuhkan proses perumusan alat ukur agar dapat menjelaskan kombinasi variabel pembentuk alat ukur. Proses perumusan alat ukur meliputi proses menerjemahkan beban kerja mental, pengelompokan ke dalam *blue print* perubahan fisik, psikologis, dan perilaku yang terjadi akibat beban kerja mental. Pengukuran beban kerja mental ini diukur pada konteks interaksi dalam asuhan keperawatan yang dirumuskan berdasarkan teori Imogene King dan teori Hildegard Peplau. Fenomena yang didapatkan dari hasil studi pendahuluan diperoleh interaksi dilakukan sebelum, selama, dan setelah interaksi. Perubahan psikologis terlihat dari perubahan fisik dan perilaku. Teruji lebih suka didampingi oleh pendamping dibandingkan dengan atasan sehingga objektivitasnya perlu diperkuat oleh angket yang berasal dari klien.

Hasil pengujian validitas dan reliabilitas telah dilakukan terhadap 35 butir pertanyaan yang dilakukan sebelum dan setelah interaksi. Hasil alat ukur untuk Teruji sebelum interaksi didapatkan nilai *case processing summary* sebesar 97,4 persen, artinya banyaknya instrumen yang mengikuti proses tersebut, nilai  $p=0,993$  ( $p>0,7$ ), sehingga perlu diuji kembali dengan *interitem correlation* dan hasilnya banyak diperoleh butir pertanyaan yang memiliki keterikatan lebih dari 0,7 dan kemungkinan beberapa butir pertanyaan dijawab sama oleh Teruji.

Kemungkinan faktor penyebab dari butir pertanyaan yang berada dalam satu kelompok dijawab hampir sama oleh perawat adalah pada saat dilakukan penelitian tiap

Teruji menangani klien lebih dari satu klien dan hasil studi pendahuluan menunjukkan penyebab beban kerja mental tersebut adalah tentang keterbatasan waktu dan konsekuensi tugas. Hasil penelitian terhadap beban kerja mental saat interaksi dalam asuhan keperawatan menunjukkan tekanan waktu menempati indeks tertinggi dengan nilai 833.

Kondisi-kondisi di atas menunjukkan bahwa jawaban Teruji terhadap instrumen Teruji sebelum berinteraksi tidak terfokus sehingga untuk jawaban yang sama terhadap butir pertanyaan yang berbeda tidak dibaca secara lengkap dan disesuaikan dengan kondisi dirinya. Menurut pendapat Cain (2004), bila seseorang sudah tidak dapat beradaptasi terhadap keterbatasan waktu, impuls ke korteks adrenalnya akan terhambat sehingga akan memengaruhi kegiatan hormon adrenalin untuk menyeleksi kesalahan dan penentuan akibat keadaan darurat.

Bila dikaitkan dengan pendapat King (Tomey & Alligood, 2006), pencapaian tujuan dapat terjadi bila individu mampu beradaptasi melalui melalui proses *Dynamic Interacting System*. Peran perawat adalah untuk membantu memahami dan menggali apa yang klien ketahui, sebagai suatu sistem terbuka dan sebagai "*I and Self by his or her*". Bila jawaban Teruji terhadap instrumen Teruji sebelum berinteraksi saja sudah tidak terfokus maka untuk selanjutnya perawat kemungkinan tidak mampu untuk menyeleksi kesalahan dan penentuan kondisi kritis. Sementara perawat harus mampu menempatkan perannya dengan baik.

Hasil observasi yang dilakukan oleh pendamping dari 60 butir pertanyaan diperoleh  $p=0,928$  sebelum interaksi dan  $p=0,907$  setelah interaksi. Hal ini berarti butir pertanyaan untuk pendamping selama observasi telah menunjukkan angka reliabel.

Hasil *case processing summary* butir pertanyaan sebelum interaksi sebesar 96,9 persen, artinya pendamping melakukan penilaian tentang kebiasaan Teruji saat berinteraksi selama satu tahun terakhir sebanyak 189 orang dan hasil *case processing summary* butir pertanyaan setelah interaksi sebesar 92,3 persen (181 orang). Hasil *corrected* butir pertanyaan didapatkan data bahwa tidak terdapat pertanyaan yang memiliki nilai di bawah 0,2, sehingga semua butir pertanyaan observasi pendamping sebelum dan selama berinteraksi dapat digunakan.

Hasil analisis hubungan antar butir pertanyaan, untuk butir pertanyaan pendamping menunjukkan korelasi  $p > 0,7$ , artinya bahwa antar butir pertanyaan pendamping memiliki keterikatan yang kuat dan antar butir pertanyaan dijawab hampir sama. Tujuan awal dibuatnya instrumen observasi awal dari pendamping ini adalah untuk mencegah hasil observasi yang bersifat subjektif dan untuk membantu proses *content analysis*.

Menurut Neuendorf (2002), analisis konten perlu memasukkan sejumlah besar informasi tekstual secara sistematis untuk mengidentifikasi sifat dan kata kunci yang paling sering digunakan. Keberadaan instrumen pendamping penguji ini dapat dikategorikan sebagai informasi tekstual sehingga dapat dianggap menjadi quasi-evaluasi. Pendamping dan Teruji sama-sama berperan sebagai pemberi pelayanan keperawatan pada klien sehingga menyebabkan terjadinya keterikatan yang kuat antar butir pertanyaan dan pertanyaan dapat dijawab dengan jawaban yang hampir sama.

Hasil uji validitas dan reliabilitas terhadap butir pertanyaan observasi terdiri dari 6 hasil uji validitas dan reliabilitas yaitu sebelum interaksi dan selama interaksi yang terdiri dari fase orientasi, identifikasi,

eksplorasi, dan resolusi kemudian setelah interaksi. Hasil uji validitas dan reliabilitas terhadap butir pertanyaan sebelum berinteraksi terdiri dari 21 butir pertanyaan yang merupakan pertanyaan untuk melihat perubahan psikologis, fisik, dan perilaku. Tahapan kegiatan yang diobservasi diawali ketika perawat mempersiapkan diri untuk berinteraksi. Dari 196 orang perawat didapatkan hasil nilai *case processing summary* untuk butir pertanyaan sebelum interaksi sebesar 100 persen dan nilai *Cronbach* 0,865 ( $> 0,7$ ), artinya bahwa keterikatan dan kesamaan jawaban antar butir pertanyaan menunjukkan angka yang bervariasi berkisar antara 0,850 sampai 0,013.

Variasi keterikatan dan kesamaan jawaban ini menunjukkan kemampuan interaksi melalui pengembangan interaksi yang bersifat dinamis sebagaimana dikemukakan oleh King dalam Tomey (2006). Untuk melalui tahapan hubungan interpersonal yang dikembangkan oleh Hildegard Peplau, perawat membutuhkan kemampuan adaptasi yang baik, sehingga akan mengalami beban kerja mental yang bervariasi. Menurut teori adaptasi yang dikemukakan oleh Roy dalam Tomey & Alligood (2014), kesatuan informasi yang diterima sebagai stimulus sebelum berinteraksi akan menghasilkan stimulus fokal, kontekstual, dan residual yang bervariasi. Rangsangan yang datang mengakibatkan Teruji harus mempersiapkan interaksi untuk mendorong stimulus kontekstual dan residual Teruji secara internal dan eksternal sampai menimbulkan respons perubahan psikologis, fisik, dan perilaku. Teruji akan belajar beradaptasi terhadap stimulus-stimulus tersebut melalui empat mode mekanisme adaptasi bagaimana mempertahankan dirinya untuk tetap berada dalam kontrol diri yang baik untuk menjalankan perannya berinteraksi dalam asuhan keperawatan.

Hasil uji reliabilitas dan validitas selama fase orientasi, Teruji melakukan kontrak awal untuk membangun kepercayaan dan pengumpulan data. Dari analisis data terhadap 29 butir pertanyaan menghasilkan Cronbach 0,755 ( $p > 0,7$ ) artinya perawat yang melalui tahapan ini sebanyak 178 orang. Keterikatan dan kesamaan jawaban untuk tiap butir pertanyaan yang bervariasi dari 0,850 sampai 0,014. Ketidakterikatan dan ketidaksamaan artinya memiliki nilai hubungan yang negatif di setiap butir pertanyaan, terdapat dalam butir pertanyaan berikut:

- a. Bingung dengan butir pertanyaan remasan saat jabat tangan, genggaman saat jabat tangan, mengepal jemari, dan terjadinya Tik (gerakan otot involunter yang tiba-tiba dan terjadi berkali-kali) di wajah.
- b. Emosi dengan butir pertanyaan bingung, jabat tangan, genggaman saat jabat tangan, mengepal jemari dan terjadinya Tik (gerakan otot involunter yang tiba-tiba dan terjadi berkali-kali) dan gerakan bahu saat menarik nafas.
- c. Peka stimulus dengan butir pertanyaan jabat tangan, genggaman saat jabat tangan, mengepal jemari dan terjadinya Tik (gerakan otot involunter yang tiba-tiba dan terjadi berkali-kali) di bahu.
- d. Menyatukan kedua jemari dengan mengungkapkan kata "maksud saya"
- e. Mempercepat topik dan menggenggam tangan klien.

Berdasarkan telaah hasil hubungan tiap pertanyaan dikaitkan dengan pendapat Neuendorf (2002) bahwa analisis konten merupakan langkah memasukkan sejumlah besar informasi tekstual secara sistematis untuk mengidentifikasi sifat-sifatnya, seperti frekuensi kata kunci yang paling sering digunakan dengan menempatkan struktur yang lebih penting dari isi komunikasi. Berdasarkan jumlah tersebut informasi

tekstual dikategorikan untuk memberikan pembacaan yang berarti konten dengan membuat kerangka koding. Sehingga dibutuhkan pengembangan alat ukur yang lebih spesifik lagi pada fase orientasi karena ada beberapa informasi tekstual dari perubahan psikologis, fisik dan perilaku sesuai dengan struktur dari isi komunikasi.

Sesuai dengan pendapat King dalam Tomey (2006) tentang pengembangan teorinya, *Dynamic Interaction system*, diperlukan proses persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, kelompok dan lingkungannya yang dimanifestasikan sebagai perilaku verbal dan non-verbal, untuk menempatkan peran sesuai posisinya sebagai klien dan sebagai perawat yang memberikan pelayanan. Dari hasil analisis untuk rumah sakit yang termasuk dalam penelitian sesuai dengan perkembangan emosi, pengalaman, keunikan, dan area dilaksanakan interaksi, ternyata jabat tangan, genggaman tangan dari jawaban pengujian memiliki ketidakterikatan antar butir pertanyaan, artinya sangat dimungkinkan pertukaran energi dan informasi antara perawat dengan klien tidak membantu untuk keseimbangan dan mengontrol stresor kebingungan emosi dan kepekaan terhadap stimulus. Untuk pengembangan alat ukur yang terkait dengan beban kerja mental saat orientasi dalam asuhan keperawatan diperlukan telaahan yang lebih spesifik lagi terkait dengan perubahan psikologis.

Pada fase identifikasi butir pertanyaan diarahkan pada perubahan fisik, psikologis, dan perilaku selama Teruji melakukan fasilitasi ekspresi perilaku klien untuk menggali potensi kemandirian klien dan memberi bantuan keperawatan yang dibutuhkan klien. Dalam fase ini nilai untuk butir pertanyaan sebesar 91,8 persen, yang diikuti oleh 176 Teruji dengan 27 butir pertanyaan. Kegiatan ini menghasilkan nilai Cronbach 0,820 ( $> 0,7$ ), artinya pada fase ini

27 butir pertanyaan reliabel untuk dijadikan alat ukur.

Hasil analisis hubungan tiap pertanyaan menunjukkan keterikatan dan kesamaan jawaban pengujian yang bervariasi dari 0,961 sampai 0,020. Ketidakterikatan dan ketidaksamaan jawaban pengujian atau bernilai negatif terdapat dalam butir pertanyaan berikut:

- a. Cemas dengan gerakan sentuhan tangan kepada klien.
- b. Peka stimulus dengan gerakan jari tangan.
- c. Perubahan warna wajah dengan kemampuan memfokuskan.
- d. Pengungkapan "maksud saya" dengan menarik nafas.
- e. Mengganti topik dengan pengungkapan "maksud saya"

Kemandirian klien dan bantuan keperawatan yang dibutuhkan klien berbeda-beda sehingga dibutuhkan kemampuan Teruji untuk berfikir kritis. Pada tahap ini diperlukan kemampuan Teruji untuk memberikan bantuan pada klien sesuai dengan kebutuhannya (Huber, 2006).

Hasil analisis pada tahap identifikasi Teruji, dalam mengungkapkan ide Teruji tidak mengubah perilaku sentuhan jari tangan, berusaha mengklarifikasi, menarik nafas, dan mengganti topik. Menurut Rubio, dkk. (2004), selama proses belajar terutama dalam kaitannya dengan interaksi antar manusia dapat digunakan berbagai media. Selama fase identifikasi Teruji menggunakan berbagai fasilitas media seperti barang medis habis pakai, gambar, dan peralatan medis.

Topik yang dipilih oleh Teruji untuk tahap identifikasi, sangat didukung oleh kemampuan berpikir Teruji sehingga membantu pengujian melihat perubahan perilaku Teruji melalui pengungkapan ide, penyampaian informasi, bertukar pengalaman dengan klien, menghubungkan fakta, memberi bukti-bukti, contoh solusi,

atau kesimpulan yang diambilnya termasuk memberi penjelasan mengenai keuntungan (kelebihan) dan kerugian (kekurangan) dari tindakan yang akan dilakukan Teruji. Oleh karena itu untuk pengembangan alat ukur selanjutnya dibutuhkan spesifikasi perilaku yang ditampilkan Teruji yang lebih memperdalam mengenai ungkapan perilaku perawat selama berpikir kritis.

Fase eksplorasi yang merupakan fase klien merasakan nilai hubungan dengan peran keperawatan untuk membantu klien untuk mendapatkan gambaran kondisi dan seluruh aspek yang terlibat di dalamnya. Hasil uji reliabilitas dihasilkan analisis Cronbach 0,764 artinya 24 butir pertanyaan tersebut dapat digunakan untuk mengukur beban kerja mental perawat saat eksplorasi dengan keterikatan di setiap butir pertanyaan menunjukkan variasi 0,509 sampai 0,023, hasil ini menunjukkan bahwa tiap butir pertanyaan dalam posisi tidak terlalu terikat dan terdapat variasi jawaban saat pengujian menilai Teruji.

Pada fase resolusi dimana pengujian mengamati perubahan psikologis, perilaku dan fisik Teruji untuk melakukan penguatan kemampuan klien untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan menyalurkan energi ke arah realisasi potensi serta melepaskan permasalahannya dengan Teruji. Hasil uji reliabilitas diperoleh nilai Cronbach 0,842 artinya 24 butir pertanyaan untuk melihat perubahan perilaku, psikologis dan fisik pada fase resolusi dapat dikembangkan. Hasil analisis keterikatan setiap butir pertanyaan diperoleh variasi nilai keterikatan dan kesamaan jawaban pengujian berdasarkan hasil pengamatan Teruji 0,704 sampai 0,08, artinya bahwa terdapat beberapa butir pertanyaan yang memiliki keterikatan dan kesamaan jawaban. Pada tahap ini tidak dibutuhkan angka ketidakterikatan dan ketidaksamaan jawaban sehingga dikatakan butir pertanyaan memenuhi persyaratan

penyempurnaan sebagai alat ukur.

Pada fase setelah interaksi, observasi dilakukan untuk melihat perubahan fisik, psikologis dan perilaku Teruji setelah berinteraksi. Reliabilitas yang dihasilkan pada tahapan ini diperoleh Cronbach 0,781 ( $p > 0,7$ ) artinya 24 butir pertanyaan untuk melihat perubahan perilaku, psikologis dan fisik pada fase setelah interaksi dapat dikembangkan. Angka keterikatan dan kesamaan di setiap butir pertanyaan adalah 0,013 sampai 0,638. Hasil ini menunjukkan bahwa tiap butir pertanyaan dalam posisi tidak terlalu terikat dan terdapat variasi jawaban saat pengujian menilai Teruji.

Berdasarkan tabel hasil uji coba validitas dan reliabilitas pada *draft* pertama terdapat sembilan butir pertanyaan alat ukur yang tidak valid dengan  $r < 0,3$  yang terdapat dalam lembar angket pendamping untuk butir pertanyaan observasi perilaku "mengepal." Sedangkan pada butir pertanyaan pengujian pada kata "marah, *sensitive* dan remasan tangan" pada tahapan interaksi fase orientasi dan eksplorasi, resolusi, dan setelah interaksi. Untuk mendapat hasil dengan reliabilitas dan validitas yang lebih baik pada lampiran kedua dan ketiga maka peneliti memperbaiki kalimat "marah" menjadi "emosi meningkat," kata "sensitif" diubah menjadi kalimat "peka terhadap stimulus" kemudian kata "mengepal" diubah menjadi "mengenggam" dan kalimat "remasan tangan saat menjabat tangan klien diubah menjadi "kekuatan genggam tangan pada klien".

Berdasarkan hasil analisis pengolahan data terlihat bahwa model pengembangan alat ukur beban kerja mental saat interaksi dalam asuhan keperawatan pada *Confirmatory Factor Analysis* (CFA), sudah memenuhi kriteria *goodness of fit* yang telah ditetapkan  $>$  nilai kemungkinan pengujian *goodness of fit* menunjukkan nilai *p-value* 150 ( $> 0,05$ ) dan RMSEA 0,075 ( $> 0,05$ ), hasil tersebut belum memenuhi nilai *p-value*

*for test of close fit*, tetapi sudah memenuhi kriteria model yang cocok menurut Ghazali dan Fuad (2005), nilai RMSA berkisar 0,01= -0,08 menunjukkan nilai yang cukup tepat. Hasil uji kecocokan model dengan yang lain seperti GFI (*Goodness of Fit Index*), RFI (*Relative Fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*), IFI (*Incremental Fit Index*) juga memperlihatkan nilai  $p > 0,90$  sehingga model dinyatakan tepat.

Hasil uji modifikasi model alat ukur persepsi Teruji, observasi pendamping, observasi dari pengujian, dan angket klien terhadap beban kerja mental diperoleh hasil pendamping, klien, dan pengujian memberikan kontribusi yang signifikan terhadap pengembangan alat ukur beban kerja mental sedangkan hasil persepsi tidak memberikan kontribusi yang signifikan terhadap pengukuran beban kerja mental. Apabila dikaitkan dengan hasil pengamatan secara empiris terjadi perubahan fisik dan perubahan perilaku terutama terlihat sebelum Teruji memulai interaksi menggunakan rata-rata waktu 20 menit sedangkan untuk fase-fase selama interaksi menggunakan rata-rata waktu di bawah 10 menit.

Kondisi ini menggambarkan bahwa sebelum interaksi Teruji cenderung menunda waktu dan selama interaksi cenderung ingin cepat menyelesaikan pekerjaan. Sehingga dapat dikatakan pada saat mengisi alat ukur beban kerja mental sebelum dan setelah observasi bagi dan hasil perubahan empiris yang dibutuhkan oleh pengujian dipengaruhi oleh faktor beban kerja mental.

Beberapa hasil penelitian sebelumnya tentang pengukuran beban kerja mental perawat, antara lain Cain (2004), menjelaskan bahwa ketidaksepakatan, refleksi konstruksi mental karena adanya keterbatasan waktu, rangsangan konstruksi mental yang bersifat laten, tugas yang bersifat kompleks, kecemasan, tekanan emosional, kemampuan menjalankan tugas, dan

keterbatasan waktu, menghambat reaksi ke korteks adrenal. Hal ini akan memengaruhi kegiatan hormon adrenalin yang berdampak terhadap penurunan kemampuan molekul adrenalin untuk menyeleksi kesalahan dan penentuan akibat keadaan darurat. Hal ini sangat sesuai dengan hasil studi pendahuluan yakni ketidaksepakatan dalam tugas dan keterbatasan waktu dapat memengaruhi beban kerja mental perawat untuk berinteraksi dalam asuhan keperawatan.

Hasil telaah di atas bila dikaitkan dengan hasil penelitian Kelly, dkk. (2006) yang melakukan penelitian mengukur beban kerja mental terdapat hubungan sistem interaksi pertanyaan dan jawaban dari Teruji terhadap kemampuan sensitivitas individu terhadap diri, tugas, usia, tingkat pendidikan, tipe pekerjaan, dan pengalaman kerja. Hasil penelitian terdapat perbedaan hasil observasi dan persepsi dari Teruji sendiri menunjukkan kurangnya sensitivitas individu terhadap diri sendiri ketika menjawab setiap butir pertanyaan pada angket yang membahas kondisi beban kerja mental dirinya.

Hasil penelitian Mitchell (2000) menyatakan terdapat hubungan beban kerja mental dengan penampilan kerja pada tugas sekunder. Karena pengisian alat ukur untuk Teruji dianggap merupakan pekerjaan sekunder, jawaban pertanyaan tidak terfokus dan tidak dijawab secara hati-hati dari mulai membaca petunjuk pengisian maupun melewati fase-fase interaksi dengan lengkap padahal Teruji sudah dilatih perihal definisi operasional dalam butir pertanyaan dan sudah dijelaskan dalam panduan terkait pemilih angka-angka yang berada dalam skala.

Kondisi di atas sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Parasuraman, Sheridan, Wickens (2008), yaitu terdapat hubungan kesadaran terhadap situasi, penampilan kerja, dan lingkungan kerja.

Pengembangan alat ukur beban kerja mental saat interaksi, diukur secara subjektif untuk menganalisis pengaruh kesadaran Teruji terhadap situasi, beban kerja mental, dan tingkat kepercayaannya terhadap penampilan kerja.

Menurut Dekker & Hollnagel (2004), terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan kesadaran terhadap situasi, beban kerja mental, dan tingkat kepercayaan. Menurut psikoanalisis Freud, kesadaran terhadap situasi beban kerja mental, kerangka pikir dan definisi operasional akan berdampak pada faktor untuk mengukur kesadaran diri. Bila dikaitkan dengan hasil penelitian, meskipun kerangka teori dan definisi operasional telah dibentuk sedemikian rupa untuk mengakomodasi kegiatan interaksi saat asuhan keperawatan, melalui pengembangan teori interaksi manusia dalam sistem yang dijelaskan secara spesifik sesuai dengan kesadaran terhadap situasi, beban kerja mental dan rasa percaya tetap karena bersifat sangat subjektif dan membutuhkan kemampuan sensitivitas untuk menjawab setiap butir pertanyaan.

Menurut Patel (2002), kemampuan manusia untuk memproses informasi dengan mengukur kemampuan kognitif, kelelahan, stres, kecemasan, keterampilan memperbaiki komponen dengan menggunakan analisis regresi beban kerja mental sangat dipengaruhi oleh kemampuan kognitif. Dari hasil penelitian dan dari evaluasi kejadian empiris terdapat perbedaan signifikansi antara persepsi Teruji dengan hasil observasi pengujian dan pendamping Teruji, maka dapat dikatakan bahwa kemampuan kognitif dari Teruji kemungkinan mengalami penurunan saat mengisi butir pertanyaan dan kemungkinan akibat merasa diperhatikan sehingga menjadi pencetus terjadinya beban kerja mental atau Teruji memang sudah mengalami beban

kerja mental yang sudah terakumulasi dari faktor pencetus dalam jangka waktu yang panjang sehingga merangsang penggunaan fungsi otak yang memicu reaksi fungsional dari pusat kesadaran korteks serebri.

Korteks serebri merupakan bagian otak depan yang paling berkembang sempurna terdiri atas lobus kanan dan lobus kiri. Bagian otak ini fungsinya berkaitan dengan intelegensi, proses berpikir, berkreasi, dan lain-lain. Ketegangan akibat refleksi mental akan muncul berbagai gejala yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan kemampuan adaptasi fisik sehingga berdasarkan rangkaian informasi di atas maka dapat dikatakan pengembangan alat ukur ini telah dapat mengindikasikan adanya hubungan kerja antara fisik, psikologis, dan perilaku dalam merespons beban mental yang dapat memengaruhi pengisian angket persepsi dari Teruji.

Kontribusi yang tidak bermakna juga terdapat pada variabel fase eksplorasi saat observasi sangat berkaitan dengan fenomena Teruji yang cenderung mempercepat fase interaksi. Menurut Mitchell (2000), beban kerja dapat diukur melalui kemampuan memfokuskan perhatian, penyesuaian beban kerja, kemampuan memproses secara optimal, dan motivasi menyelesaikan tugas. Maka dalam penelitian ini didapatkan rendahnya nilai signifikansi eksplorasi terhadap observasi disebabkan oleh kemampuan Teruji untuk menyelesaikan fase eksplorasi yang merupakan penggalan ketidakmauan, ketidaktahuan, dan ketidakmampuan klien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Penggalan ini sangat dipengaruhi oleh kompetensi, kemampuan menanggapi, kemampuan memfokuskan perhatian, kemampuan mengikuti proses kerja secara optimal, dan motivasi menyelesaikan tugas, sehingga Teruji banyak yang tanpa sengaja melewati fase tersebut.

Pengembangan alat ukur observasi juga memiliki keterkaitan yang kuat, sedangkan untuk pengembangan alat ukur pendamping dan persepsi memiliki keterkaitan yang rendah yaitu 0,18 untuk persepsi perawat dan 0,25 untuk pendamping. Secara empiris keterkaitan yang rendah antara lajur hubungan beban kerja mental dengan alat ukur persepsi Teruji dengan hasil observasi pendamping adalah orang dari kelompok yang sama sehingga kemungkinan dipengaruhi oleh faktor subjektivitas dan sensitivitas dalam menjawab butir pertanyaan. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji-t yang dihasilkan dari penelitian setelah mengalami modifikasi model.

Berdasarkan pengujian terhadap model pengukuran beban kerja mental perawat saat interaksi dalam asuhan keperawatan dengan 4 model pengukuran yang disertakan ke dalam sebelas jenis instrumen menghasilkan  $p\text{-value}=0,150$  ( $p>0,05$ ) dan  $RMSEA=0,075$  ( $RMSEA<0,1$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa model pengembangan alat ukur beban kerja mental dapat memenuhi persyaratan berada pada indeks kecocokan, sehingga model pengukuran beban kerja mental perawat saat interaksi dalam asuhan keperawatan dapat dipertimbangkan untuk dipergunakan.

Pengembangan alat ukur beban kerja mental saat interaksi dalam asuhan keperawatan ini melibatkan pemrosesan melalui 2 jenis pengujian validitas dan reliabilitas dengan program analisis yaitu program SPSS dengan program Lisrel. Hasil uji hubungan antar butir pertanyaan untuk semua alat ukur dan semua tahapan yang dilalui selama interaksi menunjukkan angka yang sangat bervariasi. Peneliti mendapatkan kesulitan membangun model pengembangan alat ukur untuk mendapatkan nilai *confirmatory factor analysis* (CFA) dengan menggunakan KMO (*Kaiser Meyer Oikin*) dengan jenis jawaban yang terdiri

dari dua jenis, yaitu skala interval dan ordinal. KMO hanya bisa memproses CFA yang dibentuk oleh skala interval sehingga dalam mengembangkan model peneliti menggunakan analisis pemodelan melalui analisis program Lisrel.

Hasil analisis dengan regresi berganda yaitu CFA melalui modifikasi terhadap dua *order* analisis program Lisrel diperoleh nilai *eigenvalue*>1, *p-value*>0,5, RMSEA <0,08 untuk mendapatkan syarat nilai alat ukur yang cocok. Alasan peneliti tentang kecocokan model yang dibentuk dibuktikan pada butir-butir pertanyaan dengan nilai-nilai yang valid. Kekuatan dari setiap butir pertanyaan tersebut apabila tidak terjawab secara hati-hati maka Teruji dan pendamping sudah tidak dapat memfokuskan diri terhadap permasalahan yang ada di hadapannya. Kondisi ini dikatakan Teruji dan pendamping sudah tidak dapat lagi melakukan upaya fisik, mental, pengelolaan waktu, mengelola rasa frustrasi, dan *effort*. Menurut Cain (2004) dalam kondisi tersebut individu sudah berada dalam status beban kerja mental.

Alat ukur ini sangat baik untuk meningkatkan kemampuan adaptasi dan memberikan informasi bagi pengelola pelayanan keperawatan, maka sangat baik apabila penelitian berikutnya dikembangkan untuk mengukur kemampuan adaptasi beban kerja mental untuk perawat khususnya dalam asuhan keparawatan dan tenaga kesehatan lain dalam melakukan pelayanan kesehatan.

Hasil pengujian yang telah dipaparkan juga membuktikan adanya alat ukur beban kerja mental perawat saat interaksi dalam asuhan keperawatan. Hasil ini telah menunjukkan dapat mengukur subjektivitas dan kurangnya sensitivitas dalam pengisian dengan penggunaan signifikasi dan keterkaitan tiap konstruk terhadap beban kerja mental. Namun, alat yang dirancang ini tentunya memiliki kelamahan-kelemahan, sehingga penelitian selanjutnya diharapkan

melakukan beberapa perbaikan seperti homogenya instrumen yang digunakan dan pengembangan skala alat ukur.

## SIMPULAN

Alat ukur beban kerja mental perawat saat interaksi dalam asuhan keperawatan dengan menyertakan komponen perubahan fisik, psikologis, dan perilaku melalui pengamatan penguji, pengisian angket Teruji, pengamatan pendamping, dan pendapat klien terbukti valid dan reliabel. Berdasarkan "*decision*" pemodelan dengan melibatkan berbagai sumber partisipan penelitian ini jelas menunjukkan kecocokan karakteristiknya, sehingga alat ukur ini layak untuk dimanfaatkan.

Alat ukur ini dapat memberikan informasi diagnostik yang valid dan reliabel mengenai beban kerja mental dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga dapat memberikan informasi pada pengelola keperawatan untuk menetapkan perawat yang layak dan tidak layak melakukan kontak langsung pada klien. Sumber informasinya sangat banyak, yaitu dapat berasal dari diri perawat sendiri, pendamping perawat, dan dari pihak luar yaitu penguji dan klien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Cain, Brad. (2004). "A Review of the Mental Workload Literature". *NATO RTO Defence Research*, 4, 1-33. Brad-cain@drdc\_rddc.gc.ca.
- Creswell, W. (2010). *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Campuran* (Achmad Fawaid, Penerjemah). Edisi pertama. (hlm. 75-99). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Dekker dan Hollnagel. (2004). "Human Factors and Folk Models: *Cognition, Technology, and Work*, 6, 79-86.
- Departemen Kesehatan RI. (2009). "Sistem Kesehatan Nasional: Bentuk dan Cara Penyelenggaraan Pembangunan

- Nasional". Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI. (2009). "Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang RUMah Sakit". Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI. (2014). "Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan". Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Erickson dan Grove. (2004). "Why Emotions Matter: Age, Agitation, and Burnout Among Registered Nurses." *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 13, No.1.DOI: 10.3912/OJIN.Vol13No01PPT01, 20 Juli 2004.
- Gabbay dan Bukchin. (2009). "Does Daily Nurse Staffing Match Ward Workload Variability?". *Three Hospital Experiences*.
- Gillies, R. (2003). "The Behaviours, Interactions, and Perceptions of Junior High School Students During Small-Group Learning". *Journal of Educational Psychology*, 95, 137-147. doi: 10.1037/0022-0663.95.1.137.
- Ghozali, I. dan Fuad. (2005). *Structural Equation Modelling: Teori, Konsep dan Aplikasi dengan Program Lisrel 8.5*. Semarang: BP Undip.
- Huber, L. (2006). *Leadership and Nursing Management*. 3<sup>rd</sup> ed. AS: Saunders, Elsevier. 12 September 2014. premisssion@elsevier.com. <http://www.elsevier.com>.
- International Journal of Health Care Quality Assurance, 22(6), 625–641.
- Joint Commision Resouces. (2005). "Issues and Strategies for Nurse Leader". *Meeting Hospital Challenge Today* (13-115). AS.
- Kelly, Diane, dkk. (2006). "Used Centered Eveluation of Interactive Question Answering Systems". *Procedings of Centered Evaluation of Interactive Question Answering Systems Workshop at HLT-NAACL2006*, 49-56. 12 Oktober 2014. <http://control.nist.gov.amc/> atau [emile.morse@nist.gov](mailto:emile.morse@nist.gov).
- Koesyanto. (2008). "Hubungan antara Beban Kerja dengan Kelelahan Kerja Mengajar pada Guru Sekolah Dasar Se-Kecamatan Semarang Barat Tahun Ajaran 2006/2007". *KEMAS*, Vol. 3, No. 2, sitas 10 Juli 2012.
- Maslach and Leiter. (2008). "Early Predictors of Job Burnout and Engagement". *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Mitchell, D.K. (2000). "Mental Workload and ARL Workload Modeling Tools". Aberdeen Proving Ground, MD, US Army Research Laboratory, Human Research & Engineering Directorate: 35.
- Nazir, M. (2003). *Metode Penelitian*. Ghalia Indonesia: Jakarta.
- Neuendorf, (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks, CA: Sage. hlm. 10.
- Parasuraman, Sheridan, T.B., and Wickens, C.D. (2008). "Situation Awareness, Mental Workload and Trust in Automation Profile Methods". *International Association for Applied Psychology*, 53(1), 61-86. [srubiova@psi.ucm.es](mailto:srubiova@psi.ucm.es).
- Patel, H., dkk. (2002). "An Electrical-Circuit Model for Predicting Mental Workload in Computer based Tasks". *Journal of the Chinese Institute of Industrial Engineers*, 19(1), 11-15. [salvendy@ecn.purdue.edu](mailto:salvendy@ecn.purdue.edu).
- Peterson and Bredow. (2013). *Middle Range Theories Application to Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.
- Pheasant, Stephen. (1991). *Ergonomics, Work, and Health*. London: Macmillan Academic Professional, Ltd.
- Rubio dkk. (2004). "Evaluation of Subjective Mental Workload: A Comparison of SWAT, NASATLX, and Workload Profile

Methods". *International Association for Applied Psychology*, 53(1), 61-86.  
srubiova@psi.ucm.es

Tomey and Alligood. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, F.A. Davis Company.

Yustinus, Semiun. (2006). *Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Kanisius.

# PENGARUH IMPLEMENTASI PROGRAM PRO-SELF TERHADAP KECEMASAN DAN DEPRESI PASIEN KEMOTERAPI

Jihanni Mustika Mawardani<sup>1</sup>, Haryani<sup>1</sup>, Probosuseno<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Penyakit Dalam, RSUP Dr Sardjito, Yogyakarta

E-mail: jihannimustika@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Kemoterapi menimbulkan efek samping fisiologis dan psikologis. Gejala psikologis yang dapat terjadi berupa kecemasan dan depresi. Masalah psikososial dapat diatasi dengan memfasilitasi peningkatan coping pasien melalui pemberian informasi dan peningkatan sistem dukungan. Program PRO-SELF yang didesain untuk pasien kanker dewasa meliputi informasi, keterampilan, dan dukungan supaya penderita kanker dapat terlibat mandiri secara efektif dan konsisten dalam mengelola efek samping kemoterapi sehingga keparahan gejala yang berhubungan dengan penyakitnya atau penanganan penyakitnya dapat diminimalkan. **Tujuan:** mengetahui pengaruh implementasi Program PRO-SELF terhadap kecemasan dan depresi pada pasien kemoterapi. **Metode:** penelitian quasi eksperimen dengan *pre-test-post-test one group design* yang melibatkan 40 responden selama 3 bulan dengan kriteria inklusi semua pasien kemoterapi, berusia kurang dari 65 tahun, nilai skala *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)* 0–2. Data dikumpulkan pada bulan Juli–September 2013 di Ruang Penyakit Dalam IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito. Kriteria eksklusinya pasien kanker yang memiliki riwayat gangguan psikiatri. Responden diberikan *pre-test*, kemudian diberikan intervensi oleh peneliti berupa pemberian program PRO-SELF yang terdiri atas pemberian informasi, keterampilan tentang kemoterapi dan pengurangan efek samping kemoterapi, serta pemberian dukungan melalui telepon saat pasien di rumah. Setelah intervensi, responden diberikan *post-test* dengan jarak waktu 3 minggu dari *pre-test*. Pengukuran kecemasan dan depresi menggunakan kuesioner *hospital anxiety depression scale (HADS)*. Analisis data dilakukan dengan analisis Wilcoxon Test dengan tingkat kepercayaan 95%. **Hasil:** Terdapat perbedaan bermakna tingkat kecemasan pada responden ( $p=0,001$ ) dari *pre-test* ke *post-test*. Tingkat depresi tidak bermakna dari *pre-test* ke *post-test* ( $p=0,258$ ). **Kesimpulan:** Implementasi program PRO-SELF secara efektif dapat mengurangi kecemasan pasien kemoterapi, tetapi tidak dapat secara efektif mengurangi depresi. **Kata Kunci:** kemoterapi, kecemasan, depresi, program PRO-SELF.

## ABSTRACT

**Background:** *Chemotherapy causes physiological and psychological side effects. Psychological symptoms that can occur are anxiety and depression. Psychosocial problems can be overcome by improved patient coping through the provision of information and improved support system. PRO-SELF program that was designed increase self-care skills for adult patients undergoing cancer therapy includes information, skills, and support so cancer patients can be engaged effectively and consistently independent in managing side effect chemotherapy, so the severity of symptoms due to disease or treatment disease can be minimized. Objectives:* To identify the effect of implementation PRO-SELF program to anxiety and depression in chemotherapy patients. **Methods:** *This study used pre-experimental, one-group pre-test-post-test design involving 40 respondents for 3 month, inclusion criteria in this study are all chemotherapy patients, aged less than 65 years, screening patients with Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG 0–2) scale. Data were collected within July–September 2013 in Internal Injuries IRNA 1 Room RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Exclusion criteria is cancer patients who have history of psychiatric disorder. Respondents were given a pre-test, then were given intervention by nursing student with provision of information, skills in reducing chemotherapy side effects, and provide support with telephone when patients are at home. Respondent were given post-test after intervention 3 weeks after pre-test. Measurement of anxiety and depression using hospital anxiety depression scale (HADS) questionnaires and analyzed with Wilcoxon test with 95% level of significancy. Results:* Decrease respondents anxiety from pre-test to post-test with significancy 0.001, there is significant difference. Depression respondents changed from pre-test to post-test with significancy 0.258, that is non-significant difference. **Discussion:** PRO-SELF program effectively reduce anxiety because information, skills, support can reduce anxiety. **Conclusions:** Implementation of the PRO-SELF program effectively reduce patient anxiety chemotherapy. Yet it can not reduce depression effectively.

**Keywords:** chemotherapy, anxiety, depression, PRO-SELF program.

## LATAR BELAKANG

Indonesia memiliki prevalensi tumor/kanker sebesar 4,3 per 1.000 penduduk. *World Health Organization* (WHO) dan Bank Dunia (2005) memperkirakan 12 juta orang di seluruh dunia setiap tahun menderita kanker dan 7,6 juta di antaranya meninggal dunia. Berdasarkan data Riskesdas (2012), jika ini tidak dikendalikan, diperkirakan 26 juta orang akan menderita kanker dan 17 juta meninggal karena kanker pada tahun 2030. Salah satu cara pengobatan penyakit kanker ialah kemoterapi. Kemoterapi merupakan terapi pengobatan kanker yang menimbulkan banyak efek samping fisiologis dan psikologis seseorang. Kemoterapi menimbulkan tingkat kecemasan yang paling tinggi daripada pengobatan kanker yang lain (Lim, dkk., 2011).

Timbulnya gejala dapat menyebabkan pengurangan dosis, keterlambatan dalam mengelola kemoterapi, dan ketidakmauan pasien untuk mematuhi terapi yang ditentukan. Kecemasan dan depresi akan meningkatkan hormon kortisol yang dapat mengganggu sistem imun pasien. Terganggunya sistem imun pasien akan menimbulkan masalah fisik, psikologis, dan dapat memperburuk prognosis pasien.

Masalah psikososial yang timbul dapat diatasi dengan memfasilitasi peningkatan coping pasien melalui pemberian informasi, pemberian dukungan, dan peningkatan sistem dukungan (Triharini, 2009). Dodd dan Miaskowski (2000) menggambarkan pembangunan program untuk mengevaluasi secara berurutan serangkaian intervensi yang dirancang untuk meningkatkan praktik perawatan diri pasien yang bertujuan untuk mengontrol gejala yang berhubungan dengan pengobatan, yaitu program *PRO-SELF*.

Program *PRO-SELF* adalah program pengelolaan gejala secara mandiri yang telah banyak dilakukan di berbagai negara di

dunia. Program *PRO-SELF* didesain untuk pasien dewasa yang mengalami kanker, meliputi informasi, *skill* atau keterampilan, dan dukungan supaya penderita kanker dapat terlibat mandiri secara efektif dan konsisten dalam mengelola efek samping kemoterapi sehingga keparahan gejala yang berhubungan dengan penyakitnya atau penanganan penyakitnya dapat diminimalkan (Dodd dan Miaskowski, 2000).

Tujuan penelitian ini ialah untuk mengetahui pengaruh implementasi program *PRO-SELF* terhadap kecemasan dan depresi pada pasien kemoterapi di Ruang Penyakit Dalam IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito.

## METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian praeksperimental dengan rancangan penelitian *pre-test post-test one group design*. Penelitian ini dilakukan pada pasien kemoterapi di Ruang Penyakit Dalam IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito sebagai populasi. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Juli–September 2013. Jumlah responden penelitian ditentukan dengan rumus besar sampel analitis-numerik berpasangan; didapatkan 40 responden dengan 12,5 persen pertimbangan *drop out* maka jumlah sampel penelitian ini sejumlah 45 responden.

Semua responden penelitian telah menjalani *screening* menggunakan *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), tetapi terdapat 5 orang yang *drop out* karena kondisi kesehatan dan penyakit responden serta responden yang tidak dapat dihubungi sehingga jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 40 responden. Sampel yang masuk dalam inklusi ialah semua pasien kanker yang mendapatkan kemoterapi di Ruang Penyakit Dalam IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito berusia kurang dari 65 tahun, *screening* pasien dengan skala *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) 0–2, bersedia menjadi responden. Sementara

itu, kriteria eksklusi ialah pasien kanker yang memiliki riwayat gangguan psikiatri. Responden diberi informasi, *self care exercise*, redemonstrasi, dan dukungan oleh asisten peneliti, yaitu mahasiswa keperawatan. Pemberian informasi mengenai definisi kanker, kemoterapi, gejala efek samping kemoterapi, dan cara-cara untuk mengurangi gejala efek samping kemoterapi dilakukan dengan waktu 5–20 menit setelah pengisian kuesioner *pre-test*.

Kegiatan *self care exercise* mengajarkan keterampilan kepada pasien untuk mengurangi gejala efek samping kemoterapi. Keterampilan yang diajarkan meliputi teknik relaksasi napas dalam menggunakan pernapasan perut, pernapasan thoraks, dan bernapas dengan mengangkat lengan tangan yang secara signifikan dapat mengurangi kelelahan dan kecemasan pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi (Hayama dan Inoue, 2012); kompres hangat dingin untuk mengurangi nyeri; dan teknik pencegahan mukositis dengan menyikat gigi dengan sikat yang lunak sedikitnya 2 kali per hari, mengganti sikat gigi setiap pergantian siklus kemoterapi, dan berkumur selama 90 detik; dan teknik cuci tangan serta melakukan redemonstrasi tentang teknik yang telah diajarkan (Pollock, 2000). Kegiatan ini dilakukan selama 5–15 menit. Di akhir pemberian informasi dan keterampilan, pasien diberikan *booklet* mengenai cara-cara yang sudah diajarkan dan pemberian paket alat untuk meminimalkan gejala efek samping kemoterapi, yaitu *mucoctis prevention kit*. *Booklet* yang diberikan pasien merupakan panduan peneliti untuk

memberikan informasi, *self care exercise* kepada pasien dan *booklet* ini disusun oleh peneliti.

Dukungan diberikan oleh asisten peneliti setelah pasien pulang melalui telepon, berjarak 1 minggu setelah intervensi. Peneliti menghubungi pasien lewat telepon minimal 2 kali sebelum pasien kembali ke rumah sakit. Dukungan ini berupa pertanyaan mengenai gejala efek samping yang dialami oleh pasien, bagaimana penerapan materi yang diajarkan, dan umpan balik. Pengukuran kecemasan dan depresi saat *pre-test* dan *post-test* intervensi dilakukan menggunakan kuesioner *hospital anxiety depression scale* (HADS).

Iskandarsyah, dkk. (2013) telah melakukan uji reliabilitas instrumen HADS di Indonesia dengan nilai *Cronbach's* (alpha) 0,77 untuk subskala kecemasan dan 0,74 untuk subskala depresi. Validitas HADS 0,58 (Iskandarsyah, dkk. 2013). *Hospital anxiety depression scale* (HADS) terdiri atas 2 subskala yang mengukur secara ringkas kecemasan dan gejala depresi dan memiliki 4 pilihan jawaban. Pilihan jawaban meliputi selalu, sering, jarang, dan tidak pernah. Skoring nilai 3 untuk pilihan selalu, nilai 2 untuk pilihan sering, nilai 1 untuk pilihan jarang, dan nilai 0 untuk pilihan tidak pernah serta skor tertinggi 21. Pengkategorian skor depresi dan kecemasan skor ringan 8–10, sedang 11–15, berat  $\geq 16$  (Zigmond dan Snaith, 1994 dalam Woolrich, 2006). Penelitian ini telah mendapatkan izin etik dari Bagian Etik Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta.

**HASIL****Tabel 1.** Data demografi responden kemoterapi di Ruang Penyakit Dalam IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, Juli–September 2013 (n=40)

Karakteristik	Responden	
	n	Persentase
Jenis kelamin		
1. Perempuan	35	87,5
2. Laki-laki	5	12,5
Usia (tahun)		
1. 17–39	7	17,5
2. 40–65	33	82,5
Suku		
1. Jawa	40	100
Pendidikan		
1. Tidak sekolah	1	2,5
2. SD	16	40
3. SMP	10	25
4. SMA	10	25
5. PT	3	7,5
Status pernikahan		
1. Belum menikah	2	5
2. Nikah	37	92,5
3. Janda/duda	1	2,5
Jenis pekerjaan		
1. PNS	1	2,5
2. Swasta	2	5
3. Buruh	3	7,5
4. Wiraswasta	5	12,5
5. Lain-lain	29	72,5

**Sumber:** data primer

Berdasarkan Tabel 1, diketahui bahwa responden penelitian sebagian besar adalah perempuan sejumlah 35 orang (87,5 persen). Mayoritas responden berusia 40–65 tahun, yaitu sebanyak 33 orang (82,5 persen). Hal ini sesuai dengan pernyataan *The American Cancer Society* (2006) bahwa sejumlah 76 persen kanker terjadi pada individu yang berusia lebih dari 55 tahun

karena usia merupakan salah satu faktor risiko terhadap penyakit kanker. Semua responden penelitian 100 persen berasal dari suku Jawa. Pendidikan responden paling banyak lulusan SD, yaitu 16 orang (40 persen). Individu yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih terhadap berbagai masalah fisik dan psikologis karena mudah menerima

informasi. Tingkat pendidikan juga akan meningkatkan koping individu terhadap masalah psikologis. Responden mayoritas berstatus menikah sejumlah 37 orang (92,5 persen) dan bekerja sebagai ibu rumah tangga 29 orang (72,5 persen) karena mayoritas responden berjenis kelamin perempuan.

**Tabel 2.** Data riwayat penyakit responden kemoterapi di Ruang Penyakit Dalam IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, Juli–September 2013 (n=40)

Karakteristik	Responden	
	n	Persentase
Jenis kanker		
1. Kanker payudara	24	60
2. Kanker usus	3	7,5
3. NHL	3	7,5
4. NPC	8	7,5
5. Kanker paru	2	5
Stadium kanker		
1. II	5	12,5
2. III	15	37,5
3. IV	13	32,5
4. <i>Missing data</i> (data yang tak terisi)	7	17,5
Lama terdiagnosis		
1. < 5 bulan	18	45
2. > 5 bulan	13	32,5
3. > 1 tahun	8	20
4. <i>Missing data</i> (data yang tak terisi)	1	2,5
Siklus kemoterapi		
1. Siklus 1	6	15
2. Siklus 2	8	20
3. Siklus 3	8	20
4. Siklus 4	6	15
5. Siklus 5	2	5
6. > Siklus 5	10	25
Nilai ECOG		
1. 0	26	65
2. 1	14	35

**Sumber:** data primer dan data sekunder

Berdasarkan Tabel 2, diketahui bahwa responden mayoritas menderita kanker payudara adalah 24 orang (60 persen). Stadium penyakit kanker paling banyak adalah stadium 3 yang berjumlah 15 orang (37,5 persen). Pasien kanker payudara sering teridentifikasi stadium lanjut karena rendahnya pemahaman wanita tentang kanker payudara itu sendiri dan rendahnya kesadaran untuk deteksi dini. Responden penelitian banyak yang lama terdiagnosis kankernya <5 bulan sejumlah 18 orang

(45 persen), lama terdiagnosis kanker berpengaruh terhadap respons psikologis. Individu yang baru saja terdiagnosis kanker akan mengalami fase syok. Banyak responden yang menerima >5 siklus sejumlah 10 orang (25 persen). Responden yang sering kali mendapatkan kemoterapi sudah terbiasa dengan yang dihadapinya, yakni efek samping yang akan timbul (Kawuri, 2007) dan responden yang memiliki nilai ECOG 0 sejumlah 26 orang (65 persen).

**Tabel 3.** Gambaran tingkat kecemasan responden kemoterapi di Ruang Penyakit Dalam IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juli–September 2013 (n=40)

Tingkat Kecemasan	Pre-test		Post-test	
	n	%	n	%
Tidak cemas	35	87,5	37	92,5
Ringan	4	10	2	5,0
Sedang	1	2,5	1	2,5
Berat	0	0	0	0

**Sumber:** data primer

Berdasarkan Tabel 3, responden yang tidak cemas pada *pre-test* sejumlah 35 orang (87,5 persen) dan pada saat *post-test* terdapat 37 responden. Kecemasan situasional misalnya saat pasien menunggu antrean pengobatan kemoterapi, pasien banyak yang menunggu dengan cara bersosialisasi dengan pasien kemoterapi yang lain dan ada beberapa pasien yang memberikan motivasi pada pasien lain. Dukungan dari orang lain dapat meningkatkan mekanisme coping dan hal tersebut tidak menimbulkan kecemasan pada responden. Kecemasan yang berhubungan dengan

penyakit misalnya lama terdiagnosis. Lama terdiagnosis memengaruhi masalah psikologis pasien. Dalam penelitian ini 32,5 persen pasien terdiagnosis >5 bulan.

Menurut Triharini (2009), lama individu terdiagnosis kanker berpengaruh terhadap respons psikologis. Individu yang baru akan mengalami fase syok. Respons individu dilanjutkan dengan emosi kemarahan dan kecemasan. Dukungan sosial yang baik akan memengaruhi pasien untuk menerima keadaannya dalam rentang waktu sekitar 6 bulan. Oleh karena itu, responden banyak yang tidak cemas.

**Tabel 4.** Pengaruh implementasi program *PRO-SELF* terhadap kecemasan di Ruang Penyakit Dalam IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juli–September 2013 (n=40)

Kecemasan		n	Mean Rank	p
<i>Pre-test–post-test</i>	Penurunan skor saat <i>post-test</i>	25	17,88	0,001
	Peningkatan skor saat <i>post-test</i>	7	11,57	
	Skor kecemasan sama saat <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i>	8		

**Sumber:** data primer

Penilaian perbedaan skor kecemasan dan depresi *pre-test* dan *post-test* dilakukan dengan uji Wilcoxon nilai  $p < 0,05$  karena sebaran skor data kecemasan yang tidak normal walaupun telah dilakukan uji transformasi. Berdasarkan uji Wilcoxon,

nilai  $p$  yang dihasilkan dari data kecemasan *pre-test* dan *post-test* sebesar 0,001 ( $< 0,05$ ) sehingga implementasi program *PRO-SELF* dapat secara signifikan memengaruhi perubahan penurunan pada kecemasan.

**Tabel 5.** Gambaran tingkat depresi responden kemoterapi di Ruang Penyakit Dalam IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juli–September 2013 (n=40)

Tingkat Depresi	<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>	
	n	%	n	%
Tidak depresi	40	100	40	100
Ringan	0	0	0	0
Sedang	0	0	0	0
Berat	0	0	0	0

**Sumber:** data primer

Berdasarkan Tabel 5, skor data responden saat *pre-test* dan *post-test* menunjukkan semua responden tidak mengalami depresi. Hal tersebut sesuai dengan kondisi responden yang sebagian besar tidak cemas. Keparahan depresi berhubungan dengan keparahan

kecemasan, efek samping yang tinggi, dan beban menjalani kemoterapi pertama dan menerima kemoterapi untuk durasi yang lebih lama (Reece, dkk., 2013). Hal tersebut sesuai dengan kondisi responden yang sebagian besar tidak cemas sehingga semua responden tidak depresi.

**Tabel 6.** Pengaruh implementasi program *PRO-SELF* terhadap depresi di Ruang Penyakit Dalam IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Juli–September 2013 (n=40)

Depresi		n	Mean Rank	p
<i>Pre-test–post-test</i>	Penurunan skor saat <i>post-test</i>	16	16,84	0,258
	Peningkatan skor saat <i>post-test</i>	13	12,73	
	Skor depresi sama saat <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i>	11		

**Sumber:** data primer

Penilaian perbedaan depresi *pre-test* dan *post-test* dilakukan dengan uji Wilcoxon nilai  $p < 0,05$  karena data depresi memiliki sebaran data yang tidak normal walaupun telah dilakukan uji transformasi. Hasil uji Wilcoxon menunjukkan terdapat 16 orang yang saat *post-test* memiliki skor depresi lebih rendah daripada *pre-test*, 11 orang dengan skor depresi yang sama saat *pre-test* dan *post-test*, dan 13 orang yang mengalami peningkatan skor depresi saat *post-test*. Hasil penelitian memiliki nilai  $p 0,258 (> 0,05)$  sehingga tidak terdapat perubahan depresi yang signifikan setelah diberikan intervensi program *PRO-SELF*.

## DISKUSI

Berdasarkan hasil penelitian pada saat *pre-test*, terdapat 35 responden tidak cemas dan saat *post-test* terjadi peningkatan responden yang tidak cemas menjadi 37, sedangkan pasien yang cemas ringan saat *pre-test* 4 responden dan saat *post-test* menjadi 2 responden. Kecemasan pada pasien pascapemberian program *PRO-SELF* mengalami penurunan yang signifikan. Terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi peningkatan jumlah pasien yang tidak cemas dan penurunan pada responden yang mengalami cemas ringan pada saat *post-test*. Pemberian informasi, keterampilan, dan dukungan berkembang sebagai strategi koping dan strategi untuk mengatasi masalah psikologis (Barry, 1996

dalam Triharini, 2009).

Pengetahuan pasien meningkat setelah mendapatkan informasi dan keterampilan mengenai kanker dan penanganan efek dari kemoterapi. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Rustoen, dkk. (2012) yang menyatakan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan pasien 21 persen setelah mendapatkan intervensi program *PRO-SELF*. Pemberian informasi, keterampilan, dan dukungan akan menimbulkan perubahan kognitif; meningkatkan pola koping; menimbulkan rasa percaya diri, rasa optimis, dan lain sebagainya sehingga mengakibatkan rangsangan ke hipotalamus untuk menurunkan produksi CRF (*corticotrophin releasing factor*). CRF ini selanjutnya akan merangsang kelenjar pituitary anterior untuk menurunkan produksi ACTH (*adreno corticotrophin hormon*). Hormon ini yang akan merangsang korteks adrenal untuk menurunkan sekresi kortisol. Kortisol ini yang akan menekan sistem imun tubuh sehingga mengurangi tingkat kecemasan (Rinker, 2001 dalam Budianto, 2010).

Menurut Pandey (2006), hal tersebut juga dapat terjadi karena faktor situasional, keparahan penyakit, pengobatan, dan keadaan sebelum pengobatan. Faktor situasional yang dirasakan oleh pasien misalnya menunggu antrean kamar untuk menjalani kemoterapi selanjutnya. Dalam faktor keparahan penyakit, rata-

rata responden berada pada stadium 3. Dalam faktor pengobatan, misalnya siklus, responden paling banyak >5 kali siklus dan setiap individu dapat memiliki efek samping yang berbeda walaupun menerima obat kemoterapi dengan jenis yang sama (Sitzia, dkk., 1995).

Hasil uji Wilcoxon menunjukkan terdapat 16 orang yang saat *post-test* memiliki skor depresi lebih rendah daripada *pre-test*, 11 orang dengan tingkat depresi tetap, dan 13 orang yang mengalami peningkatan depresi saat *post-test*. Hasil penelitian menunjukkan nilai  $p$  0,258 ( $>0,05$ ) sehingga tidak terdapat perubahan depresi yang signifikan setelah diberikan intervensi program *PRO-SELF*.

Pada Tabel 6 tidak terdapat pengaruh perubahan yang signifikan pada responden kemoterapi karena salah satu responden tidak mengalami depresi sebelum implementasi program *PRO-SELF*. Dalam penelitian ini tidak dilakukan skrining terhadap pasien yang mengalami depresi yang akan diberikan implementasi program *PRO-SELF* sehingga semua pasien yang diberi implementasi program *PRO-SELF* pada penelitian ini tidak mengalami depresi dan tidak dapat membedakan peningkatan atau penurunan skor setelah implementasi program *PRO-SELF*.

Penilaian *post-test* depresi responden berbeda karena jadwal berkunjung ke rumah sakit untuk kemoterapi atau kontrol tidak sama. Faktor predisposisi depresi yang berhubungan dengan kanker antara lain terdiagnosis kanker, pengobatan kanker, komplikasi kanker. Sementara itu, penelitian ini tidak dapat mengontrol variabel lain seperti jenis kanker, lama terdiagnosis komplikasi kanker, siklus kemoterapi, stadium kanker. Hasil penelitian ini berbeda dari penelitian Triharini (2009) yang menyatakan bahwa terdapat penurunan depresi pada pasien kemoterapi yang memperoleh edukasi serta keterampilan mengenai kemoterapi

dan penanganan efek samping kemoterapi. Pada penelitian ini, saat *pre-test* tidak ada pasien yang mengalami depresi sehingga saat *post-test* pasien juga tidak mengalami depresi.

## SIMPULAN

Implementasi program *PRO-SELF* dapat menurunkan kecemasan secara signifikan pada pasien kemoterapi saat pengukuran kecemasan *pre-test*, intervensi, dan *post-test* dengan nilai  $p$  sebesar 0,001 ( $<0,05$ ). Namun, perubahan depresi tidak signifikan pada implementasi program *PRO-SELF* dengan hasil pengukuran depresi saat *pre-test* dan *post-test* dengan nilai  $p$  sebesar 0,258 ( $p > 0,05$ ).

## DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. (2013). "Sign and Symptoms of Cancer". <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/signs-and-symptoms-of-cancer>, diakses pada 14 Maret 2013.
- Budianto, M. (2009). "Pengaruh Terapi Religius Doa Kesembuhan terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus". <http://eprints.undip.ac.id/10599/1/ARTIKEL.pdf>, diakses pada tanggal 15 September 2013.
- Dodd, M.D., Miaskowski, C. (2000). "The PRO-SELF Program: A Self-Care Intervention Program for Patients Receiving Cancer Treatment". *Seminars in Oncology Nursing*, 16(4): 300–8; discussion 308–16.
- Hayama, Y., Inoue, T. (2012). "The Effects of Deep Breathing on 'Tension-Anxiety' and Fatigue in Cancer Patients Undergoing Adjuvant Chemotherapy". *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18:94–98. doi:10.1016/j.ctcp.2011.10.001.

- Iskandarsyah, A., Klerk, C.D., Suardi, D.R., Soemitro, M.P., Sadarjoena, S.S., Passchier, J. (2013). "The Distress Thermometer and Its Validity: A First Psychometric Study in Indonesian Women with Breast Cancer". *PLOS ONE* Vol 8, Issue 2.
- Kawuri, P.T.S. (2008). "Hubungan Sosial dengan Tingkat Kecemasan pada Klien dengan Kemoterapi di Ruang Tulip dan IRNA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta". Skripsi. Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta. Tidak dipublikasikan. p. 20–21.
- Lim, C.C., Devi, M.K., Emily, A. (2011). "Anxiety in Women with Breast Cancer Undergoing Treatment: A Systematic Review". *Int. J. Evid. Based Health*, 9, 215–235. doi:10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x.
- Pandey, M., Sarita, G.P., Devi, N., Thomas, B.C., Hussain, B.M., Krishnan, R. (2006). "Distress, Anxiety, and Depression in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy". *World Journal of Surgical Oncology*, 4, 68. doi:10.1186/1477-7819-4-68.
- Pollock, B.H. (2000). "Research on the PRO-SELF Intervention Program". University of Florida College of Medicine, Box 100177, Gainesville, FL32610-0177.
- Reece, J.C., Chan, Y.F., Herbert, J., Gralow, J., Fann, J.R., (2013). "Course of Depression, Mental Health Service Utilization and Treatment Preferences in Women Receiving Chemotherapy for Breast Cancer". *General Hospital Psychiatry*. doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.03.017.
- Riskesdas. (2012). "Jika Tidak Dikendalikan 26 Juta Orang di Dunia Menderita Kanker". <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1060-jika-tidak-dikendalikan-26-juta-orang-di-dunia-menderita-kanker-.html>, diakses pada 8 Februari 2013.
- Rustoen, T., Valeberg, B.T., Kolstad, E., Wist, E., Paul, S., Miaskowski, C. (2012). The Pro-Self Pain Control Program Improves Patients' Knowledge of Cancer Pain Management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44, 3. doi:10.1016/j.jpainsymman.
- Sitzia, J., Hugnes, J., Sobrido. L. (1995). "A Study of Patients' Experiences of Side-Effects Associated with Chemotherapy: Pilot Stage Report". *Int. J. Nurs. Sm.*, 32, 6.
- Triharini, M. (2009). "Hubungan Pelaksanaan Paket Edukasi dengan Keluhan Fisik dan Psikologis pada Pasien Kanker Serviks yang Menjalani Kemoterapi di RSU Dr. Soetomo Surabaya". <http://lontar.ui.ac.id/opac/themes/libri2/digitalfiles.jsp?id=125120&lokasi=lokal>, diakses pada 19 Februari 2013.
- Woolrich, R.A., (2006). "A Preliminary Psychometric Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 People Living with A Spinal Cord Injury". *Psychology, Health & Medicine*, 11(1), 80–90. doi 10.1080/13548500500294211.

# PENGALAMAN ORANGTUA YANG MEMILIKI ANAK DENGAN HIDROSEFALUS

Mawar Oktaviani<sup>1</sup>, Lina Dewi Anggraini<sup>2</sup>, Chatarina Indriati Kusumaningsih<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa S-1 Keperawatan, STIK Saint Carolus, Jakarta, 10440, Indonesia

<sup>2</sup>Dosen Keperawatan, STIK Saint Carolus, Jakarta, 10440, Indonesia

E-mail: mawaroktaviani11@ymail.com, linadewiam@gmail.com, todearindri@gmail.com

## ABSTRAK

Hidrosefalus adalah salah satu penyakit kongenital pada anak yang menyebabkan gangguan pada fase tumbuh kembang. Anak dengan hidrosefalus tentu membuat orangtua merasa khawatir dan memberikan perhatian lebih. Kekhawatiran ini akan memengaruhi orangtua. Pengobatan dan perawatan yang panjang menambah beban orangtua yang memiliki anak hidrosefalus. **Tujuan penelitian:** mengeksplorasi pengalaman orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus di Semarang. **Metode:** metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif, dilakukan mulai tanggal 22 Januari 2016–30 Januari 2016 pada orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus di Semarang. Cara pengumpulan data dengan teknik wawancara dan alat pengumpulan data dalam penelitian ini ialah peneliti sendiri yang akan dibantu oleh alat perekam wawancara (*tape recorder*), *field note*, alat tulis, dan pedoman wawancara. Teknik analisis data menggunakan analisis Colaizzi dan diolah dengan program Nvivo versi 10. Jumlah informan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang. Metode triangulasi yang digunakan adalah membandingkan hasil wawancara dengan sumber terkait. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan lima tema, yaitu proses berduka, proses perawatan, mekanisme coping orangtua, upaya kesehatan, dan perubahan nilai. **Diskusi:** Penelitian ini menyarankan untuk dapat meminimalkan masalah orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus.

**Kata Kunci:** hidrosefalus, pengalaman orangtua.

## ABSTRACT

*Hydrocephalus is one of the congenital diseases in children which causes disorder in their phases of growth and development. A child with hydrocephalus certainly makes parents worried and needs more attention. Such worry will affect parents. Long treatment and care increase burden of the parents who have a child with hydrocephalus. **Objective:** This study is aimed at exploring the experience of parents who have children with hydrocephalus in Semarang. **Methods:** This study employed a qualitative method with descriptive phenomenology approach. It was conducted from January 22, 2016 until January 30, 2016 on parents who had children with hydrocephalus in Semarang. Data were collected through interview and using instruments, including tape recorder, field notes, stationery and interview guidelines. Data were analyzed Colaizzi's method and processed using NVivo 10. The number of respondents in this study was 8 people. Triangulation method was used to compare the results of interviews with relevant sources. **Results:** This study generated 5 themes, namely grieving process, treatment process, parents' coping mechanisms, health efforts, and changes in values. **Discussion:** It is expected that this study could minimize problems encountered by parents who have children with hydrocephalus.*

**Keywords:** hydrocephalus, parent's experience.

## LATAR BELAKANG

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2014), anak merupakan anugerah bagi setiap orangtua, merupakan aset bangsa dan generasi penerus yang akan menentukan masa depan bangsa. Setiap orangtua memiliki harapan yang sangat besar dapat memiliki anak yang sehat dan sempurna sehingga dapat dibanggakan dan didambakan untuk melanjutkan keturunannya. Namun, nyatanya banyak penyakit kronis yang dialami anak seperti epilepsi, diabetes, cacat mental, cacat fisik, dan hidrosefalus. Penyakit hidrosefalus yang diderita oleh salah satu anak akan memengaruhi orangtua. Jika anak mulai menunjukkan tanda dan gejala hidrosefalus, keluarga, khususnya orangtua dituntut untuk dapat mengambil keputusan dengan cepat ke mana akan merawat anggota keluarga yang sakit (Santun dan Agus, 2008).

Istilah hidrosefalus berasal dari kata *hidro* yang berarti 'air' dan *cephalon* yang berarti 'kepala'. Menurut *World Health Organization* (2012) dan Ball (2012), hidrosefalus adalah sebuah kondisi saat terjadi gangguan cairan serebrospinal (CSF) yang diakibatkan reaksi tubuh terhadap keseimbangan produksi dan reabsorpsi sehingga terjadi penumpukan di dalam kepala, menyebabkan tekanan meningkat, dan tulang tengkorak berkembang menjadi lebih besar dari ukuran normal sehingga membutuhkan perawatan dan pengobatan khusus.

Mutaqqin (2011) mengungkapkan bahwa anak-anak dengan hidrosefalus biasanya mengalami penurunan pada pencapaian tumbuh kembang jika dibandingkan dengan perkembangan anak normal seusianya. Hal ini terjadi karena adanya penekanan pada otak akibat gangguan sirkulasi cairan di kepala. Penurunan pencapaian tumbuh kembang ini dapat menyebabkan perubahan secara permanen yang tentunya memengaruhi kualitas hidup anak.

Data statistik dari *Hydrocephalus Association* (2013) menyebutkan sekitar 1–2 per 1.000 kelahiran bayi di Amerika lahir dengan hidrosefalus. Hal itu tidak jauh berbeda dengan kejadian hidrosefalus di Indonesia yang berkisar antara 0,2–4 setiap 1.000 kelahiran (Maliawan, 2008). Berdasarkan data di RSUD dr. Soedarso Pontianak, sepanjang tahun 2008 dan 2009 terdapat kasus hidrosefalus sebanyak 100 anak (Edikta, 2011). Kejadian hidrosefalus juga banyak terjadi di perkotaan. Angka kejadian kasus hidrosefalus di RSUP Fatmawati Jakarta selama 3 bulan dari Januari–Maret 2013 sebanyak 22 anak. Di Semarang terdapat 21 anak lahir dengan hidrosefalus selama tahun 2014–Januari 2016.

Saat dihadapkan pada kondisi anak yang mengalami hidrosefalus, pada umumnya orangtua akan mengalami perasaan takut, khawatir, marah, sedih bercampur syok (Hunt dan Marshall, 1994 dalam Handayani, 2008). Kekhawatiran dan perasaan sedih tersebut dapat terjadi karena ketidakmampuan anak dalam pencapaian fase pertumbuhan dan perkembangan, seperti tidak dapat melakukan kontak sosial yang paling sederhana (Marijani, 2003). Saat orangtua mengharapkan dapat mendengar suara dan celotehan dari anaknya, dapat berkomunikasi dengan anaknya, serta melihat anak sehat seperti anak lain, anak tidak dapat melakukannya. Hal itu dapat membuat orangtua merasa tidak berharga. Perasaan ini juga muncul akibat anak tidak merespons stimulus yang diberikan (Marijani, 2003).

Hasil observasi peneliti menunjukkan orangtua mengalami kecemasan terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Walaupun mengalami perasaan cemas, orangtua selalu tersenyum dan gembira mengajak anak bermain. Beberapa orangtua bahkan memutuskan tidak bekerja untuk

fokus merawat anak. Berdasarkan fenomena tersebut, pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana pengalaman orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus?

## METODE

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini ialah metode penelitian kualitatif dengan analisis pendekatan fenomenologi deskriptif. Jenis penelitian ini dipilih karena peneliti ingin mengeksplorasi pengalaman orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus. Peneliti menggunakan desain penelitian fenomenologi karena merupakan bentuk investigasi yang sistematis, kritis, dan teliti terhadap sebuah fenomena yang bertujuan untuk mendalami sebuah struktur atau inti sari dari suatu fenomena dalam hidup dan menggambarkan secara akurat pengalaman hidup setiap hari (Rose dkk., 2001 dalam Wasis, 2008).

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini ialah *non-probability sampling*, yaitu dengan cara *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah dipilih dengan kriteria dan tujuan tertentu sehingga memberikan data yang diperlukan (Susilo dkk., 2015). Kriteria yang dipakai ialah orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 8 informan.

Proses pengumpulan data berlangsung di Semarang mulai 22 Januari 2016–30 Januari 2016. Penelitian dilakukan di Semarang karena terdapat yayasan yang membantu pengobatan dan perawatan anak-anak dengan hidrosefalus yang membutuhkan bantuan kesehatan dan dukungan. Berdasarkan data yang didapat, ada 75 anak hidrosefalus yang mendapat penanganan sejak tahun 2014–Januari 2016. Cara pengumpulan data dalam penelitian ini ialah dengan wawancara dan catatan lapangan (*field note*). Wawancara mendalam digunakan untuk menggali

pengalaman orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus. Strategi wawancara dalam penelitian ini ialah dengan pertanyaan terbuka. Alat pengumpulan data ialah peneliti sendiri yang dibantu oleh alat perekam wawancara (*tape recorder*), *field note*, alat tulis, dan pedoman wawancara. Sebelum melakukan wawancara kepada informan, peneliti melakukan uji coba wawancara untuk berlatih teknik wawancara mendalam. Pada hasil uji coba wawancara, peneliti menghindari pertanyaan tertutup dan memakai 5W + 1 H.

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan pendekatan metode Colaizzi dengan analisis menggunakan perangkat lunak N-Vivo. Setelah hasil wawancara dianalisis menggunakan metode Colaizzi, untuk meningkatkan kepercayaan hasil data, dilakukan pengabsahan data/validitas (*trustworthiness*) dan reliabilitas, yaitu usaha untuk meningkatkan derajat kepercayaan data sehingga penelitian ini benar-benar ilmiah dan dapat dipertanggungjawabkan dari segala segi. Validitas dan reliabilitas dapat menjelaskan berbagai teknik operasional yang mendukung ketepatan data yang dihasilkan dari penelitian kualitatif, yaitu kredibilitas, dependabilitas, konfirmabilitas, transferabilitas (Afiyanti, 2008). Uji keabsahan data dapat dilakukan dengan *member check*, dengan cara informan yang telah diwawancarai diminta untuk membaca transkrip yang telah dibuat oleh peneliti. Selanjutnya, validasi data dilakukan dengan triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan data melalui sumber. Proses triangulasi dalam penelitian ini ialah dengan membandingkan hasil wawancara dengan hasil penelitian yang dilakukan mengenai orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus serta ditambah dengan sumber teori terkait tema-tema hasil wawancara.

Selama pengumpulan data, peneliti menerapkan etika penelitian untuk melindungi hak dan kewajiban informan sebagai sumber informasi yang dibutuhkan untuk penelitian. Prinsip etika dalam metode penelitian kualitatif pada ilmu keperawatan meliputi manfaat (*beneficence*), menghormati martabat (*respect for human dignity*), keadilan (*justice*), bentuk persetujuan (*informed consent*), kerahasiaan (*confidentiality*), dan malefisiensi (Polit dan Beck, 2012).

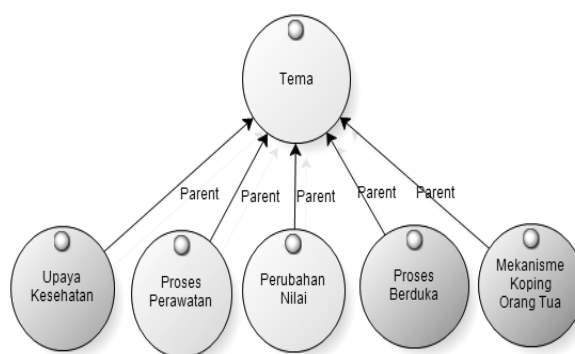
Pada penelitian ini, semua etika penelitian sudah diterapkan. Sebelum melakukan wawancara, informan dijelaskan mengenai maksud, tujuan, manfaat, serta kerahasiaan penelitian. Jika informan setuju, dilakukan wawancara. Informan diberikan surat persetujuan bersedia menjadi informan. Tidak ada informan yang menolak untuk dilakukan wawancara. Selama proses wawancara, semua orangtua menangis saat mengungkapkan pengalaman memiliki anak dengan hidrosefalus. Setelah menghentikan sejenak proses wawancara, semua orangtua siap melanjutkan kembali wawancara.

## HASIL DAN DISKUSI

Gambaran karakteristik informan pada penelitian ini ialah orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus, jumlah informan sebanyak 8 orang dengan rentang usia 18–45 tahun dan usia anak mulai dari 18 hari–4 tahun. Anak dalam penelitian ini didiagnosis hidrosefalus saat di dalam kandungan dan setelah kelahiran; di dalam kandungan, anak didiagnosis hidrosefalus saat usia kandungan 8–9 bulan dan saat kelahiran anak didiagnosis hidrosefalus saat usia 3 minggu–3 bulan setelah kelahiran. Anak hidrosefalus dalam keluarga adalah anak bungsu dan anak tunggal.

Berdasarkan tujuan penelitian, diperoleh lima tema yang berkaitan dengan pengalaman orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus. Tema yang dihasilkan

tergambar dalam skema berikut.



**Gambar 1.** Tema yang berkaitan dengan orang tua yang memiliki anak dengan hidrosefalus

### Proses Berduka

Saat pertama kali orangtua mendengar anak didiagnosis hidrosefalus, semua orangtua mengalami proses berduka.

“... waktu anak saya divonis ya kecewa banget, kenapa Tuhan kasih anak saya menderita seperti ini? Dosa saya apa? ....” (I1)

“... waktu itu dalam hati saya terus terang sempat marah, sempat mengeluh sama Tuhan, kenapa Tuhan...kenapa Tuhan?” (I2)

Pada tema proses berduka ini terdapat lima subtema, yaitu mengingkari, marah, depresi, tawar-menawar dan penerimaan.

Proses berduka merupakan suatu proses psikologis dan emosional yang dapat diekspresikan secara internal maupun eksternal setelah kehilangan (Puri, Laking, dan Treasaden, 2011). Proses berduka memiliki lima tahapan untuk memahami bagaimana berduka memengaruhi kehidupan seseorang yang dalam hasil pengamatan Kubler Ross (1969 dalam Chapman, 2013) antara *denial* (mengingkari), *anger* (marah), *bargaining* (tawar menawar), *depression* (depresi) dan *acceptance* (penerimaan).

Pada penelitian ini, saat pertama kali mendengar anaknya didiagnosis hidrosefalus, semua orangtua mengalami

proses berduka sesuai dengan pernyataan Kubler Ross. Pada penelitian ditemukan tahapan yang sama, yaitu mengingkari, marah, tawar-menawar, depresi, dan penerimaan. Serupa dengan hasil penelitian yang dilakukan Koesoemo (2010), ditemukan bahwa ketika keluarga mengetahui bahwa salah satu anggota keluarganya mengalami sakit dengan kebutuhan khusus, keluarga mengalami proses berduka yang mendalam, menetap, dan berkepanjangan melalui tahapan penyangkalan, kemarahan, depresi, tawar-menawar, dan penerimaan.

### Proses Perawatan

Tema proses perawatan terdapat 8 subtema yaitu mencari informasi, biaya minim, tindakan medis, tindakan non-medis, memenuhi kebutuhan anak, upaya merawat, perubahan aktivitas dan keluhan fisik.

*"Kan butuh biaya untuk operasi gitu Mbak. Kalau operasi sendiri ya gak mampu biayanya mahal, biayanya gak murah."* (14)

*"... sebisa mungkin saya rawat sebaik-baiknya, saya rawat sebisa mungkin gimana biar tambah sehat, tambah sehat tak rawat dengan kasih sayang"* (17)

Proses perawatan keluarga merupakan tugas keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga yang sakit (Achar, 2010). Tugas keluarga di bidang kesehatan menurut Suprajitno (2004) yaitu mengenal gangguan kesehatan setiap anggota keluarga.

Pada perawatan anak hidrosefalus, tugas orangtua selanjutnya ialah memberikan perawatan kepada anak. Akan tetapi, merawat anak dengan hidrosefalus tidaklah mudah, seperti ungkapan Corridan (2014) mengatakan, "Saya dan istri tidak bisa mengubah kondisi anak saya yang sakit kronis. Membesarkan anak dengan

kebutuhan khusus membutuhkan kerja ekstra, dibutuhkan waktu ekstra dan itu menyebabkan perhatian ekstra pada anak. Orangtua dengan anak berkebutuhan khusus membutuhkan waktu yang panjang untuk merawat anak." Begitu juga dalam penelitian ini, orangtua mengungkapkan berusaha dalam upaya merawat anak dengan hidrosefalus, orangtua merawat anak dengan penuh perhatian ekstra, serta merawat dengan penuh kasih sayang.

### Koping Orangtua yang Positif

Tema koping orangtua yang positif ditemukan pada penelitian ini.

*"Diterima ajalah dengan ikhlas. Ya memang tadinya saya emang nggak ikhlas ya Mbak bener-bener tidak ikhlas, terus lama kelamaan dengan suami saya bilang udah diikhlasin aja."* (16)

Kondisi anak yang sakit tentu saja memberikan dampak perubahan pada keluarga. Merawat anak yang sakit kronis seperti hidrosefalus tentu saja menimbulkan kecemasan dan stres terhadap orangtua. Mekanisme koping sangat diperlukan untuk dapat mengatasi dampak perubahan tersebut. Mekanisme koping orangtua merupakan respons terhadap upaya menerima kondisi anak yang sakit. Pada tema mekanisme koping orangtua, terdapat lima subtema, yaitu belajar ikhlas, bersabar, bersyukur, abaikan diri, dan pengharapan.

Penggunaan mekanisme koping pada orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus sangat penting dan berguna untuk beradaptasi dengan kondisi anak yang mengalami gangguan perkembangan (Krstic, T. dan Oros, 2012). Pada penelitian ini, saat merawat anak hidrosefalus, ditemukan penggunaan respons positif, yaitu belajar ikhlas, bersabar, bersyukur dengan menerima apa yang telah Tuhan berikan, tidak peduli rasa sakit yang orangtua rasakan dengan mengabaikan diri dan pengharapan

kesembuhan anak serta mendapat dukungan dari orang lain.

### **Upaya Kesehatan**

Pada tema upaya kesehatan ini terdapat dua subtema, yaitu pelayanan kesehatan dan mandiri. Pada subtema pelayanan kesehatan terdapat sub-subtema, yaitu klinik, pukesmas, rumah sakit, dan lembaga swadaya masyarakat (LSM). Sementara itu, pada subtema mandiri terdapat sub-subtema merawat di rumah.

*“... terus saya dirujuk ke rumah sakit, N didiagnosis hidrosefalus di rumah sakit.”* (14)

Salah satu fungsi keluarga menurut Friedman (1998 dalam Andarmoyo, 2012) ialah memenuhi kebutuhan perawatan. Ketika anak sakit, orangtua akan mencari pelayanan kesehatan, membawa ke rumah sakit, pusat kesehatan, apoteker, dokter, bahkan ke pengobatan alternatif. Ketika keluarga memutuskan bahwa anggota keluarganya sakit, keluarga akan mengambil keputusan mengenai perawatan dan tindakan kesehatan yang tepat. Upaya kesehatan yang dipilih orangtua terhadap anak hidrosefalus bertujuan untuk meningkatkan kesehatan anak. Kondisi anak hidrosefalus sangat membutuhkan perawatan yang optimal (Suprajitno, 2004).

Berdasarkan asumsi peneliti, upaya kesehatan yang dilakukan orangtua menandakan bahwa anak memerlukan perawatan yang optimal. Tidak hanya menggunakan fasilitas kesehatan, orangtua juga mencari fasilitas kesehatan masyarakat untuk memberikan perawatan pada anak hidrosefalus. Perawatan optimal dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan perawatan. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) juga menjadi upaya kesehatan orangtua. Orangtua mencari pihak-pihak yang dianggap mampu membantu perawatan anak, seperti yang

diungkapkan informan dalam penelitian ini bahwa selama proses perawatan, informan mengalami kendala biaya yang minim. Akibat biaya minim ini, upaya kesehatan yang dilakukan orangtua adalah mencari Lembaga Swadaya Masyarakat.

### **Perubahan Nilai**

Mengenai makna yang dirasakan orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus, ditemukan tema perubahan nilai. Pada tema ini ditemukan dua subtema, yaitu spiritualitas dan perubahan sikap. Subtema spiritualitas terdapat sub-subtema mendekatkan diri pada Tuhan dan berdoa, subtema perubahan sikap terdapat sub-subtema menjadi lebih baik, lebih bijak, dan keyakinan.

Nilai adalah suatu sistem ide, sikap, dan kepercayaan tentang suatu keseluruhan atau konsep yang secara sadar maupun tidak sadar terdapat dalam seluruh anggota keluarga. Nilai-nilai ini berfungsi sebagai pedoman dalam keluarga, yaitu membimbing perkembangan kehidupan keluarga (Parad dan Caplan, 1965 dalam Andarmoyo, 2012).

Sesuai dengan pengertian nilai Parad dan Caplan, dalam penelitian ini ditemukan perubahan nilai yang menghasilkan sikap menjadi lebih baik dan meningkatnya spiritualitas orangtua dengan adanya anak hidrosefalus. Orangtua mengungkapkan bahwa hidup mengalami perubahan dengan adanya anak hidrosefalus, yakni orangtua merasa menjadi lebih baik dalam menjalani hidupnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Asyanti (2013) yang mengatakan dampak sakit kronis anak menjadikan orangtua dapat menguasai emosi dengan baik, orangtua bersikap baik dalam menghadapi setiap perubahan pada kondisi penyakit anak.

Menurut peneliti, perubahan nilai terjadi karena orangtua sudah dapat menerima kondisi anak dengan hidrosefalus, orangtua menganggap bahwa anak hidrosefalus

adalah rejeki yang diberikan Tuhan sehingga harus dirawat dengan baik. Dengan hadirnya anak hidrosefalus, orangtua merasa menjadi semakin baik dalam kehidupannya.

“Saya lebih rajin sholat 5 waktu untuk kelancaran dan kesembuhan S.” (15)

“... hidup saya kayak dirubah gitu lho walaupun anak saya kayak gini, tapi saya ngerasa jadi lebih baik lah dari yang kemaren-kemaren” (12)

Adanya perubahan nilai yang dialami orangtua menggambarkan bagaimana penerimaan orangtua terhadap masalah serta pengambilan sikap yang tepat terhadap masalah anak hidrosefalus (Handayani, 208).

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, penelitian ini memberikan gambaran dan pemahaman tentang pengalaman orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus. Berdasarkan hasil analisis, diperoleh lima tema yang mengungkapkan pengalaman orangtua, antara lain proses berduka, proses perawatan, koping orangtua, upaya kesehatan, dan perubahan nilai. Disarankan kepada peneliti selanjutnya, perlu dilakukan penelitian yang lebih mendalam lagi tentang pengalaman orangtua yang memiliki anak dengan hidrosefalus, dengan berfokus pada perawatan anak yang belum melakukan operasi dan yang sudah operasi. Penelitian selanjutnya diharapkan tidak hanya menggunakan metode wawancara, tetapi bisa digabungkan dengan teknik lain.

## DAFTAR PUSTAKA

Achjar, K.A. (2010). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Sagung Seto.  
Afiyanti, Y. (2008). *Validitas Dan Reliabilitas Dalam Penelitian Kualitatif*. Depok: Uljki.  
Andarmoyo, S. (2012). *Keperawatan Keluarga; Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha

Ilmu.

- Asyanti, S. (2013). “Dinamika Permasalahan Pada Orang Tua yang Memiliki Anak Dengan Penyakit Kronis dan Tantangan Dalam Mengantarkan Anak Menjadi Pribadi Yang Lebih Sehat dan Berkarakter Tangguh”. *Prosiding Seminar Nasional 2013*, 214–224.
- Ball, J., Bindler, R. C., and Cowen, K. J. (2012). *Principles of Pediatric Nursing*. USA: Pearson Education.
- Chapman, A. (2013). *Elisabeth Kubler-Ross- Five Stages of Grief*. Retrieved from <http://www.businessballs.com>.
- Community, T.H. (2013). *Who Develops Hydrocephalus?* Retrieved from Hydrocephalus Association Website: <http://www.hydroassoc.org>.
- Corridan, K. (2014). *What Is Really Means To Have A Child With Special Needs*. Retrieved from Parents: <http://www.parents.com>. Diakses 12 September 2015.
- Depkes, D.K. (2014). *Kondisi Pencapaian Program Kesehatan Anak Indonesia*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Edikta. (2011). *Hidrosefalus di RSUD Dr. Soedarso Pontianak dalam Masa 1 Januari 2008–31 Desember 2009*. Pontianak: Universitas Tanjungpura.
- Handayani, M. D. (2008). *Dampak Psikologis Ibu yang Memiliki Anak Hydrocephalus*. Semarang: Universitas Katolik Soegijapranata.
- Koesoemo, R.F. (2010). “Proses Berduka dan Beban yang Dialami Keluarga dalam Merawat Anak Dengan Autisme”. *Ners Journal*, 182–191.
- Krstic, T. and M.O. (2012). *Coping with Stress and Adaptation in Mother of Children With Cerebral Palsy*. NCBI.
- Maliawan, S.D. (2008). “Perbandingan Teknik Endoscopic Third Ventriculostomy (ETV) dengan Ventriculoperitoneal Shunting

- (VPS) pada Hidrosefalus Obstruksi”.
- Marijani, L. (2003). *Bunga Rampai Seputar Autisme dan Permasalahannya*. Jakarta: Putrakembara Foundation.
- Mutaqqin, A. (2011). *Pengantar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Organization, W.H. (2012). *Community-based Support for Children with Spina Bifida and Hydrocephalus in Uganda*. Retrieved from World Health Organization Website: <http://www.who.int>
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2012). *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puri, B. K., Laking, P. J., and Treasaden, I. H. (2011). *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Santun, S. dan Agus, D.C. (2008). *Penuntun Praktis Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga; Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Wasis. (2008). *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.

# CROSS CULTURAL SKALA STIGMA TERKAIT HIV/AIDS PADA MAHASISWA KEPERAWATAN

Anita Kustanti<sup>1</sup>, Yanri Wijayanti<sup>2</sup>, Ibrahim Rahmat<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Magister Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>2</sup>Departemen Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>3</sup>Program Studi Ners, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

E-mail: anitakustanti@ugm.ac.id

## ABSTRAK

**Latar belakang:** Stigma dapat menyebabkan kegagalan atau keterlambatan dalam menangani atau mendiagnosis HIV dan AIDS. Salah satu visi UNAIDS ialah zero stigma. Perawat harus mampu memberikan pelayanan keperawatan bebas stigma dan diskriminasi. Isu nasional yang disarankan oleh HPEQ (2012) kepada institusi penyelenggara pendidikan keperawatan 20 persen di antaranya tentang perawatan HIV/AIDS. Namun, terdapat keterbatasan alat ukur kuantitatif untuk mengkaji manifestasi stigma terkait HIV/AIDS pada mahasiswa keperawatan. **Tujuan:** Melakukan pengembangan instrumen dengan adaptasi *cross cultural* dan uji validasi skala stigma sesuai dengan budaya mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Gadjah Mada. Instrumen ini merupakan adaptasi SHASS yang dikembangkan oleh Diaz dan Neilands (2009). **Metode:** Deskriptif dengan desain *cross sectional*, melibatkan 77 responden, dilakukan bulan Juli–September 2015. Uji validitas dengan *product moment*, uji reliabilitas dengan menggunakan *Cronbach's Alpha*. **Hasil:** 11 domain stigma HIV/AIDS yang terdiri atas 39 pertanyaan menunjukkan valid dan *reliable* dengan nilai  $r > 0,2$  dan nilai  $\alpha > 0,7$ . **Diskusi:** Pengembangan instrumen dengan adaptasi *cross cultural* mempunyai beberapa kelebihan; peneliti melakukan adaptasi dan modifikasi dari instrumen yang sudah pernah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebelumnya di negara lain. Keterbatasan penelitian ini hanya melibatkan mahasiswa ilmu keperawatan. **Kesimpulan:** Skala stigma terkait HIV/AIDS adaptasi dari *Spanish HIV Stigma Scale* (SHASS) dapat digunakan sebagai instrumen kuantitatif pada mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan. **Kata Kunci:** *cross cultural*, stigma HIV/AIDS, mahasiswa ilmu keperawatan.

## ABSTRACT

**Background:** Stigma can lead to failure or delay in handling or diagnosing HIV and AIDS. One vision of UNAIDS is zero stigma. Nurses have to be able to provide stigma and discrimination-free nursing services. HPEQ (2012) recommends that institutions of nursing education provide 20% of national issues concerning HIV/AIDS care. However, there are limitations on quantitative instruments to assess the manifestation of HIV/AIDS-related stigma in students nursing. **Objectives:** To develop an instrument by employing cross-cultural adaptation and validity test for stigma scale in accordance with the culture of students of Nursing Science Program, Universitas Gadjah Mada. This instrument is an adaptation of SHASS developed by Diaz and Neilands (2009). **Methods:** This study employed descriptive method with cross sectional design. It involved 77 respondents and was conducted from July to September 2015. The validity test employed product moment and the reliability test employed Cronbach's Alpha. **Results:** 11 domains of HIV/AIDS-related stigma, which consisted of 39 questions, indicated that the instrument was valid and reliable with an  $r$  value of  $>0.2$  and an  $\alpha$  value of  $>0.7$ . **Discussion:** The development of an instrument by employing cross-cultural adaptation has several advantages; the researchers adapted to and modified instruments of which their validity and reliability were previously tested in other countries. A limitation of this study is that it only involved students of nursing science. **Conclusion:** HIV/AIDS-related stigma scale adapted from the Spanish HIV Stigma Scale (SHASS) can be used as a quantitative instrument in students of Nursing Science Program. **Keywords:** *cross-cultural*, HIV/AIDS-related stigma, students of nursing science.

## LATAR BELAKANG

Salah satu tujuan dalam *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) ialah menghilangkan stigma dan diskriminasi terkait *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immune Deficiency Syndrom* (AIDS). Visi yang ditetapkan ialah dengan zero stigma. Stigma dapat menyebabkan kegagalan atau keterlambatan dalam menangani atau mendiagnosis HIV dan AIDS. Stigma dianggap sebagai fase ketiga pandemik HIV dan AIDS, juga memfasilitasi penularan virus HIV (Mawar, 2005).

Perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan harus mampu mendukung program tersebut dengan memberikan pelayanan keperawatan bebas stigma dan diskriminasi. Institusi pendidikan mempunyai tanggung jawab dalam menyelenggarakan pendidikan sesuai Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI). KKNI untuk pendidikan tingkat sarjana berada pada level 6 (Dirjen Dikti, 2011). Muatan isu nasional yang disarankan oleh HPEQ (2012) 20 persen di antaranya tentang perawatan HIV/AIDS.

Kondisi ini menjadi alasan bahwa penelitian tentang stigma terkait HIV/AIDS merupakan hal yang penting. Permasalahan yang ditemui dalam penelitian stigma terkait HIV/AIDS ialah terbatasnya alat ukur kuantitatif untuk mengkaji manifestasi stigma terkait HIV/AIDS pada mahasiswa keperawatan.

### Stigma terkait HIV/AIDS

Stigma dapat dilakukan dari diri sendiri atau orang lain. Stigma terhadap diri sendiri termasuk menyembunyikan diagnosis penyakit yang dia alami, melakukan isolasi sosial terhadap dirinya sendiri karena penyakit yang dia alami (Sengupta, dkk., 2013). Respons ODHA dengan adanya stigma berupa menolak atau terlambat mencari perawatan, menutup status

kesehatannya saat berkunjung ke pelayanan kesehatan, menggunakan penyembuhan spiritual (Rahmati-Najarkolaei, 2010). Stigma terhadap HIV ditunjukkan dengan menghindari interaksi sosial. Stigma eksternal salah satunya dilakukan oleh tenaga kesehatan (Famoroti, 2013). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa stigma terkait HIV AIDS lebih negatif dibanding stigma terhadap penyakit atau kondisi lain (Sengupta, dkk., 2013).

Beberapa pandangan yang mempunyai kontribusi dalam munculnya stigma terkait HIV ialah rasa takut terinfeksi, rasa takut ini memunculkan perilaku yang menimbulkan ketidaknyamanan baik dari keluarga maupun teman, keluarga dapat menolak ODHA; penolakan dilakukan dengan memberikan alat makan dan tempat tinggal yang terpisah bagi ODHA (Diaz, dkk., 2005). Stigma dan diskriminasi dari teman yang dapat dirasakan oleh ODHA ialah teman atau sahabat memutuskan hubungan dan tidak bersedia untuk berinteraksi dengan ODHA (Diaz, dkk., 2005).

### Adaptasi Cross Cultural

Kuesioner masih dalam bahasa asing maka untuk uji validitas menggunakan *cross cultural adaptation* (CCA). Terdapat beberapa metode adaptasi CCA untuk kuesioner (Epstein, dkk., 2015). CCA pada penelitian ini menggunakan empat tahap sesuai panduan adaptasi Guillemin, dkk (1993). Penelitian *cross cultural* ini dapat dilakukan untuk membantu menjawab pertanyaan yang sama untuk budaya yang berbeda atau mengukur perbedaan antarbudaya. Pada penelitian ini peneliti memerlukan pertanyaan yang sama dalam bahasa yang berbeda. Peneliti harus melakukan adaptasi terhadap kuesioner dengan mendokumentasikan validitas daripada membuat pertanyaan yang baru karena adaptasi *cross cultural* ini lebih cepat dan dapat menghasilkan pengukuran

ekuivalen (Beaton, dkk., 2000). Tahap pertama ialah penerjemahan instrumen dari bahasa asing ke bahasa Indonesia dengan meminta bantuan penerjemah yang kompeten. Tahap kedua dengan melakukan penerjemahan bahasa Indonesia ke bahasa asing lagi dengan meminta bantuan penerjemah yang sesuai. Penerjemah yang dilibatkan tidak mengetahui kuesioner asli yang menggunakan bahasa asing.

Tahap ketiga dilakukan dengan *review item* oleh ahli yang menguasai ilmu terkait. Pada tahap ini, peneliti melakukan perbaikan instrumen dengan tetap menjaga konsep pertanyaan, mencari bahasa yang lebih sering digunakan dan dipahami. Hal ini dilakukan untuk menjaga validitas konten. Tahap keempat dilakukan dengan melakukan *pre-testing*. Adaptasi dan validasi merupakan dua proses yang berbeda (Eipstein, dkk., 2014). Tahap penerjemahan dan adaptasi instrumen untuk budaya yang berbeda merupakan tantangan yang memerlukan waktu, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman (Eipstein, dkk., 2014).

## **METODE**

### **Sampel**

Populasi pada penelitian ini ialah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UGM angkatan tahun 2013 yang berjumlah 77 orang (Tabel 1). Seluruh mahasiswa dilibatkan menjadi responden atau total sampel dengan kriteria inklusi bersedia menjadi responden, kriteria eksklusi tidak hadir saat pengambilan data.

### **Prosedur**

Peneliti menghubungi peneliti sebelumnya melalui *e-mail* untuk memperoleh izin menggunakan instrumen SHASS. Setelah peneliti sebelumnya memberikan izin, selanjutnya peneliti mengajukan surat kelaikan etik.

Penelitian dilakukan setelah mendapatkan surat kelaikan etik penelitian dari Komite Etik Penelitian Biomedis Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dengan nomor referensi KE/FK/880/EC/2015. Tujuan penelitian ini untuk mengembangkan instrumen dengan *cross cultural* dan uji validasi skala stigma sesuai dengan budaya mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan. Instrumen merupakan adaptasi dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Diaz dan Neilands (2009). Kuesioner yang digunakan disebut sebagai *Spanish HIV Stigma Scale* (SHASS). Bahasa yang digunakan oleh SHASS adalah bahasa asing, maka pada penelitian ini dilakukan *cross cultural* dengan 4 tahap sesuai panduan adaptasi untuk *cross cultural* (Guillemin, dkk., 1993).

Tahap pertama ialah penerjemahan instrumen dari bahasa asing ke bahasa Indonesia dengan meminta bantuan penerjemah yang kompeten. Tahap kedua dilakukan dengan melakukan penerjemahan instrumen berbahasa Indonesia ke bahasa asing lagi dengan meminta bantuan *translator* yang sesuai. *Translator* yang dilibatkan tidak mengetahui kuesioner asli yang menggunakan bahasa asing.

**Tabel 1.** Data demografi

Variabel	n	%
	77	100
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	4	5,19
Perempuan	73	94,8
<b>Pelatihan HIV</b>		
pernah	15	19,48
belum pernah	62	80,51
<b>Pelayanan ke ODHA</b>		
pernah	3	3,89
belum pernah	74	96,1

Tahap ketiga dilakukan dengan *review item* oleh 5 ahli ilmu keperawatan yang berasal dari kelompok keilmuan medikal bedah, maternitas, gawat darurat dan jiwa. Pada tahap ketiga ini para ahli memberikan masukan pada versi kuesioner yang digunakan oleh peneliti. Masukan diberikan terhadap pengantar dan perintah dari kuesioner, penggunaan bahasa dan istilah yang lebih sesuai, termasuk skala respons setiap pertanyaan. Awalnya kuesioner ini terdiri atas 5 skala Likert, yaitu STS (sangat tidak setuju), TS (tidak setuju), MTM (memilih tidak menjawab), S (setuju), SS (sangat setuju). Skala Likert 1 sampai 5, di mana skala 1 berarti sangat setuju dan skala 5 berarti sangat tidak setuju.

Peneliti melakukan perbaikan instrumen dengan tetap menjaga konsep pertanyaan, mencari bahasa yang lebih sering digunakan dan dipahami. Hal ini dilakukan untuk menjaga validitas konten. Berdasarkan masukan dari ahli, peneliti melakukan beberapa modifikasi terhadap kuesioner yang digunakan, yaitu menghilangkan MTM sehingga skala Likert terdiri atas STS, TS, S, SS. Peneliti memastikan terjemahan dapat dipahami dengan melakukan *face validity* kepada mahasiswa PSIK FK UGM tahap profesi.

Tahap keempat uji validitas dan reliabilitas instrumen dengan melakukan *pre-testing*. *Pre-testing* dilakukan dengan mengirimkan kuesioner kepada 77 mahasiswa PSIK FK UGM angkatan tahun 2013. Sebelum *pre-testing* dilakukan, peneliti melakukan *interview* kepada 5 responden untuk melakukan *interview* kognitif. *Interview* ini dilakukan untuk mengeksplorasi reaksi responden terhadap instrumen. Selain itu, peneliti dapat mengecek kesalahpahaman dan interpretasi yang tidak konsisten. Pemahaman responden tentang konsep pertanyaan dan tugas dengan cara yang konsisten dan memahami maksud dari peneliti merupakan hal yang penting. Jika responden gagal memahami, kesimpulan responden dalam menjawab juga akan tidak sesuai.

Skala stigma yang disusun terdiri atas 44 pertanyaan. Dengan mengukur sebelas dimensi, yaitu 1) keterbatasan hak ODHA, 2) ODHA diharuskan membuka serostatus, 3) tanggung jawab atas infeksi, 4) kurangnya produktivitas ODHA, 5) karakteristik pribadi ODHA, 6) ketakutan akan infeksi, 7) emosi terkait HIV, 8) kedekatan dengan kematian, 9) kebutuhan untuk mengontrol ODHA, 10) ODHA sebagai vektor infeksi, 11) tanda gejala tubuh dari HIV (Diaz dan Neilland, 2009). Selengkapnya ditampilkan di Tabel 2

**Tabel 2.** Kisi-kisi instrumen

Domain	Deskripsi
Keterbatasan hak ODHA	Sikap membatasi hak hukum ODHA
ODHA diharuskan mengungkapkan serostatus	Pendapat terhadap ODHA yang tidak membuka statusnya ke orang lain
Tanggung jawab atas infeksi	Pendapat tentang tanggung jawab pribadi terhadap infeksi
Kurangnya produktivitas ODHA	Pendapat tentang ODHA kurang produktif dari yang lain
Karakteristik pribadi ODHA	Pendapat tentang karakter pribadi yang memudahkan infeksi seperti pergaulan bebas, kurangnya karakter yang kuat
Takut tertular	Ketakutan pribadi terinfeksi HIV/AIDS pada aktivitas setiap hari pada risiko rendah dan tinggi
Emosi yang terkait dengan HIV/AIDS	Emosi positif dan negatif dari kasus AIDS yang spesifik
Kedekatan dengan kematian	Kedekatan dengan kematian
Tindakan untuk mengontrol ODHA	Pendapat tentang kebutuhan mengontrol ODHA untuk melindungi masyarakat
ODHA sebagai vektor infeksi	Pendapat tentang ODHA sebagai vektor infeksi
Tanda gejala tubuh HIV/AIDS	Pendapat tentang visibilitas infeksi ODHA dapat diidentifikasi secara visual

### Analisis

Uji validitas dengan *product moment*, jika  $r > 0,2$  atau  $r$  hitung di atas  $r$  tabel, maka item soal dinyatakan valid. Uji reliabilitas dilakukan dengan *Chronbach's Alpha*. Jika nilai  $\alpha > 0,7$  berarti dapat diterima. Analisis data dilakukan menggunakan IBM SPSS statistic 22 licensi UGM.

Analisis data dengan mengecek kelengkapan jawaban yang diberikan oleh responden. Langkah selanjutnya melakukan *re-code* pada nomor pertanyaan tertentu yang awalnya 1234 menjadi 4321 pada item pertanyaan nomor 10, 23, 24, dan 25. Selanjutnya, menghitung jumlah total skor yang didapat. Skor yang didapat dimasukkan ke program SPSS komputer untuk menilai validitas dan reliabilitas setiap

item pertanyaan.

### HASIL

#### Validitas

Uji validitas pertama dan kedua hasilnya terdapat 27 item yang valid dari 44 item yang ada. Peneliti melakukan modifikasi pertanyaan dan melakukan uji validitas ulang didapatkan 39 item valid dari 44 item yang ada. Hal ini ditunjukkan dengan nilai  $r$  hitung di atas nilai  $r$  tabel atau  $> 0,2$ .

#### Reliabilitas

Uji reliabilitas dengan menggunakan *Chronbach's Alpha*. Jika nilai  $\alpha > 0,7$  berarti dapat diterima. Hampir seluruh domain memiliki reliabilitas yang dapat diterima. Hasil uji validitas dan reliabilitas selengkapannya ditampilkan di Tabel 3.

**Tabel 3.** Hasil uji validitas dan reliabilitas

	<b>Scale Mean if Item Deleted</b>	<b>Scale Variance if Item Deleted</b>	<b>Corrected Item-Total Correlation</b>	<b>Cronbach's Alpha if Item Deleted</b>
Q1	218.77	363.771	0.193	0.72
Q2	217.57	363.771	0.166	0.72
Q3	218.33	353.678	0.532	0.711
Q4	216.93	360.892	0.411	0.717
Q5	217.57	361.633	0.269	0.718
Q6	217.27	357.099	0.591	0.714
Q7	217.7	358.769	0.345	0.716
Q8	217.07	360.823	0.419	0.717
Q10	217.37	362.447	0.321	0.718
Q11	217.43	358.323	0.444	0.715
Q12	217.77	353.426	0.546	0.711
Q13	217.87	357.637	0.411	0.715
Q14	217.4	353.766	0.583	0.711
Q15	218.07	363.72	0.259	0.719
Q16	217.5	363.293	0.234	0.719
Q17	217.93	348.34	0.655	0.707
Q18	218.03	350.93	0.575	0.709
Q19	218.73	359.444	0.309	0.717
Q20	217.8	359.407	0.234	0.718
Q21	218.27	360.754	0.249	0.718
Q22	218.5	361.5	0.318	0.718
Q25	217.1	363.955	0.24	0.72
Q26	217.5	365.362	0.138	0.721
Q27	218.5	363.431	0.158	0.72
Q28	216.97	362.861	0.344	0.719
Q29	217.8	354.441	0.529	0.712
Q30	218.6	356.593	0.419	0.714
Q31	218	359.241	0.342	0.716
Q32	217.93	354.202	0.485	0.712
Q33	218.5	360.81	0.287	0.718
Q34	217.73	363.857	0.18	0.72
Q35	217.43	361.151	0.287	0.718
Q36	218.7	356.769	0.454	0.714
Q37	217.67	357.471	0.447	0.715
Q38	218.57	365.151	0.141	0.721

Q39	218.3	356.631	0.493	0.714
Q40	218.37	362.792	0.264	0.719
Q41	218.43	365.564	0.089	0.722
Q43	218.27	363.168	0.214	0.719
Total del	110.37	92.171	1	0.839

## DISKUSI

Hasil analisis data menunjukkan bahwa skala stigma terkait HIV/AIDS ini dapat digunakan sebagai instrumen kuantitatif pada mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan UGM. Pengembangan instrumen penelitian dengan *cross cultural* ini mempunyai beberapa kelebihan. Peneliti melakukan adaptasi dan modifikasi dari instrumen yang sudah pernah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebelumnya di negara lain. Selain itu, instrumen juga sudah pernah digunakan sebagai alat ukur pada penelitian yang melibatkan mahasiswa di negara lain.

Pada penelitian ini peneliti melakukan *cross cultural* dengan menggunakan empat langkah, yaitu tahap penerjemahan dari bahasa asing ke bahasa Indonesia dan sebaliknya, dilanjutkan dengan meminta masukan dari ahli di bidang keperawatan agar bahasa, tampilan, dan petunjuk pengisian yang digunakan dalam alat ukur ini dapat mudah dipahami oleh responden. Peran komite ahli sangat penting untuk meninjau semua terjemahan, membuat keputusan penting dalam hal konsensus tentang kejanggalan, dan mengonsolidasi semua versi kuesioner (Epstein, dkk., 2015). Modifikasi dan perbaikan instrumen dilakukan oleh peneliti tanpa mengubah konten.

Tahap terakhir dilakukan dengan melakukan uji kepada responden sehingga hasil yang didapatkan dapat valid dan

reliabel. Uji validitas dilakukan berulang-ulang karena peneliti mengalami kesulitan dalam pemilihan idiom yang tepat pada kuesioner. Ini merupakan salah satu masalah yang muncul dalam *cross cultural adaptation* (CCA), yaitu kesulitan bahasa karena dua bahasa dapat mempunyai kata atau idiom yang tidak ekuivalen (Leplege, dkk., 1998).

Penelitian sebelumnya yang membandingkan metode menunjukkan bahwa terjemahan kembali tidak wajib dilakukan, tetapi akan membantu sebagai alat komunikasi dengan penulis kuesioner yang asli. Para ahli mempunyai peran penting dalam memastikan ekuivalensi antara kuesioner yang diterjemahkan dan yang asli (Epstein, dkk., 2015).

Peneliti yakin pengembangan alat ukur ini dapat bermanfaat pada masa yang akan datang, terutama penelitian stigma terkait HIV/AIDS. Sebagai contoh, penelitian pengukuran stigma pada mahasiswa ilmu kesehatan dan penelitian intervensi yang sesuai untuk menurunkan stigma terkait HIV/AIDS pada mahasiswa.

Berdasarkan hasil uji validitas yang dilakukan pada penelitian ini, terdapat 5 item tidak valid, yaitu item nomor 9, 23, 24, 42, dan 44. Berdasarkan uji validitas instrumen di negara lain, hasilnya kelima instrumen mempunyai nilai *original inventory* dalam rentang valid, tetapi nilainya rendah. Perbedaan hasil uji validitas ini kemungkinan disebabkan oleh perbedaan etnis responden seperti disebutkan pada penelitian Turner,

dkk. (2015) bahwa etnis mempunyai dampak terhadap sikap dan stigma. Budaya diketahui dapat memperburuk stigma. Ini memengaruhi bagaimana individu dan komunitas mengerti penyebab HIV/AIDS, bagaimana ini seharusnya ditangani, dan bagaimana seharusnya ODHA dianggap (Hosseinzadeh dan Dadich, 2016).

Keterbatasan alat ukur ini ialah hanya melibatkan mahasiswa ilmu keperawatan, belum melibatkan mahasiswa profesi kesehatan yang lain. Penelitian selanjutnya dapat dikembangkan pada mahasiswa profesi kesehatan yang lain. Kelemahan selanjutnya, responden pada penelitian ini hanya berasal dari satu institusi, yaitu UGM. Penelitian selanjutnya dapat mengembangkan alat ukur pada institusi pendidikan keperawatan yang lain.

## KESIMPULAN

Skala stigma terkait HIV/AIDS adaptasi SHASS dapat dikembangkan dengan menggunakan *cross cultural*. Instrumen ini dapat digunakan sebagai instrumen kuantitatif pada mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan UGM.

## DAFTAR PUSTAKA.

Beaton, D.E., Bombardier C., Guillemin F., Ferras, M.B. (2000). "Guidelines for the Process of Cross Cultural Adaptation of Self-report Measures". *Spine*, 25(24):3186–91.

Collins, L.B., Terwee, C.B., Patrick, D.L., Alonso, J., Stratford, P.W., Knol, D.L. *et al.* (2003). "Pretesting Survey Instruments: An Overview of Cognitive Methods". *Qual life Res.*, 12, 229–38.

Diaz, V.N., Garcia S.I., Alfonso, T.J. (2005). "AIDS Related Stigma and Social Interaction: Puerto Ricans Living with HIV/AIDS". *Qual Health Res.* Feb, 15(2), 169–87. Diakses 18 Nov 2013.

Diaz, V.N., Neilands, T.B. (2009). "Development and Validation of a Culturally Appropriate HIV/AIDS Stigma Scale for Puerto Rican Health Professionals in Training". *NIH Public Access. AIDS Care*: 21 (10): 1259-1270. Doi:10.1080/095401202804297.

Diaz, V.N., Neilands, T.B., Bou, F.C., Rodrigue M.M., Figueroa A.S., *et al.* (2013). "Testing the Efficacy of an HIV Stigma Reduction Intervention with Medical Students in Puerto Rico: the SPACES Project". *Journal of the International AIDS Society* 16 (Suppl. 2):18670.

Eipstein, J., Santo, R.M., Guillemin, F. (2014). "Review Article: A Review of Guideline for Cross Cultural Adaptation of Questionnaires Could not Bring out A Consensus". *Journal of Clinical Epidemiology*, 68, 535–441.

Hosseinzadech H., Dadich. (2016). "Cross-Cultural Integration Affects Attitudes Towards People with HIV/AIDS in Australia". *Sex Health*, Ap:13 (2):182-9. Doi: 10.1071/SH1599.

Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Koordinasi Perguruan Tinggi Swasta Wilayah XII. 2013.

Famorette, T.O., Fernandes, L., Chima C.S. (2013). "Stigmatization of People Living with HIV/AIDS by Health Workers at Tertiary Hospital in Kwazulu-Natal, South Africa: A Cross Sectional Descriptive Study". *BMC Medical Ethic*, 14 (Suppl 1): 56. <http://med.biomedcentre.com/1472-6939/14/51/56>.

Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). "Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measure: Literature Review and Proposed Guidelines". *J. Clin Epidemiol.*, Dec, 46 (12), 147–32.

Lepelge, A., Ecosa, E., Verdier, A., Perneger, T.V. (1998). "The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural

- Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation". *J. Clin. Epidemiol.*, 51, 1013–23.
- Mawar N., Saha S., Pandit A., Mahajanu. (2005). "The Third Phase of HIV Pandemic: Social Consequences of HIV/AIDS Stigma & Discrimination & Future Needs". *The Indian Journal of Medical Research*, 122 (6), 471–484. (Pubmed: 16517997).
- Rahmati-Najarkolaei F., Nimani, S., Aminshokravi, F. *et al.* (2010). "Experiences of Stigma in Healthcare Setting among Adults Living with HIV in the Islamic Republic of Iran". *Journal of the International AIDS Society*. 13:27 <http://www.jiasociety.org/content/13/27>.
- Sengupta, S., Banks, B., Jones, D., Miles MS., Smith G.C. (2011). "HIV Intervention to Reduce HIV/AIDS Stigma: A Systematic Review". *NIH Public Access*, August: 15 (16): 1075-1087 doi:10.1007/s10461-010.9847-0.
- Turner EA., Jensen-Doss. A., Heffer RW. (2015). "Ethnicity as A Moderator of How Parents Attitudes and Perceived Stigma Influence Intentions to Seek Child Mental Health Services. *Cultur Divers Ethnic Psychol.* Oct:21 (4): 613-8. Doi:10.1037/cdp0000047UNAIDS. (2014). *JC2034\_UNAIDS\_Strategy\_to zero stigma* (page 46-64). <http://www.unaids.org> Diakses 12 November 2015.

# HUBUNGAN PERSEPSI LINGKUNGAN PEMBELAJARAN KLINIK DENGAN PERILAKU *CARING* PADA MAHASISWA PROFESI NERS

Yenny Tangke Layuk, Totok Harjanto, Elsi Dwi Hapsari

Program Studi Ilmu Keperawatan,

Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 55281, Indonesia

E-mail: yennytangkelayuk@gmail.com

## ABSTRAK

**Tujuan:** Untuk mengetahui hubungan antara persepsi lingkungan pembelajaran klinik dengan perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners. **Metode:** Subjek penelitian ialah mahasiswa Profesi Ners satu institusi pendidikan ners di Yogyakarta pada tahun 2012/2013. Responden penelitian berjumlah 61 orang. Alat penelitian yang digunakan ialah kuesioner *Clinical Learning Environment and Supervision* (CLES) untuk mengetahui lingkungan pembelajaran klinik dan kuesioner *Caring Behavior Inventory* (CBI) untuk mengetahui perilaku *caring*. Analisis data menggunakan bivariat korelasi dengan uji korelasi Pearson. **Hasil:** Suasana ruang perawatan, gaya kepemimpinan, nilai-nilai keperawatan di ruangan, nilai-nilai pembelajaran di ruangan, dan hubungan supervisi paling banyak pada persepsi positif. Subskala gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan persepsi positif paling banyak (98,53 persen). Kecenderungan perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners paling banyak pada kategori rendah (41,0 persen). Suasana ruang perawatan ( $p=0,006$ ) dan nilai-nilai keperawatan di ruangan ( $p=0,004$ ) memiliki hubungan signifikan dengan perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners. **Diskusi:** Suasana ruang perawatan yang positif dan semangat tim yang baik di lingkungan klinik yang baik dalam menunjang mahasiswa pada hasil dari pembelajaran klinik. Kedua subskala tersebut memiliki hubungan yang signifikan pada perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners satu institusi pendidikan ners di Yogyakarta. **Kesimpulan:** Persepsi lingkungan pembelajaran klinik yang berhubungan signifikan dengan perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners satu institusi pendidikan ners di Yogyakarta yaitu subskala suasana ruang perawatan dan nilai-nilai keperawatan di ruangan. **Kata Kunci:** pembelajaran, klinik, perilaku, *caring*, profesi.

## ABSTRACT

**Objective:** To learn about the relationship between the perception of the clinical learning environment and caring behavior of the nursing internship students of one institution of nursing education in Yogyakarta. **Material and methods:** Subject of the research were nursing internship students of one institution of nursing education in Yogyakarta in 2012/2013. Total of the participants were 61 students. The data was collected using the Learning Environment and Supervision (CLES) instrument to learn about clinical learning environment and Caring Behavior Inventory (CBI), an instrument to learn caring behavior. Data was analyzed with using correlation bivariate with Pearson correlation test. **Results:** The atmosphere of the ward, leadership style, nursing values in the ward, learning values in the ward, and the relationship of the supervisor mostly made positive perception. The leadership style of head nurse of the ward had most positive perception (98,53%). The tendency of caring behavior of students mostly in low category (41.0%). The atmosphere at the ward ( $p=0,006$ ) and values of nursing in the ward ( $p=0,004$ ) significantly had relation to caring behavior of the nursing internship students of one institution of nursing education in Yogyakarta. **Discussion:** Positive atmosphere and spirit of the team in the clinical practice field were important to improve outcome of clinical learning for nursing students. Both sub-scales had significant relation to caring behavior to nursing internship students of one institution of nursing education in Yogyakarta. **Conclusion:** Perception of clinical learning environment that significantly related to caring behavior for nursing internship students of one institution of nursing education in Yogyakarta were the atmosphere and the nursing values in the ward. **Keywords:** learning, clinic, behavior, caring, internship.

## LATAR BELAKANG

*Caring* adalah memberikan perhatian atau penghargaan kepada seorang manusia. *Caring* juga dapat diartikan memberikan bantuan kepada individu atau sebagai advokasi pada individu yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya.

Berdasarkan penelitian pada tahun 2012 didapatkan lebih dari separuh klien RSUD Pariaman tidak puas terhadap perilaku *caring* perawat (57,1 persen). Lebih dari separuh klien menilai perilaku *caring* perawat kurang (66 persen). Penelitian yang dilakukan Yunita di RSUD Pasar Rebo tahun 2011 bila dilihat dari distribusi responden, yaitu per ruangan, diketahui bahwa untuk ruang perawatan Cempaka sebanyak 70,6 persen responden memiliki persepsi kurang *caring* dan sebanyak 29,4 persen responden memiliki persepsi bahwa perawat di ruang tersebut *caring*.

*Caring* dan memelihara lingkungan pendidikan keperawatan merupakan salah satu faktor yang paling penting untuk memberdayakan mahasiswa, yang dicapai melalui kepercayaan, komunikasi terbuka, kejujuran, dan ketulusan antara individu. Dukungan untuk mahasiswa keperawatan selama pengalaman akademis mereka penting untuk membekali mereka agar *caring*.

Program pendidikan profesi disebut juga sebagai proses pembelajaran klinik. Istilah ini muncul terkait dengan pelaksanaan pendidikan profesi yang sepenuhnya dilaksanakan di lahan praktik seperti rumah sakit, puskesmas, klinik bersalin, panti wredha, dan keluarga serta masyarakat atau komunitas.

Lingkungan pembelajaran klinik merupakan sebuah persepsi mahasiswa terhadap lingkungan belajar klinik yang mencakup suasana ruang perawatan, gaya kepemimpinan kepala ruangan, nilai-nilai keperawatan di ruangan, nilai-nilai

pembelajaran di ruangan, dan hubungan dengan supervisi. Pembelajaran merupakan salah satu proses yang ada di pendidikan klinik. Pembelajaran merupakan suatu proses yang kompleks. Pembelajaran klinik dalam keperawatan merupakan wahana yang memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk menerjemahkan pengetahuan teoretis ke dalam pembelajaran.

Penelitian tentang lingkungan pembelajaran klinik masih sedikit, padahal lingkungan pembelajaran klinik merupakan tempat untuk mahasiswa keperawatan untuk mengaplikasikan ilmunya, dan nantinya mahasiswa dituntut untuk memiliki perhatian, tanggung jawab, dan melakukan segala sesuatunya dengan ikhlas.

## METODE

Jenis penelitian ini ialah *non-eksperimental*. Metode yang digunakan ialah metode analitik korelasi. Rancangan yang digunakan ialah pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada 23 September sampai 6 Oktober 2013 dilakukan di satu institusi pendidikan ners di Yogyakarta. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*, yaitu berjumlah 61 orang. Lingkungan pembelajaran klinik diukur dengan menggunakan *Clinical Learning Environment and Supervision* dan skor perilaku *caring* diukur dengan *Caring Behaviour Inventory* (CBI). Pengambilan data dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada mahasiswa profesi ners pada tahun 2012/2013. Data karakteristik responden dalam penelitian ini ialah usia, jenis kelamin, jumlah anggota keluarga, tempat tinggal, status pernikahan orangtua, orangtua yang masih hidup, pola asuh ayah, pola asuh ibu, IPK akademik, lama belajar di profesi, dan jumlah stase yang kemudian diuji secara univariat. Analisis bivariat korelasi menggunakan uji korelasi *Pearson* untuk mengetahui hubungan antara lingkungan

pembelajaran klinik dengan perilaku *caring*.

## HASIL

Data karakteristik responden dalam penelitian ini ialah usia, jenis kelamin, jumlah anggota keluarga, tempat tinggal, status pernikahan orang tua, orangtua yang masih hidup, pola asuh ayah, pola asuh ibu, IPK akademik, lama belajar di profesi, jumlah stase. Karakteristik responden mahasiswa profesi ners dapat dilihat di Tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan bahwa usia responden sebagian besar adalah 23 tahun yaitu sebanyak 40 orang (65,57 persen). Jenis kelamin responden sebagian besar adalah perempuan, yaitu sejumlah 51 orang (82,3 persen). Jumlah anggota keluarga responden paling banyak berjumlah 4 orang, yaitu sebanyak 30 orang (49,18 persen).

Tempat tinggal responden paling banyak tinggal di kos, yaitu sebanyak 55 orang (55,74 persen). Status pernikahan orangtua responden paling banyak tidak bercerai, yaitu sebanyak 58 orang (95,08 persen). Orangtua responden yang masih hidup paling banyak kedua orangtua (ayah dan ibu), yaitu sebanyak 55 orang (90,16 persen). Pola asuh ayah dan ibu responden paling banyak menerapkan pola asuh *authoritative*, yaitu masing-masing sebanyak 50 orang (81,97 persen) dan 51 (83,61 persen). IPK akademik responden sebagian besar berada di rentang 3,00–3,50 sebanyak 26 orang (42,62 persen). Responden penelitian paling banyak telah melewati 10 stase selama 53 minggu, yaitu sebanyak 44 orang (72,13 persen).

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden mahasiswa Profesi Ners (n=61)

	Karakteristik Responden	N	Persentase (%)	Mean ±SD
A	Usia:			
	22 tahun	8	13,11	23,13±0,71
	23 tahun	40	65,57	
	24 tahun	11	18,03	
	25 tahun	1	1,64	
26 tahun	1	1,64		
B	Jenis kelamin:			
	Laki-laki	10	16,39	
	Perempuan	51	83,61	
C	Anggota keluarga:			4,61±1,52
	2 orang	2	3,28	
	3 orang	7	11,48	
	4 orang	30	49,18	
	5 orang	8	13,11	
	6 orang	9	14,75	
	7 orang	1	1,64	
	8 orang	2	3,28	
	9 orang	1	1,64	
	10 orang	1	1,64	

Tempat tinggal:				
<b>D</b>	Orangtua	25	40,98	
	Kos	34	55,74	
	Sanak saudara	2	3,28	
Status pernikahan orangtua:				
<b>E</b>	Bercerai	3	4,92	
	Tidak bercerai	58	95,08	
Orangtua yang masih hidup:				
<b>F</b>	Ayah	3	4,92	
	Ibu	3	4,92	
	Ayah dan ibu	55	90,16	
Pola asuh ayah:				
<b>G</b>	<i>Permissive</i>	5	8,20	
	<i>Authoritarian</i>	1	1,63	
	<i>Authoritative</i>	50	81,97	
	Tidak diasuh	5	8,20	
Pola asuh Ibu:				
<b>H</b>	<i>Permissive</i>	6	9,84	
	<i>Authoritarian</i>	2	3,28	
	<i>Authoritative</i>	51	83,61	
	Tidak diasuh	2	3,28	
IPK akademik:				
<b>I</b>	< 3,00	4	6,57	3,46±0,30
	3,00–3,49	26	42,62	
	≥3,50	31	50,81	
Lama belajar di profesi:				
<b>J</b>	53 minggu	44	72,13	44,80±13,94
	33 minggu	7	11,48	
	17 minggu	10	16,39	
Jumlah stase:				
<b>K</b>	10 stase	44	72,13	8,51±2,637
	7 stase	7	11,48	
	3 stase	10	16,39	

**Sumber:** data primer

### 1. Persepsi Lingkungan Pembelajaran Klinik pada Mahasiswa Profesi Ners

Distribusi responden terhadap persepsi lingkungan pembelajaran klinik dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 2.** Distribusi frekuensi, nilai rata-rata (mean), standar deviasi (SD), dan median persepsi responden terhadap lingkungan pembelajaran klinik

	Lingkungan Pembelajaran Klinik	N	Persentase (%)	Mean $\pm$ SD	Median
	Suasana ruang perawatan				
	A.1 Positif:				
	A.1.1 Laki-laki	9	14,75	3,75 $\pm$ 0,35	3,75
<b>A</b>	A.1.2 Perempuan	38	62,30	3,58 $\pm$ 0,43	3,75
	A.2 Negatif:				
	A.2.1 Laki-laki	1	1,64	2,75	2,75
	A.2.2 Perempuan	13	21,31	2,53 $\pm$ 0,22	2,50
	Gaya kepemimpinan kepala ruangan				
	B.1 Positif:				
	B.1.1 Laki-laki	10	16,39	4,05 $\pm$ 0,28	4,00
<b>B</b>	B.1.2 Perempuan	50	81,97	3,95 $\pm$ 0,44	4,00
	B.2 Negatif:				
	B.2.1 Laki-laki	0	0	0	0
	B.2.2 Perempuan	1	1,64	2,00	2,00
	Nilai-nilai keperawatan di ruangan				
	C.1 Positif:				
	C.1.1 Laki-laki	8	13,11	3,49 $\pm$ 0,30	3,49
<b>C</b>	C.1.2 Perempuan	43	70,49	3,73 $\pm$ 0,39	3,66
	C.2 Negatif:				
	C.2.1 Laki-laki	2	3,28	2,66	2,66
	C.2.2 Perempuan	8	13,11	2,24 $\pm$ 0,29	2,16
	Nilai-nilai pembelajaran di ruangan				
	D.1 Positif :				
	D.1.1 Laki-laki	9	14,75	3,66 $\pm$ 0,33	3,83
<b>D</b>	D.1.2 Perempuan	42	68,85	3,59 $\pm$ 0,35	3,66
	D.2 Negatif:				
	D.2.1 Laki-laki	1	1,64	2,83	2,83
	D.2.2 Perempuan	9	14,75	2,51 $\pm$ 0,30	2,50
	Hubungan supervisi				
	E.1 Positif:				
	E.1.1 Laki-laki	10	16,39	3,68 $\pm$ 0,32	3,62
<b>E</b>	E.1.2 Perempuan	44	72,13	3,65 $\pm$ 0,38	3,62
	E.2 Negatif:				
	E.2.1 Laki-laki	0	0	0	0
	E.2.2 Perempuan	7	11,48	2,57 $\pm$ 0,33	2,75

Hasil penelitian pada Tabel 2 menunjukkan bahwa setiap subskala lingkungan pembelajaran klinik paling banyak pada persepsi positif. Hasil persepsi responden pada lima subskala lingkungan pembelajaran klinik persepsi positif paling

banyak pada subskala gaya kepemimpinan dan perempuan sebanyak 50 orang (81,97 kepala ruangan, yaitu laki-laki sebanyak 10 persen) dengan nilai *mean* 3,95. orang (16,39 persen) dengan nilai *mean* 4,05

## 2. Hubungan Jumlah Stase dengan Persepsi Lingkungan Pembelajaran Klinik

Hubungan jumlah stase yang telah dijalani dengan persepsi lingkungan pembelajaran klinik mahasiswa pada profesi dapat dilihat pada tabel 3.

**Tabel 3.** Analisis hubungan lingkungan pembelajaran klinik dengan jumlah stase yang telah dijalani pada mahasiswa Profesi

	Lingkungan Pembelajaran Klinik	Jumlah Stase yang sudah Dijalani			Mean±SD	p*
		10 Stase	7 Stase	3 Stase		
		f(%)	f(%)	f(%)		
Suasana ruang perawatan						
<b>A</b>	A.1 Positif	37(60,66)	5 (8,20)	5 (8,20)	3,63±0,41	0,01
	A.2 Negatif	7 (11,48)	2 (3,28)	5 (8,20)	2,55±0,22	
Gaya kepemimpinan kepala ruangan						
<b>B</b>	B.1 Positif	43 (70,49)	7 (11,48)	10(16,39)	3,96±0,42	0,57
	B.2 Negatif	1 (1,64)	0 (0)	0 (0)	2,00	
Nilai-nilai keperawatan di ruangan						
<b>C</b>	C.1 Positif	36 (59,02)	6 (9,84)	9 (14,75)	3,69±0,39	0,52
	C.2 Negatif	8 (13,11)	1 (1,64)	1 (1,64)	2,33±0,31	
Nilai-nilai pembelajaran di ruangan						
<b>D</b>	D.1 Positif	35(57,38)	6 (9,84)	10 (16,39)	3,60±0,35	0,11
	D.2 Negatif	9 (14,75)	1 (1,64)	0 (0)	2,54±0,30	
Hubungan supervisi						
<b>E</b>	E.1 Positif	38(62,30)	7(11,48)	9 (14,75)	3,66±0,36	0,60
	E.2 Negatif	6 (9,84)	0 (0)	1 (1,64)	2,57±0,33	

\*nilai *p* didapatkan dari nilai jumlah responden variabel lingkungan pembelajaran klinik dengan variabel jumlah stase yang sudah dijalani.

Hasil penelitian pada Tabel 3 menunjukkan persepsi responden tentang lingkungan pembelajaran klinik paling banyak berada pada persepsi positif dengan responden yang telah melewati 10 stase.

Suasana ruang perawatan merupakan komponen yang terdapat hubungan yang signifikan dengan jumlah stase yang dijalani karena didapatkan nilai  $p=0,01$  ( $p<0,05$ ).

### 3. Perilaku *Caring*

Perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners dapat dilihat pada Tabel 4 di bawah ini.

**Tabel 4.** Distribusi frekuensi, nilai rata-rata (mean), dan standar deviasi (SD) tingkat kecenderungan perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners

Tingkat Kecenderungan Perilaku <i>Caring</i> Mahasiswa	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean±SD
Tinggi	18	29,51	156,89±8,45
Sedang	18	29,51	137,06±3,605
Rendah	25	41,98	126,20±3,08

Hasil penelitian pada Tabel 4 menunjukkan bahwa tingkatan kecenderungan perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners paling banyak pada kategori rendah, yaitu sebanyak 25 orang (41,98 persen).

Analisis karakteristik responden dengan tingkat kecenderungan perilaku *caring* menunjukkan tidak ada satu pun karakteristik responden yang berhubungan dengan perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners (lampiran).

### 4. Hubungan Persepsi Lingkungan Pembelajaran Klinik dengan Perilaku *Caring*

**Tabel 5.** Analisis hubungan variabel lingkungan pembelajaran klinik dengan tingkat kecenderungan perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners

Variabel Lingkungan Pembelajaran Klinik	Tingkat Perilaku <i>caring</i> mean±SD	P*
<b>A</b> Suasana ruang perawatan	Positif	0,006
	Negatif	
<b>B</b> Gaya kepemimpinan	Positif	0,182
	Negatif	
<b>C</b> Nilai-nilai keperawatan di ruangan	Positif	0,044
	Negatif	
<b>D</b> Nilai-nilai pembelajaran di ruangan	Positif	0,450
	Negatif	
<b>E</b> Hubungan supervisi	Positif	0,127
	Negatif	

\*nilai *p* didapatkan dari nilai jumlah responden variabel lingkungan pembelajaran klinik dengan variabel perilaku *caring*

Hasil penelitian pada Tabel 5 didapatkan bahwa dari 5 subskala lingkungan pembelajaran klinik yang berhubungan signifikan dengan perilaku *caring* ( $p < 0,05$ ), yaitu subskala suasana ruang keperawatan, diperoleh nilai  $p = 0,006$  dan subskala nilai-nilai keperawatan di ruangan dengan nilai  $p = 0,044$ .

## DISKUSI

Karakteristik responden berdasarkan usia sebagian besar adalah 23 tahun karena mahasiswa profesi pada tahun ini paling banyak lulusan dari angkatan tahun 2008 yang mayoritas lahir tahun 1990. Jenis kelamin responden sebagian besar adalah perempuan. Hal ini terkait dengan lokasi penelitian, yang mayoritas mahasiswanya adalah perempuan. Tempat tinggal responden paling banyak tinggal di kos. Hal ini terkait mayoritas mahasiswa profesi ners berasal dari luar Yogyakarta.

Suasana ruang perawatan, gaya kepemimpinan, nilai-nilai keperawatan di ruangan, nilai-nilai pembelajaran di ruangan, dan hubungan supervisi paling banyak pada persepsi positif. Lingkungan pembelajaran klinik yang positif karena adanya persepsi mahasiswa terhadap kesempatan untuk mempraktikkan dan persepsi mahasiswa terhadap kejelasan peran, mengidentifikasi enam faktor sebagai determinan penting yang mempengaruhi persepsi perawat terhadap lingkungan pembelajaran di rumah sakit yaitu: kemandirian dan pengakuan; kepuasan kerja; kejelasan peran; kualitas pengawasan dukungan rekan; dan kesempatan belajar. Manajer bangsal mampu merangsang dan memperkuat partisipasi dan komitmen untuk sebuah jangkauan yang luas dari pengalaman pembelajaran mahasiswa keperawatan.

Lingkungan pembelajaran klinik paling banyak berada pada persepsi positif dengan responden yang telah melewati 10 stase.

Hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Nugroho (2009), yakni persepsi lingkungan akademik lebih banyak pada persepsi positif dan berada pada angkatan yang telah melewati lebih banyak stase profesi ners. Hal ini terkait bahwa persepsi terhadap lingkungan klinik berhubungan secara signifikan dengan pendekatan belajar, yakni mahasiswa yang telah lebih banyak melewati stase profesi ners sehingga ilmu dan pengetahuan yang diterima lebih mendalam (*deep approach*) mempunyai persepsi yang positif terhadap lingkungan pembelajaran klinik dan kepuasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan mahasiswa yang baru melewati beberapa stase profesi ners atau baru mulai di stase awal sehingga ilmu yang diterima kurang mendalam atau hanya baru sebagian saja (*surface approach*). Pengalaman lingkungan pembelajaran klinik adalah entitas sosial yang kompleks yang dapat memengaruhi hasil belajar siswa di pengaturan klinis. Pengalaman ini dapat memberikan wawasan tentang fungsi pendidikan di klinis dan dapat untuk meningkatkan kesempatan mahasiswa untuk belajar. Subskala yang memiliki hubungan yang signifikan dengan jumlah stase ialah suasana ruang perawatan. Hal ini terkait durasi atau lamanya penempatan klinis pada ruang perawatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan siswa dalam pemahaman yang jelas terhadap kemampuan siswa dalam pemahaman yang jelas tentang peran perawat, siswa dapat belajar mengenali unsur-unsur penting dalam berinteraksi dengan pasien dan pembimbing klinik.

Tingkat perilaku *caring* pada mahasiswa profesi ners paling banyak pada kategori rendah. Hal tersebut dapat terjadi karena perilaku itu sendiri dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik dari dalam individu maupun luar individu. *Caring* harus

dipertimbangkan dalam hubungan dengan orang lain dan hal ini melibatkan karakteristik personal, kognitif, dan kemampuan teknis. Hasil penelitian Karaoz (2009) menunjukkan bahwa untuk memperjelas persepsi mahasiswa keperawatan tentang perilaku *caring*, diperlukan adanya *professional/helping relationship* dan kompetensi teknis. Perilaku tumbuh seiring dengan pertumbuhan seseorang sejak lahir hingga meninggal dunia. Dari karakteristik responden tidak ada satu pun yang didapatkan berhubungan signifikan dengan perilaku *caring* mahasiswa Profesi Ners.

Lingkungan pembelajaran klinik dengan perilaku *caring* mahasiswa profesi ners, bahwa dari 5 subskala lingkungan pembelajaran klinik yang berhubungan signifikan dengan perilaku *caring*, yaitu subskala suasana ruang keperawatan dan subskala nilai-nilai keperawatan di ruangan dan ini juga dapat dilihat dari rata-rata tingkat perilaku *caring* untuk masing-masing subskala lingkungan pembelajaran klinik bahwa subskala suasana ruang perawatan dan nilai-nilai keperawatan di ruangan memiliki rata-rata perilaku *caring* positif paling tinggi dibandingkan dengan 3 subskala yang lainnya (gaya kepemimpinan, nilai-nilai pembelajaran di ruangan, dan hubungan supervisi). Suasana ruang perawatan yang baik dicirikan seperti mempertunjukkan kerja tim dan komunikasi yang baik. Apabila staf bangsal bekerja sama dan ada motivasi, mahasiswa merasa didukung dan diawasi. Suasana ruang perawatan yang positif dan semangat tim yang baik merupakan ciri paling penting dari lingkungan klinik yang baik dalam menunjang mahasiswa keperawatan pada hasil dari pembelajaran klinik. Suatu lingkungan pembelajaran dapat menunjang proses pembelajaran bagi mahasiswa dimulai dengan dirumuskannya secara jelas tujuan yang akan dicapai oleh mahasiswa selama berada di ruangan. Hal

ini akan membantu mahasiswa untuk lebih memahami dan menyadari keberadaan mereka, peran mereka, dan apa yang akan mereka capai selama penempatan klinik, termasuk memahami arti pemberian pelayanan kepada pasien sehingga pelayanan yang diberikan bermakna dan berkualitas. Layanan keperawatan yang berkualitas tinggi merupakan konteks terbaik untuk pengalaman pembelajaran yang sukses.

Penelitian yang dilakukan Hasan (2012) menunjukkan tanggapan yang positif terhadap nilai-nilai perawatan di ruangan disebabkan telah terbinanya hubungan yang saling membutuhkan antara staf dengan mahasiswa dan pasien. Layanan perawatan dilakukan dengan semangat untuk merawat maka mahasiswa dapat mempelajari inti dari layanan keperawatan melalui pengalaman layanan mereka. Hal ini didukung oleh Kosowski (1995) yang menyatakan melalui layanan mereka dengan pasien, kepercayaan diri mahasiswa dan harga diri mahasiswa dalam memberikan pelayanan keperawatan dapat ditingkatkan.

Subskala lingkungan pembelajaran klinik yang tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku *caring* ialah gaya kepemimpinan, nilai-nilai pembelajaran di ruangan, dan hubungan supervisi. Lingkungan klinik yang baik terdiri atas komponen praktis, misalnya familiarisasi atau hubungan kekeluargaan, situasi pembelajaran yang penuh arti, dan adanya umpan balik. Komponen tersebut akan meningkatkan pengembangan profesional. Pengembangan profesional adalah sebuah proses sosio-budaya yang luas di mana masing-masing individu mengasumsikan nilai, perilaku, pemahaman moral, dan informasi dari kelompok. Pembimbing klinik dalam hal ini berperan sebagai *nurse teacher* memiliki peran penting untuk mendukung kesempatan belajar mahasiswa

selama penempatan klinis. *Nurse teacher* mempunyai peran yang sangat besar dalam membantu mahasiswa belajar selama praktik klinik.

Tujuan sistem pengawasan ialah untuk menciptakan sebuah hubungan yang erat antara pembimbing klinik dan mahasiswa, memberikan dukungan pada individu dan panduan pada pembelajaran klinik dan berkontribusi terhadap pengembangan profesional mereka. Mahasiswa yang merasa diperhatikan selama dalam lingkungan pembelajaran dapat mengembangkan rasa aman sehingga membuatnya lebih mudah untuk belajar, mengubah perilaku, dan mengambil risiko.

Perilaku *caring* itu sendiri dapat dipelajari melalui *role model* sejak dalam masa pendidikan. *Caring* dapat diperkenalkan sejak awal kurikulum dan di lingkungan pembelajaran akademik. Pengajar (dosen) juga dapat menjadi *role model caring* untuk mahasiswa selama proses pembelajaran sehingga mahasiswa akan lebih merasakan dan mudah untuk belajar dan mengubah perilaku.

Pada penelitian ini responden yang berjenis kelamin laki-laki rata-rata perilaku *caring*-nya lebih tinggi daripada jenis kelamin perempuan. Hal yang sama juga ditunjukkan pada penelitian yang dilakukan oleh Feizal (2012) yang menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan dalam kecenderungan perilaku *caring* antara mahasiswa profesi laki-laki dan perempuan di jurusan keperawatan, derajat perilaku *caring* mungkin bervariasi antara jenis kelamin, tetapi semua tergantung kebiasaan yang ditanamkan sejak dini di dalam keluarga. Tidak ada penemuan yang konsisten mengenai perbedaan gender dalam perilaku *caring* itu sendiri (Lengua dan Stormsha, 2000).

Responden yang berusia 23 tahun rata-rata perilaku *caring*-nya (140,68) lebih tinggi daripada usia yang lain dan

tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan perilaku *caring*. Hal ini berbeda dari penelitian yang dilakukan oleh Murphy, dkk (2009) yang menunjukkan bahwa ada perbedaan dalam kecenderungan perilaku *caring* yang diukur dengan CBI berdasarkan umur pada mahasiswa keperawatan. Hal ini bisa disebabkan karena umur responden mayoritas berumur 23 tahun.

Rata-rata untuk perilaku *caring* yang paling tinggi untuk jumlah anggota keluarga ialah yang berjumlah 2 orang, yaitu nilainya 148,50 walaupun tidak ada hubungan yang signifikan. Responden yang tinggal bersama orangtuanya memiliki kecenderungan perilaku *caring* tinggi yang paling banyak, yaitu sebanyak 6 orang (9,83 persen). Hal ini terkait lingkungan keluarga yang dapat membantu remaja dalam mengembangkan perilaku *caring*. Orangtua dapat membicarakan hal-hal tersebut sehingga mereka akan merasa puas dari pengalaman tersebut (Alaska ICE, 2007), tetapi tidak ada hubungan yang signifikan dengan perilaku *caring*.

Responden yang orangtuanya bercerai ternyata rata-rata perilaku *caring*-nya (146,33) lebih tinggi daripada yang orangtuanya tidak bercerai. Untuk pola orangtua yang ayahnya menerapkan pola asuh *permissive* dan ibu yang menerapkan pola asuh *authoritative* memiliki rata-rata perilaku *caring* paling tinggi, yaitu masing-masing 146,20 dan 139,47. Hal yang sama juga ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan oleh Yuniatun (2009) bahwa tidak terdapat hubungan antara pola asuh ayah atau ibu dengan kecenderungan perilaku *caring* mahasiswa.

Responden penelitian yang memiliki IPK di bawah 3 rata-rata perilaku *caring*-nya (141,77) lebih tinggi daripada responden yang memiliki IPK di atas 3. Mahasiswa yang telah menjalani program profesi selama 53 minggu atau telah melewati 10 stase memiliki

rata-rata perilaku *caring* yang paling tinggi, yaitu 139,34. Raines (2007) menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kemampuan individu untuk *care* kepada orang lain selama berubahnya tingkat studi. Pada mahasiswa yang baru tingkat awal, *caring*-nya tergolong sedang, sedangkan pada tingkat akhir *caring*-nya tergolong tinggi.

## SIMPULAN

Persepsi lingkungan pembelajaran klinik paling banyak pada persepsi positif. Variabel lingkungan pembelajaran klinik persepsi positif paling banyak pada subskala gaya kepemimpinan kepala ruangan. Tingkat perilaku *caring* pada mahasiswa profesi ners paling banyak pada tingkat rendah. Variabel lingkungan pembelajaran klinik yang berhubungan signifikan dengan perilaku *caring* mahasiswa Profesi Ners di satu institusi pendidikan ners di Yogyakarta, yaitu subskala suasana ruang keperawatan dan subskala nilai-nilai keperawatan di ruangan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Association of Alaska School Boards Alaska Initiative for Community Engagement (Alaska ICE). 2007. *Asset Building: Helping Kids Succeed-Alaskan Style*. Retrieved from: [www.bens.ac.th/health/](http://www.bens.ac.th/health/). Diakses tanggal 18 Juli 2013.
- Emilia, O. 2008. *Kompetensi Dokter dan Lingkungan Belajar Klinik di Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Feizal, M.G. 2012. "Perbedaan Perilaku *Caring* antara Mahasiswa Profesi Ners Laki-Laki dan Perempuan Jurusan Keperawatan FKIK Universitas Jenderal Soedirman". Tesis. Universitas Jenderal Soedirman, Purwokerto. Retrieved from: <http://keperawatan.unsoed.ac.id>. Diakses tanggal 16 Juli 2013.
- Hafsyah, L. 2012. "Hubungan Perilaku *Caring* yang Dilakukan Perawat dengan Tingkat Kepuasan Klien di Ruang Penyakit Dalam RSUD Pariaman Tahun 2012". Artikel Padang. Retrieved from: <http://repository.unand.ac.id> Diakses tanggal 16 Juli 2013
- Hasan, S.M. 2012. Hubungan Antara Persepsi Mahasiswa Terhadap Lingkungan Belajar Klinik Dengan Pencapaian Kompetensi Praktik Klinik Keperawatan di Akademi Keperawatan Luwuk. Tesis (tidak diterbitkan). UGM, Yogyakarta.
- Herdianti, H. Y. 2012. "Evaluasi Pasca Pelatihan Perilaku *Caring* pada Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Tahun 2011". Tesis (tidak diterbitkan). UII, Yogyakarta.
- Karaoz, S. 2009. "Turkish Nursing Students' Perception of *Caring*". *Nurse Education Today*, 25 (1):31–40.
- Murphy, F., Jones, S., Edwards, M., James, J., Mayer, A. 2009. "The Impact of Nurse Education on The *Caring* Behaviours of Nursing Students". *Nurse Education Today*, 29 (2): 254–264.
- Notoatmodjo, S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, A.T. 2009. "Persepsi Mahasiswa terhadap Lingkungan Pendidikan Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada". Skripsi (tidak diterbitkan). UGM, Yogyakarta.
- Nursalam. 2008. *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba.
- Oerman, M.H., Heinrich, K.T. 2005. "Annual Review of Nursing Education". *Strategies for Teaching, Assesment, and Program Planning*. Volume 3. USA: Spinger Publishing Company.
- Papastavrou, E., Lambrinou, E., Tsangari, H., Saarikoski, M., Leino-Kilpi, H. 2010. "Student Nurses Experience of Learning in The Clinical Environment". *Nurse Education in Practice*, 10, 17–182.

- Raines, D.A. 2007. "Caring Abilities of Students in an Accelerated Program of Study: A Program Evaluation Study". *International Journal of Human Caring*; 11 (3): 45–49. Retrieved from: <http://works.bepress.com/>. Diakses tanggal 18 Februari 2013.
- Saarikoski, M., Warme, T., Kaila, P., Leino, H. 2009. "The Role of The Nurse Teacher in Clinical Learning Practice: An Empirical Study of Finish Student Nurse Experiences". *Nurse Education Today*, 29:595–600.
- Warne, T., Johannsson, U., Papastavrou, E., Tichelaar, E., Tomietto, M., Bossche, K. V. D., Moreno, M. F. V., Saarioski, M. (2010). "An Exploration of The Clinical Learning Experience of Nursing Student in Nine European Countries". *Nurse Education Today*, 30:809–815.
- Wessel, J., Larin, H., Benson, G., Brown, B., Ploeg, J., Williams, R., Marting, L. 2008. "Emotional-Social Intelligence in Health Science Students and Its relation to Leadership, Caring, and Moral Judgement". *Journal of Allied health Science and Practice*, 6(1):1–8.
- Yuniatun, W. 2009. "Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Kecenderungan Perilaku *Caring* pada Mahasiswa Program A Angkatan 2008/2009 PSIK FK UGM". Skripsi (tidak diterbitkan). UGM, Yogyakarta.

**LAMPIRAN**

Analisis karakteristik responden dengan tingkat kecenderungan perilaku *caring* pada mahasiswa Profesi Ners

Karakteristik Responden	Tingkat Kecenderungan Perilaku <i>Caring</i>			Mean±SD	p*
	Tinggi f(%)	Sedang f(%)	Rendah f(%)		
Jenis kelamin:					
<b>A</b> Laki-laki	3 (4,92)	3 (4,92)	4 (6,56)	140,30±17,28	0,952
Perempuan	15 (24,59)	15 (24,59)	21 (34,43)	138,10±13,29	
Usia:					
<b>B</b> 22 tahun	1 (1,64)	3 (4,92)	4 (6,56)	133,13±7,53	0,846
23 tahun	15 (24,59)	8 (13,11)	17 (27,87)	140,68±15,62	
24 tahun	2 (3,28)	6 (9,84)	0 (0)	135,82±9,537	
25 tahun	0 (0)	0 (0)	3 (4,92)	123,00	
26 tahun	0 (0)	1 (1,64)	1 (1,64)	137,00	
Anggota keluarga:					
<b>C</b> 2 orang	1 (1,64)	0 (0)	3 (4,92)	148,50±26,16	0,783
3 orang	1 (1,64)	1 (1,64)	5 (8,20)	130,57±13,08	
4 orang	9 (14,75)	8 (13,11)	13 (21,31)	138,63±13,86	
5 orang	4 (6,56)	3 (4,92)	1 (1,64)	144,13±14,07	
6 orang	3 (4,92)	5 (8,20)	1 (1,64)	142,67±12,16	
7 orang	0 (0)	0 (0)	1 (1,64)	126,00	
8 orang	0 (0)	1 (1,64)	1 (1,64)	130,00±5,65	
9 orang	0 (0)	0 (0)	1 (1,64)	131,00	
20 orang	0 (0)	0 (0)	1 (1,64)	122,00	
Tempat tinggal:					
<b>D</b> Orangtua	11 (18,03)	6 (9,84)	8 (13,11)	136,21±12,91	0,403
Kos	6 (9,84)	12 (19,67)	16 (26,23)	140,88±14,09	
Sanak-saudara	1 (1,64)		1 (1,64)	146,50±28,99	
Status pernikahan:					
<b>E</b> Bercerai	2 (3,28)	1 (1,64)	0 (0)	146,33±12,58	0,098
Tidak bercerai	16 (26,23)	17 (27,87)	25 (40,98)	138,05±13,92	
Orangtua yang masih hidup:					
<b>F</b> Ayah dan ibu	16 (26,23)	18 (29,51)	21 (34,43)	138,33±13,19	0,530
Ayah	1 (1,64)	0 (0)	2 (3,28)	141,67±20,20	
Ibu	1 (1,64)	0 (0)	2 (3,28)	137,67±25,71	

Pola asuh ayah:						
<b>G</b>	<i>Permissive</i>	2 (3,28)	2 (3,28)	1 (1,64)	146,20±18,75	0,520
	<i>Authoritarian</i>	0 (0)	0 (0)	1 (1,64)	130,00	
	<i>Authoritative</i>	14 (22,95)	16 (26,23)	20 (32,79)	137,68±12,76	
	Tidak diasuh	2 (3,28)	0 (0)	3 (4,92)	140,20±20,99	
Pola asuh ibu:						
<b>H</b>	<i>Permissive</i>	2 (3,28)	2 (3,28)	2 (3,28)	136,50±12,89	0,580
	<i>Authoritarian</i>	1 (1,64)	0 (0)	1 (1,64)	130,50±12,02	
	<i>Authoritative</i>	16 (26,23)	16 (26,23)	20 (32,79)	139,47±14,19	
	Tidak diasuh	0 (0)	0 (0)	2 (3,28)	126,50±4,95	
IPK akademik:						
<b>I</b>	≥3,50	11 (18,03)	11 (18,03)	9 (14,75)	134,00±12,02	0,20
	3,00–3,49	6 (9,84)	5 (8,20)	15 (24,59)	135,19±12,86	
	<3,00	1 (1,64)	2 (3,28)	1 (1,64)	141,77±14,49	
Lama belajar di						
<b>J</b>	profesi:					
	53 minggu	14 (22,95)	13 (21,31)	17 (27,87)	139,34±14,55	0,928
	33 minggu	1 (1,64)	1 (1,64)	5 (8,20)	138,40±12,09	
	17 minggu	3 (4,92)	4 (6,56)	3 (4,92)	133,00±12,27	
Jumlah stase:						
<b>K</b>	10	14 (22,95)	13 (21,31)	17 (27,87)	139,34±14,55	0,928
	7	1 (1,64)	1 (1,64)	5 (8,20)	138,40±12,09	
	3	3 (4,92)	4 (6,56)	3 (4,92)	133,00±12,27	

\*nilai *p* didapatkan dari nilai jumlah responden variabel lingkungan pembelajaran klinik dengan karakteristik responden.

# STUDI FENOMENOLOGI: RESPONS KECEMASAN KELUARGA SELAMA MENDAMPINGI PASIEN PADA FASE *END OF LIFE* DI RUMAH SAKIT

Yuldensia Avelina

Pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Nusa Nipa  
Maumere, Kabupaten Sikka, Jl. Kesehatan No. 3, Kode Pos 86111

Propinsi Nusa Tenggara Timur

Email: [nersyoully@gmail.com](mailto:nersyoully@gmail.com)

## ABSTRAK

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan menggali makna dari pengalaman respons kecemasan keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life* di rumah sakit. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang yang diperoleh melalui teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan peneliti. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam pada 6 anggota keluarga yang selalu mendampingi pasien selama fase *end of life* di rumah sakit. Proses pengambilan data dilakukan selama 2 minggu. Wawancara mendalam dilakukan selama 30–60 menit untuk setiap partisipannya. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan IPA dari Smith.

**Hasil:** Penelitian ini menghasilkan tiga tema, yaitu memiliki pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien, mengalami ketidakstabilan kondisi fisik, mengalami perasaan hati tidak tenang.

**Diskusi:** Keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life* di rumah sakit akan mengalami kecemasan. Kecemasan yang dialami keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life* merupakan perasaan cemas akan kehilangan orang yang dicintai. Kecemasan tersebut ditunjukkan oleh keluarga melalui respons fisik maupun respons psikologis. **Kesimpulan:** Respons kecemasan yang diperlihatkan oleh keluarga baik respons fisik maupun respons psikologis hendaknya menjadi perhatian para petugas kesehatan sehingga keluarga tetap dapat menjalankan perannya dengan baik dalam mendampingi pasien selama berada pada fase *end of life* di rumah sakit.

**Kata Kunci:** *end of life*, kecemasan, keluarga, respons.

## ABSTRACT

**Objective:** This study aims to explore the meaning of experience of family's anxiety response when assisting patients in the end-of-life phase in hospital. **Methods:** The study employed a qualitative method with interpretative phenomenological design. There were 6 participants involved in this study obtained through a purposive sampling technique, based on inclusion criteria established by researcher. Data were collected through in-depth interviews with 6 family members who experienced anxiety when assisting patients in the end-of-life phase in hospital. They were collected for 2 weeks. In-depth interviews were conducted for 30–60 minutes for each participant. The results were analyzed using IPA. **Results:** This study generated 3 themes, namely having an unstable thought about patient's recovery, undergoing unstable physical condition, having an uneasy feeling. **Discussion:** When assisting patients in the end-of-life phase in hospital, the family would experience anxiety. Such anxiety was a feeling about the loss of a loved one. It was shown through physical and psychological response. **Conclusion:** Anxiety responses shown by families through either physical or psychological response should be the center of interest for health officials so that families can play their role well in assisting patients in the end-of-life phase in hospital.

**Keywords:** anxiety, end-of-life phase, family, responses

## **PENDAHULUAN**

Fase *end of life* terjadi melalui suatu tahapan proses mulai dari penurunan kondisi fisik, psikososial, dan spiritual pasien hingga akhirnya kematian. Pasien pada kondisi tersebut akan membutuhkan perawatan yang lebih intensif, waktu perawatan yang panjang, dan obat-obatan khusus. Biaya pengobatan yang dibutuhkan pun relatif mahal, disesuaikan dengan pelayanan yang diberikan. Selain itu, pasien yang dirawat juga memiliki tingkat ketergantungan yang tinggi (Fitria, 2010; Heidenreich dkk., 2012).

Kompleksitas masalah yang dialami pasien pada fase *end of life* memberikan beban tersendiri pada keluarga yang terlibat langsung dalam perawatan karena pasien membutuhkan perawatan total selama 24 jam. Apabila stresor ini berlangsung dalam waktu yang lama, dapat memunculkan respons emosional. Respons emosional yang paling sering ditemui ialah kecemasan (McAdam, dkk., 2012).

Kecemasan yang dialami oleh keluarga dapat disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya ketidakpastian baik medis, pelaksanaan tugas, psikososial, maupun spiritual. Faktor ketidakpastian medis disebabkan selalu ada penambahan diagnosis dari dokter dan prognosis penyakit pasien yang makin memburuk. Hal-hal yang terkait faktor ketidakpastian pelaksanaan tugas di antaranya pemenuhan kebutuhan pasien, biaya perawatan, dan perencanaan lainnya. Faktor ketidakpastian psikososial terkait apa yang akan terjadi pada masa depan. Sementara itu, faktor ketidakpastian spiritual terkait makna hidup, yakni sejauh mana keluarga menemukan makna hidup selama merawat anggota keluarganya. Faktor lainnya yang juga turut berperan menyebabkan kecemasan pada keluarga ialah komunikasi yang kurang efektif antara keluarga dan perawat, misalnya dalam pemberian informasi yang dibutuhkan dan

sikap empati yang masih dirasakan kurang oleh keluarga. Selain itu, kecemasan juga menyangkut kesiapan keluarga dalam menerima kondisi pasien seperti kesiapan menerima informasi terkait prognosis pasien, kesiapan mental dalam menghadapi kondisi terburuk, dan kesiapan dalam melaksanakan perubahan peran dan tanggung jawab (Henrikson dan Arestedt, 2013; Hebert, dkk., 2009).

Studi pendahuluan pada keluarga yang mendampingi pasien pada fase *end of life* dilakukan di salah satu ruangan kritis rumah sakit di Kota Malang pada tanggal 16 Maret 2016. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan tersebut menunjukkan bahwa kecemasan yang dialami oleh keluarga umumnya disebabkan belum adanya kemampuan untuk menerima kompleksitas penyakit yang dialami oleh pasien saat ini. Selain itu, keluarga masih membutuhkan penyesuaian terhadap perubahan peran dan tanggung jawab dalam mengurus rumah tangga.

Kecemasan yang dialami keluarga dapat terlihat dari seringnya keluarga bertanya tentang penyakit yang dialami kepada perawat dan dokter meskipun sudah dijelaskan berulang kali. Selain itu, pikiran keluarga hanya ditujukan pada hal-hal yang dapat membuat pasien mendapatkan perawatan yang baik dan dapat segera pulih sehingga mereka sering mengabaikan kondisi kesehatan mereka sendiri. Pada waktu itu, keluarga sudah merasa kelelahan, kurang tidur, sakit kepala, bahkan mengalami penurunan nafsu makan. Hal tersebut tidak mereka ceritakan kepada anggota keluarga lainnya. Apabila ditanya, mereka mengatakan kondisinya baik-baik saja. Hal ini dilakukan keluarga agar dapat terus mendampingi pasien.

Pengalaman dalam merawat keluarga dengan kondisi yang sama tidak membuat keluarga dapat siap untuk menerima

kondisi pasien saat ini. Keluarga juga berusaha mencari solusi dan dukungan dari berbagai pihak dalam upaya mengurangi kecemasannya dan berharap pasien memperoleh perawatan yang terbaik. Upaya tersebut misalnya rutin berkonsultasi dengan dokter dan perawat di ruangan, juga mencari dukungan dari keluarga lainnya, baik anak-anak, saudara, maupun kerabat terkait transportasi dan bantuan biaya perawatan serta hadir menjenguk pasien setiap hari. Anggota keluarga lainnya juga turut saling bergantian dalam mendampingi pasien di rumah sakit apabila keluarga sudah terlihat kelelahan.

Berdasarkan fenomena tersebut, mendampingi orang yang dicintai dalam fase *end of life* di rumah sakit menimbulkan beban tersendiri bagi keluarga karena membawa banyak perubahan dalam sistem keluarga, baik peran, status kesehatan keluarga, maupun tanggung jawab keuangan. Segala perubahan inilah memunculkan kecemasan. Keluarga berupaya untuk mengatasi kecemasannya walaupun mengalami kendala. Tujuan dilakukannya penelitian ini ialah menggali makna dari pengalaman respons kecemasan keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life*.

## **METODE**

Metode yang digunakan dalam penelitian ini ialah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif (Afiyanti dan Rachmawati, 2014). Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Panti Waluya, Sawahan, Malang pada pertengahan Mei sampai awal Juni 2016.

Sebanyak 6 partisipan berkontribusi pada penelitian ini. Keenam partisipan tersebut dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*, yakni melakukan seleksi terhadap keluarga yang mendampingi pasien pada fase *end of life* yang telah memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti dan

peneliti tidak menemukan informasi baru atau telah tercapai saturasi data. Saturasi data tercapai pada partisipan keenam. Kriteria inklusi tersebut antara lain (1) memiliki anggota keluarga yang masuk pada fase *end of life*, yakni yang berada dalam kondisi penurunan kesadaran, menggunakan alat bantu medis, dan prognosis yang buruk sehingga pengobatan yang diberikan tidak dapat membantu sepenuhnya; (2) anggota keluarga yang dipilih ialah pasangan, orangtua, anak, saudara yang sehari-hari mendampingi pasien pada fase *end of life*; (3) anggota keluarga yang telah teridentifikasi mengalami kecemasan. Tingkat kecemasan pasien yang didapatkan dalam penelitian ialah berada pada tingkat kecemasan sedang, yakni dinilai berdasarkan perubahan respons fisiologis, kognitif, dan afektif dari partisipan yang merujuk pada pengidentifikasian tingkat kecemasan menurut Stuart (2013); (4) mengikuti perkembangan pasien sejak sebelum fase *end of life*; (5) bersedia ikut sebagai partisipan dengan menandatangani surat kesediaan menjadi partisipan; (6) dapat menceritakan pengalamannya dengan baik/kooperatif.

Proses pemilihan partisipan dilaksanakan setelah mendapatkan kelayakan etik dari komite etik dan izin penelitian dari rumah sakit. Dalam proses identifikasi partisipan, peneliti dibantu oleh kepala ruangan dan perawat yang bertugas di ruangan tersebut.

Sebagian besar partisipan dalam penelitian ini berjenis kelamin perempuan dan hanya 1 partisipan berjenis kelamin laki-laki. Pada umumnya partisipan merupakan anak dan pasangan dalam hubungan dengan pasien yang sedang dirawat. Sisanya orangtua dan saudara. Keseluruhan partisipan telah mendampingi pasien selama kurang lebih 2–4 hari sejak pasien masuk rumah sakit. Partisipan tersebut semuanya mengalami kecemasan sedang yang ditunjukkan dari perubahan respons

fisik (tidak ada nafsu makan), respons kognitif (susah berpikir), dan respons afektif (susah tidur, perasaan tidak aman). Namun, partisipan tersebut masih dapat menerima arahan dari pihak lain baik dari anggota keluarga lainnya dan petugas kesehatan. Selain itu, partisipan tampak kooperatif dan dapat menceritakan segala pengalamannya selama mendampingi pasien pada fase *end of life*. Kepada setiap partisipan dilakukan wawancara mendalam selama kurang lebih 30–60 menit.

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi. *Indepth interview* dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara yang sudah disiapkan. Observasi dilakukan dengan mengamati ekspresi partisipan seperti ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan berbagai reaksi partisipan ketika berbicara yang terkait pernyataan partisipan yang diberikan serta situasi lingkungan selama proses *indepth interview* tersebut. Selanjutnya, hasilnya akan ditulis ke dalam catatan lapangan (*field notes*).

#### **Instrumen Penelitian**

Instrumen utama dalam penelitian kualitatif ialah peneliti sendiri. Peneliti sebagai instrumen penelitian yang utama dibantu juga dengan instrumen pengumpulan data lainnya, yakni pedoman wawancara mendalam, catatan lapangan, dan *handphone* sebagai alat perekam suara.

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan *interpretive phenomenological analysis* (IPA) dari Smith, dkk. (2009). Tahapan analisis menggunakan IPA, yakni: (1) *reading and re-reading*, peneliti memindahkan data dalam bentuk audio menjadi data dalam bentuk tulisan (transkrip). Selanjutnya, hasil transkrip wawancara tersebut dibaca berulang kali untuk mengetahui makna yang terkandung yang kemudian akan dianalisis;

(2) *initial notes*, peneliti menganalisis isi/konten dari kata, kalimat yang digunakan partisipan kemudian digarisbawahi kata-kata yang penting, selanjutnya dibuat catatan mengenai alasan kata-kata tersebut dianggap penting; (3) *developing emergent themes*, peneliti mengidentifikasi munculnya tema-tema; (4) *searching for connections across emergent themes*, peneliti mencari hubungan antartema-tema yang muncul dilakukan setelah peneliti menetapkan dalam transkrip dan disusun secara kronologis; (5) *moving to the next case*, peneliti melakukan urutan analisis tahap 1–4 ke partisipan berikutnya; (6) *looking for patterns across cases*, merupakan tahap akhir dari proses analisis, yakni mencari hubungan antara tema yang muncul dari setiap partisipan dan digambarkan dalam bentuk skema dan selanjutnya keterkaitan antartema tersebut akan dianalisis.

#### **HASIL**

Penelitian ini menghasilkan tiga tema, yaitu memiliki pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien, mengalami ketidakstabilan kondisi fisik dan mengalami perasaan hati tidak tenang. Tema-tema tersebut akan dijelaskan sebagai berikut.

##### **Tema 1: Memiliki Pikiran yang Tidak Menentu tentang Kesembuhan Pasien**

Pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien tampak dari keyakinan atau pandangan yang terucap tentang tanggapan penyakit pasien sebagai sesuatu yang berbahaya, perkembangan kondisi pasien yang makin memburuk dan adanya perubahan kondisi yang begitu cepat dari sebelumnya. Selain itu, pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien juga dapat tampak ketika partisipan mempertanyakan keselamatan pasien. Tema ini disusun oleh tiga subtema, yaitu

perkiraan kondisi penyakit yang makin memburuk, pikiran yang tidak tenang, dan takut kehilangan orang yang dicintai.

Subtema pertama ialah perkiraan kondisi penyakit yang makin memburuk diungkapkan oleh partisipan dengan perubahan kondisi pasien yang mendadak tidak sadar, diagnosis medis yang terus berubah, dan pasien tidak dapat terselamatkan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut.

*"...hari Senin pagi langsung masuk... tapi Ibu udah enggak sadar...matanya kayak terbalik gitu (tidak dapat membuka mata)... sampe sekarang belum sadar mbak..masih kritis."* (p3)

*"...saya pikir bahwa struk itu penyakit yang fatal..membahayakan...pokoke mematikan karna kalo dengar-dengar orang yang struk meninggal...itu yang buat saya cemas...takut."* (p6).

Subtema kedua ialah pikiran yang tidak tenang. Hal ini diungkapkan oleh partisipan dengan memikirkan seperti apa kondisi pasien ke depannya dan mempertanyakan masa depan tanpa orang yang dicintai. Memikirkan seperti apa kondisi pasien kedepannya. Hal ini membuat partisipan tidak dapat mengambil keputusan jika dihadapkan pada pilihan alternatif pengobatan karena apabila salah memilih, dapat mengancam keselamatan pasien. Bingung merupakan satu ungkapan yang dapat menggambarkan situasi tersebut, seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini.

*"...yang pertama katanya nanti dioperasi otaknya...katanya untuk keluarkan perdarahan yang buat tersumbat di otak. Kalo enggak pake alternatif kedua yakni diobati biasa seperti sekarang ini, Mbak...saya bingung...makin cemas saya."* (p3)

Mereka mempertanyakan masa depan tanpa orang yang dicintai yang didukung oleh pernyataan partisipan berikut ini.

*"...mana lihat anak-anaknya saya jadi*

*makin sedih. Kasian mereka juga masih pada sekolah. Ada yang nomer tiga lagi ada ujian. Bagaimana dengan hari-hari ke depannya... bagaimana dengan anak-anaknya ini."* (p2)

Subtema ketiga takut kehilangan orang yang dicintai. Perasaan takut kehilangan orang yang dicintai merupakan perasaan tidak ingin ditinggalkan orang yang dicintai. Perasaan takut kehilangan orang yang dicintai tampak dalam ungkapan partisipan sebagai perasaan belum siap menerima kondisi terburuk dan pengalaman pernah kehilangan keluarga terdekat. Hal ini didukung oleh pernyataan berikut:

*"...kaget, sedih, kuatir, takut soalnya selama ini sehat-sehat saja...kolesterolnya baik, asam uratnya normal, tensi baik, gula baik, jantungnya juga sehat."* (p6)

*"...setahun yang lalu bapak saya meninggal juga gara-gara seperti ini...jadi ketika ibu dikatakan kena struk juga sok saya...."* (p4)

## **Tema 2: Mengalami Ketidakstabilan Kondisi Fisik**

Mengalami ketidakstabilan kondisi merupakan suatu respons kecemasan partisipan yang berdampak pada fisik partisipan tersebut. Pada tema ini keluarga menyatakan bahwa mereka mengalami gangguan fisik sebagai respons terhadap kecemasannya. Respons kecemasan tersebut diungkapkan oleh partisipan dengan kondisi susah tidur dan tidak ada nafsu makan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut.

*"Eenggak (tidak) ada nafsu makan...yang ada dipikiran saya cuman anak saya...saya harus nungguin terus."* (p1).

*"...apalagi soal tidur...enggak bisa (tidak dapat tidur), Mbak, takutnya ada apa-apa sama Ibu...atau dipanggil perawatnya...atau gimana...jadi enggak bisa mbak."* (p3)

## **Tema 3: Mengalami Perasaan Hati Tidak**

## **Tenang**

Perasaan hati tidak tenang merupakan suatu respons kecemasan partisipan yang dirasakan melalui adanya ketidaktenteraman hati ketika melihat perubahan kondisi pasien yang makin memburuk. Tema ini disusun oleh 1 subtema, yakni belum siap ditinggalkan oleh orang yang dicintai.

Subtema belum siap ditinggalkan oleh orang yang dicintai mempunyai arti adanya ketidaksiapan mental untuk kehilangan karena masih ingin bersama pasien. Belum siap ditinggalkan oleh orang yang dicintai diungkapkan partisipan dengan adanya kekuatiran akan kondisi pasien yang memburuk dan merasa akan kehilangan orang yang dicintai. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

*"...gimana yah di hati...yah sedih... sesak...sempat duduk sebentar saya."* (p1)

*"...enggak nyangka...begitu cepat yah... yah saya tau adek saya ni punya riwayat sering tinggi memang...justru sekarang yang enggak terlalu tinggi malah drop...benar-benar takut saya, Mbak."* (p2)

*"...dalam hati gimana yah mbak...belum bisa saya trima keadaan ibu kayak gini...yah sedih..saya takut tidak bisa bersama lagi"* (p3).

## **DISKUSI**

Kecemasan merupakan respons emosional yang paling sering ditemui pada keluarga yang mendampingi pasien selama fase *end of life*. Alasan munculnya kecemasan pada keluarga dalam penelitian ini ialah memiliki pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien. Pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien muncul saat keluarga mendengar diagnosis medis yang terus berubah, melihat perubahan kondisi yang berbeda dari sebelumnya, dan mempunyai anggapan bahwa penyakit yang dialami pasien dapat membuat pasien tersebut tidak dapat terselamatkan.

Hebert, dkk. (2009), dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa adanya diagnosis medis yang semakin kompleks dan prognosis penyakit pasien yang semakin memburuk menjadi penyebab kecemasan yang dialami keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life*. Li, dkk. (2013) juga menyatakan bahwa pada umumnya kecemasan keluarga akan meningkat seiring dengan semakin memburuknya kondisi pasien. Peningkatan kecemasan keluarga dapat berdampak pada kondisi fisiknya seperti kurang tidur, kelelahan, sakit kepala, hingga penurunan nafsu makan.

Keluarga mengalami kecemasan selama mendampingi pasien pada fase *end of life* disebabkan takut kehilangan orang yang dicintai. Keluarga pada umumnya masih ingin bersama pasien, ditunjukkan dengan perasaan belum siap menerima kondisi terburuk. Hebert, dkk. (2009) dan Henrikson & Arestedt (2013) mengungkapkan bahwa perasaan belum siap menerima kondisi terburuk merupakan bentuk kurangnya kesiapan mental keluarga dalam menghadapi situasi terburuk. Di sisi lain, keluarga belum siap menerima kondisi terburuk dapat terjadi karena keluarga pernah kehilangan anggota keluarga terdekat. McAdam, dkk. (2012) juga menyatakan hal yang sama bahwa walaupun pernah mengalami kehilangan, pernah merawat anggota keluarga lain dengan penyakit yang sama, itu tidak selalu cukup untuk mempersiapkan keluarga dalam menerima kondisi pasien, termasuk penerimaan akan kematian nantinya.

Respons kecemasan yang ditunjukkan keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life* meliputi respons fisik dan psikologis. Respons fisik ialah tidak dapat makan dan tidur, sedangkan respons psikologis ialah mengalami perasaan hati yang tidak tenang seperti sedih, takut, dan rasa bersalah. Stuart (2013) mengungkapkan bahwa seseorang yang mengalami

kecemasan akan menunjukkan perubahan pada respons fisik maupun psikologis, yakni kelelahan umum, gangguan pola tidur, tidak ada nafsu makan dan gangguan pencernaan, perasaan sedih, takut, gelisah dan rasa bersalah. Hal senada juga diungkapkan oleh Heidenreich, dkk. (2012). Keluarga yang mendampingi pasien pada fase *end of life* akan mengalami perubahan respons fisik sebagai dampak dari kecemasan yang dialaminya. Perubahan respons fisik yang dialami tersebut misalnya kelelahan umum, gangguan pola tidur, tidak ada nafsu makan, dan gangguan pencernaan. Selain itu, keluarga juga mengalami perubahan respons psikologis yang meliputi sedih, takut, marah, rasa bersalah, dan berduka.

## SIMPULAN

Kecemasan yang dialami keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life* adalah perasaan cemas akan kehilangan orang yang dicintai. Respons kecemasan yang diperlihatkan oleh keluarga baik respons fisik maupun respons psikologis hendaknya menjadi perhatian dari para petugas kesehatan sehingga keluarga tetap dapat menjalankan perannya dengan baik dalam mendampingi pasien selama berada pada fase *end of life* di rumah sakit. Dengan demikian, makna yang diperoleh dari penelitian ini ialah berada dalam kecemasan dalam mendampingi pasien pada fase *end of life*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. dan Rachmawati, I.N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Bevans, M. F., and Sternberg, E. M. (2012). "Caregiving Burden, Stress and Health Effects among Family Caregivers of Adult Cancer Patients". *JAMA*, 307 (4), 398–403.
- Brereton, L., Gardiner, C., Goff, M., Ingleton, C., Barners, S., and Carroll, C. (2011). "The Hospital Environment for end of Life Care of Older Adults and Their Families: As Integrative Review". *Journal of Advanced Nursing*, 1–13.
- Coombs, M. (2015). *A Scoping Review of Family Experience and Need during end of Life Care in Intensive Care*. John Wiley & Sons Ltd., 24–35.
- Effendy, C., Dassen, M. V., Setiyarini, S., Kristanti, M. S., Tejawinata, S., Vissers, K. *et al.* (2014). "Family Caregivers Involvement in Caring for A Hospitalized Patient with Cancer and Their Quality of Life in A Country with Strong Family Bonds". *Psychooncology*, 1-7.
- Fitria, C.N. (2010). "Palliative Care pada Penderita Penyakit Terminal". *MASTER*, 7 (1), 527–535.
- Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., and Arnold, R. M. (2009). "Preparing Family Caregivers for Death and Bereavement". *Journal of Pain & Symptom Management*, 37 (1), 3–12.
- Heidenreich, M.T., Koo, F.K., and White, K. (2012). "The Experience of Chinese Immigrant Woman in Caring for A Terminally Ill Family Member in Australia". *Elsevier Ltd.*, 21(2012), 275–285.
- Henrikson, A. and Arestedt, K. (2013). "Exploring Factors and Caregivers Outcomes Associated with Feelings of Preparedness for Caregiving in Family Caregivers in Palliative Care". *Palliative Medicine*, 27 (7), 639–646.
- Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M. *et al.* (2012). "Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients". *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 696–702.
- Li, Q.P., Loke, A.Y., and Mak, Y.W. (2013). "Spouse's Experience of Caregiving for

- Cancer Patients". *International Nursing Review*, 60(1), 178–187.
- McAdam, J., Fontaine, D.K., White, D.B., Dracup, K.A., and Puntillo, K.A. (2012). "Psychological Symptoms of Family Members of High-risk Intensive Care Unit Patients". *American Journal of Critical Care*, 21(6), 386–393.
- McKiernan, M. and McCarthy. (2010). "Family Members' Lived Experience in the Intensive Care Unit". *Elsevier*, 26 (2010), 254-261.
- Mosher, C.E., Jaynes, H.A., Hanna, N., and Ostroff, J.S. (2013). "Distress Family Caregivers of Lung Cancer Patients". *Support Care Cancer*, 21 (2), 431–437.
- Saunders, D.C. (2008). *End of Life Strategy*. London: COI for The Department of Health.
- Setiawan, E. (2016). *Kamus Besar Bahasa Indonesia Online*. KEMDIKBUD, Badan Pengembangan & Pembinaan Bahasa. <http://www.kbbi.web.id>.
- Smith, J., Flowers, P., and Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. London: SAGE Publication Ltd.
- Stajduhar, K.I., Outcalt, L., and Funk, L. (2013). "Family Caregiver Learning". *Palliative Medicine*, 27(7), 657–664.
- Streubert, H.J. and Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research in Nursing* (Fifth ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Singapore: Elsevier Inc.

## **INFORMASI BERLANGGANAN DAN PENGIRIMAN NASKAH JURNAL PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA (JPPNI)**

Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (ISSN: 2503-1376) merupakan jurnal resmi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI) ini merupakan jurnal dengan *peer-review* yang diterbitkan secara berkala setiap 4 bulan sekali (April, Agustus, Desember), berfokus pada pengembangan keperawatan di Indonesia.

Tujuan diterbitkan JPPNI adalah untuk mewujudkan keperawatan sebagai suatu profesi yang ditandai oleh kegiatan ilmiah yaitu kegiatan penelitian yang dilakukan oleh perawat di Indonesia, dikomunikasikan melalui media jurnal yang dikelola oleh organisasi profesi, dan didistribusikan ke kalangan perawat, pemangku kepentingan, dan masyarakat. Harga JPPNI per eksemplar adalah Rp 70.000,00 (tanpa biaya pengiriman).

Bagi yang berminat untuk membeli jurnal, mohon untuk dapat melakukan prosedur sebagai berikut:

1. Menghubungi JPPNI:  
Menghubungi Ibu Rizka Ayu, S.Kep, Ns. (HP: 085643674620/e-mail: rizka.ayu1591@gmail.com) dengan menginformasikan jumlah jurnal yang dipesan dan alamat pengiriman.
2. Setelah memperoleh informasi biaya pengiriman, lakukan transfer biaya pembelian jurnal dan biaya pengiriman ke:  
Nama Bank: BNI 1946  
Nama rekening: Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia  
Nomor rekening: 0437893791
3. Menginformasikan bukti transfer dengan menghubungi Ibu Rizka Ayu, S.Kep, Ns.
4. Menerima pengiriman jurnal yang dipesan.

Bagi yang berminat untuk mengirimkan naskah, mohon dapat melakukan prosedur sebagai berikut:

1. Mengirimkan naskah dengan mengikuti petunjuk panduan penulisan naskah di JPPNI.
2. Naskah dikirimkan ke alamat e-mail: dppppni@gmail.com
3. Menyertakan surat pengantar yang menginformasikan bahwa naskah yang ditulis adalah naskah dari hasil penelitian, belum dipublikasikan sebelumnya.
4. Menyertakan scanning lembar ijin etik penelitian.

Bagi yang naskahnya dimuat di JPPNI tidak dikenai biaya administrasi.

Masing-masing naskah yang dimuat di JPPNI akan diberikan 1 eksemplar jurnal yang memuat naskah tersebut dan cetak lepas sebanyak 10 eksemplar.

**FORMULIR BERLANGGANAN\*)**  
**JURNAL PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA**  
**(JPPNI)**

Sekretariat DPP PPNI  
Jl. Lenteng Agung Raya No 64, Kec. Jagakarsa, RT 006 RW 08, Jakarta Selatan  
Telp: 021 2271 0272  
*E-mail:* dppppni@gmail.com

ISSN: 2503-1376

Kepada : Pengelola JPPNI

Mohon dicatat sebagai pelanggan JPPNI dengan rincian sebagai berikut:

Nama : .....  
Instansi : .....  
Alamat : .....  
Kode Pos : .....  
No. Telp : .....  
HP/*E-mail* : .....  
Berlangganan : mulai Volume ..... Nomor ..... Bulan ..... Tahun .....  
sampai dengan  
Volume ..... Nomor ..... Bulan ..... Tahun .....

Jumlah uang yang dikirimkan sebesar:

a. Biaya langganan jurnal : Rp .....  
b. Biaya pengiriman sebesar : Rp .....  
Jumlah total Rp .....

.....,

(.....)

\*) Formulir berlangganan ini agar dikirimkan ke sekretariat DPP PPNI/Rizka Ayu via E-mail/  
pos/Whatsupp



# **PANDUAN PENULISAN NASKAH**





