

# Jurnal

## Keperawatan Klinis dan Komunitas

*Clinical and Community Nursing Journal*

**Hubungan Distres Emosional dan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia Penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Sleman**  
Reka Septiara Irawati, Heru Subekti

**Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tentang Kesehatan Reproduksi dengan Pemanfaatan PIK-KRR**  
Dias Putri Kusumastuti, Wiwin Lismidiati

***Interrater Reliability* dari Checklist OSCE Keterampilan Mencuci Tangan dan Memakai Sarung Tangan di Program Studi Ilmu Keperawatan UGM**  
Nur Fajriyah Rosyidah, Eri Yanuar Akhmad Budi Sunaryo, Totok Harjanto

**Hubungan antara Dukungan Sosial dan Aktivitas Fisik pada Kelompok Risiko Sindrom Metabolik di Wilayah Kerja Puskesmas Turi Sleman**  
Imah Nur Chasanah, Melyza Perdana

**Gejala Depresi pada Remaja Korban *Bullying*: A Scoping Review**  
Muh. Yusuf Anshori, Azam David Saifullah, Ayyu Sandhi

**Hubungan Penyesuaian Diri dengan Stres pada Narapidana Wanita di Lembaga Pemasarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta**  
Kartika Aulia Ulfah Rachmayani, Puji Sutarjo, Ibrahim Rahmat

Volume 2	Nomer 3	Halaman 125-182	November 2018	ISSN 2614-445x
-------------	------------	--------------------	------------------	-------------------

**JURNAL KEPERAWATAN KLINIS DAN KOMUNITAS**  
*Clinical and Community Nursing Journal*

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas (JK3) merupakan jurnal yang mempublikasikan hasil-hasil penelitian dalam bidang keperawatan dan kesehatan dari area klinis (RS, puskesmas), pendidikan, dan masyarakat. JK3 diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta (PSIK FK-KMK UGM). Redaksi jurnal ini berkantor di Lantai 2 Gedung Ismangoen PSIK FK-KMK UGM di Jalan Farmako Sekip Utara Yogyakarta 55281. No Telp: (0274) 545674; Fax: (0274) 631204. Email: jurnalkeperawatan.fk@ugm.ac.id.

Jurnal ini merupakan pembaharuan dari Jurnal Ilmu Keperawatan (JIK) yang sudah tidak terbit sejak tahun 2010. JIK pertama kali terbit pada tahun 2006. Hingga tahun 2009 JIK telah terbit sebanyak 4 volume atau 12 edisi dan masih berupa jurnal fisik.

Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas terbit tiga kali dalam setahun yaitu Bulan Maret, Juli dan November. Mulai terbit tahun 2017, JK3 disusun oleh kepengurusan dewan redaksi yang baru dan mulai menggunakan *Open Journal System (OJS)* di mana para penulis wajib melakukan register terlebih dahulu dan meng-upload naskah secara *online*. Melalui OJS, dewan redaksi, editor, *peer review*, penulis, pembaca dapat memantau proses naskah, pelangganpun dapat melakukan pemesanan yang dilakukan secara *online*.

Diterbitkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM Yogyakarta

**PELINDUNG DAN PENGARAH**

Dekan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM

**PEMIMPIN REDAKSI**

Sri Warsini

**ANGGOTA DEWAN REDAKSI**

Uki Noviana

**PELAKSANA**

Bayu Fandhi Achmad

Kadek Dewi Cahyani

Arif Annurrahman

**MITRA BESTARI**

Haryani, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM

Christantie Effendy, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM

Widyawati, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM

Lely Lusmilasari, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM

Syahirul Alim, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM

Intansari Nurjannah, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM

Sri Warsini, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM

Martina Sinta Kristanti, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM

Ariani Arista Putri P., Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM

Sri Setiyarini, Departemen Keperawatan Dasar dan Emergency, FK-KMK UGM  
Heny Suseani Pangastuti, Departemen Keperawatan Medikal Bedah, FK-KMK UGM  
Fitri Haryanti, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM  
Widyawati, Departemen Keperawatan Maternitas dan Anak, FK-KMK UGM  
Ema Madyaningrum, Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, FK-KMK UGM  
Ferry Effendi, Universitas Airlangga  
Agianto, Universitas Lambung Mangkurat  
Agus Setyawan, Universitas Indonesia  
Saryono, Universitas Jendral Soedirman  
Kusnanto, Universitas Airlangga  
Fitri Arofiati, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
Tantut Sutanto, Universitas Jember  
I Gede Putu Darma Suyasa, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali  
Shanti Wardaningsih, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
Sri Padma Sari, Universitas Diponegoro  
Joko Gunawan, Akedemi Keperawatan Belitung  
Eko Winarto, RSUD Banyumas  
Linlin Lindayani, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PPNI

#### **ALAMAT REDAKSI**

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan  
Keperawatan  
Universitas Gadjah Mada  
Alamat: Jl. Farmako, Sekip Utara, Yogyakarta 55281  
Telp: (0274) 545674/ Fax: (0274) 631204  
Email: [jurnalkeperawatan.fk@ugm.ac.id](mailto:jurnalkeperawatan.fk@ugm.ac.id) Website: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkkk>

**JURNAL KEPERAWATAN KLINIS DAN KOMUNITAS**  
***Clinical and Community Nursing Journal***  
Volume 2/ Nomor 3/ November/ 2018

**DAFTAR ISI**

<b>No</b>	<b>Judul</b>	<b>Hal</b>
1	Hubungan Distres Emosional dan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia Penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Sleman.....	125
2	Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tentang Kesehatan Reproduksi dengan Pemanfaatan PIK-KRR.....	135
3	<i>Interrater Reliability</i> dari <i>Checklist</i> OSCE Keterampilan Mencuci Tangan dan Memakai Sarung Tangan di Program Studi Ilmu Keperawatan UGM.....	145
4	Hubungan antara Dukungan Sosial dan Aktivitas Fisik pada Kelompok Risiko Sindrom Metabolik di Wilayah Kerja Puskesmas Turi Sleman .....	153
5	Gejala Depresi pada Remaja Korban <i>Bullying: A Scoping Review</i> .....	162
6	Hubungan Penyesuaian Diri dengan Stres pada Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta.....	173

## Hubungan Distres Emosional dan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Lansia Penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Sleman

### *The Correlation between Emotional Distress and Social Support with Quality of Life of Elderly Patients with Diabetes In Sleman Regency*

Reka Septiara Irawati<sup>1\*</sup>, Heru Subekti<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

#### ABSTRACT

**Background:** Diabetes mellitus is one of the degenerative illnesses in elderly caused by inadequate production of insulin. Diabetes mellitus need a long-term management which can lead to emotional distress and diminishing life quality. Social support is playing an important role toward diabetic management and distress coping. Diabetics patient needs social support to lower emotional distress and improve quality of life.

**Objective:** To determine the correlation between emotional distress, social support with quality of life among elderly patients with Diabetes Mellitus in Sleman Regency.

**Method:** This was a correlational study using cross sectional design. Subjects were 188 elderlies with Diabetes Mellitus in Sleman Regency, selected by purposive sampling method. Data were collected using questionnaire of Problem Area in Diabetic, social support (by Kim, Shimada, Sakano), and WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-Bref). Data was analysed using Spearman correlation.

**Results:** The Spearman Rank analysis result for emotional distress and quality of life variables is  $r=-0,289$ ,  $p=0,000$ ; and  $r=0,230$ ,  $p=0,002$  for social support and quality of life variables. While for social support and emotional distress variables the result is  $r=0,038$ ,  $p=0,605$ .

**Conclusion:** There is significant negative correlation between emotional distress and quality of life among elderly with DM; while there is positive significant correlation between social support and quality of life. However, there is no significant correlation between social support and emotional distress among elderly with DM in Sleman regency. Therefore, it was necessary to pay attention to the psychosocial aspects in providing nursing care for type 2 diabetes patient.

**Keywords:** elderly, emotional distress, social support

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** Diabetes melitus merupakan penyakit degeneratif pada lansia karena produksi insulin yang tidak adekuat. Diabetes melitus membutuhkan manajemen jangka panjang sehingga penderitanya berisiko mengalami distres emosional dan menurunkan kualitas hidup. Dukungan sosial penting dalam manajemen diabetes dan coping distres emosional. Penderita diabetes melitus memerlukan dukungan sosial untuk menurunkan distres emosional dan meningkatkan kualitas hidup.

**Tujuan:** Untuk mengetahui hubungan distres emosional dan dukungan sosial dengan kualitas hidup lansia penderita diabetes melitus di Kabupaten Sleman.

**Metode:** Penelitian *correlational* menggunakan rancangan *cross sectional* pada 188 responden lansia penderita DM di Kabupaten Sleman yang dipilih dengan metode *purposive sampling*. Data penelitian diperoleh menggunakan kuesioner *Problem Area in Diabetic* (PAID); Dukungan Sosial oleh Kim, Shimada dan Sakano; dan *WHO Quality of Life-BREF* (WHOQOL-Bref). Analisis data menggunakan uji Spearman *correlation*.

---

Corresponding Author: Reka Septiara Irawati

Krandon, Kelurahan Kwaren, Kecamatan Ngawen, Kabupaten Klaten, Jawa Tengah 57466

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

**Hasil:** Hasil analisis Spearman untuk variabel distres emosional dan kualitas hidup didapatkan nilai  $r=-0,289$ ,  $p=0,000$ ; dan  $r=0,230$ ,  $p=0,002$  untuk variabel dukungan sosial dan kualitas hidup. Sementara untuk variabel dukungan sosial dengan distres emosional nilai  $r=0,038$ ,  $p=0,605$ .

**Kesimpulan:** Terdapat hubungan yang signifikan antara distres emosional dengan kualitas hidup lansia dengan DM dengan arah negatif. Sementara ada hubungan yang signifikan dengan arah positif antara dukungan sosial dengan kualitas hidup lansia dengan DM. Namun, tidak ada hubungan yang signifikan antara distres emosional dan dukungan sosial pada lansia dengan DM di Kab Sleman. Oleh karena itu perlu diperhatikan aspek psikososial dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita DM tipe 2.

**Kata kunci:** distres emosional, dukungan sosial, lansia

## PENDAHULUAN

*World Health Organization (WHO)*<sup>1</sup> melaporkan bahwa populasi lanjut usia (lansia) mengalami perkembangan pesat dengan estimasi pada tahun 2010 jumlah lansia sekitar 524 juta dan diprediksi meningkat hingga 1,5 miliar pada tahun 2050. Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang mengalami peningkatan proyeksi populasi lansia. Persentase kelompok lansia pada tahun 2013 sebesar 8,9% dan diperkirakan meningkat menjadi 21,4% pada tahun 2050.<sup>2</sup> Survei Badan Pusat Statistik Republik Indonesia<sup>3</sup> menyatakan persentase persebaran penduduk lansia tertinggi berada di Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 13,04% dengan Umur Harapan Hidup (UHH) 73,2 tahun. Kabupaten Sleman merupakan salah satu kabupaten di D.I. Yogyakarta yang memiliki UHH 75,1 tahun dan merupakan UHH tertinggi di Indonesia.<sup>4</sup> Peningkatan UHH menyebabkan terjadinya transisi epidemiologi kesehatan yang dipengaruhi oleh jumlah angka kesakitan karena penyakit degeneratif, di antaranya penyakit Diabetes Melitus (DM).<sup>1</sup>

*International Diabetes Federation (IDF)*<sup>5</sup> mendefinisikan DM merupakan kondisi primer yang ditunjukkan dengan peningkatan kadar gula darah dan memiliki risiko komplikasi. Penelitian yang dilakukan Huang & Hung<sup>6</sup> menyatakan bahwa penderita DM berisiko memiliki komplikasi dan biaya pengobatan yang tinggi berkaitan dengan penurunan harapan hidup, bertambahnya angka morbiditas, dan berkurangnya kualitas hidup. *Diabetic distress* emosional merupakan respon emosi negatif yang timbul karena menderita DM.<sup>7</sup> Fisher *et al.*<sup>8</sup> menyatakan bahwa sebagian besar lansia penderita DM mengalami distres emosional terkait dengan penyakit dan manajemen pengobatannya. Penelitian yang dilakukan Karlsen<sup>9</sup> menyatakan bahwa distres emosional pada penderita DM lebih banyak dipengaruhi oleh variabel subjektif berupa tipe koping (21,3%) dan dukungan sosial (19,7%) daripada pengaruh indikasi klinis (5,8%).

Berdasarkan *American Diabetes Association (ADA)*<sup>10</sup> komponen pokok perencanaan tindakan manajemen Diabetes *self-management education (DSME)* adalah dukungan sosial yang berkelanjutan. Dukungan sosial merupakan bagian dari *self management* yang efektif dalam mengurangi tingkat distres emosional sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup

lansia penderita DM.<sup>11</sup> Namun, belum ada penelitian mengenai keterkaitan antara dukungan sosial, tingkat distres emosional, dan kualitas hidup lansia penderita DM. Maka dari itu, peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan antara distres emosional dan dukungan sosial terhadap kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman, D.I. Yogyakarta.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *correlational* dengan rancangan *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara distres emosional dan dukungan sosial dengan kualitas hidup lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman, D.I. Yogyakarta. Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, D.I. Yogyakarta yang terdiri dari 7 puskesmas dengan jumlah penderita Diabetes terbanyak, berdasarkan kasus DM tipe 2. Puskesmas tersebut antara lain Puskesmas Berbah, Kalasan, Tempel, Godean I, Cangkringan, Ngaglik II, dan Ngemplak I. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober 2015-Januari 2016.

Populasi dalam penelitian ini merupakan lansia penderita DM Tipe 2 di Kabupaten Sleman, D.I Yogyakarta yang berjumlah 237 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling* sesuai dengan yang dikehendaki peneliti. Hasil penghitungan besar sampel didapatkan bahwa jumlah responden minimal adalah 149 responden. Kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti adalah penderita yang telah terdiagnosis DM tipe 2, dengan usia  $\geq 60$  tahun.

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner WHO *Quality of Life*-BREF (WHOQOL-BREF), *Problem Area in Diabetic* (PAID), dan kuesioner dukungan sosial yang dikembangkan oleh Kim, Shimada, dan Sakano dalam Kodriati.<sup>12</sup> Kuesioner WHOQOL-Bref terdiri atas 26 item pertanyaan yang terbagi dalam empat dimensi: kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Nilai akumulasi dari masing-masing domain kemudian ditransformasikan dan selanjutnya dikategorikan menjadi buruk ( $<50\%$ ) dan baik ( $50-100\%$ ). Uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan dalam penelitian Sekarwiri<sup>13</sup> menyatakan bahwa *coefficient* Alpha Cronbach adalah 0,810 dan uji validitas 0,419-0,789.

Kuesioner PAID terdiri atas 18 item yang meliputi domain kurangnya dukungan, emosi negatif, dan kecemasan. Skor nilai menggunakan skala *Likert* dan berada dalam rentang dari 1-6. Total skor dalam kuesioner PAID berada dalam rentang skor 18-108. Penentuan nilai tiap-tiap kategori yaitu kategori rendah  $X < \mu - 1,0\sigma$ , kategori sedang  $(\mu - 1,0\sigma) \leq X < (\mu + 1,0\sigma)$  dan untuk kategori tinggi  $(\mu + 1,0\sigma) \leq X$ .<sup>14</sup> Hasil skoring kemudian dikategorikan dalam kategori rendah  $X < 43$ , kategori sedang  $43 \leq X < 77$  dan kategori tinggi  $X \geq 77$ . Hasil uji validitas dan reliabilitas oleh Miller dan Elasy pada instrumen PAID diperoleh hasil *Cronbach Alpha* 0,94 dan validitas item 0,690-0,970.

Kuesioner dukungan sosial diteliti menggunakan kuesioner yang dikembangkan oleh Kim, Shimada dan Sakarno dalam penelitian Kodriati<sup>12</sup> berisi 20 item pertanyaan terdiri atas domain dukungan emosional dan dukungan perilaku. Skor nilai menggunakan skala Likert yang berada dalam rentang 1-4. Penentuan nilai tiap-tiap kategori yaitu kategori rendah ( $X < \mu - 1,0\sigma$ ), kategori sedang ( $\mu - 1,0\sigma \leq X < (\mu + 1,0\sigma)$ ) dan untuk kategori tinggi ( $(\mu + 1,0\sigma) \leq X$ ).<sup>14</sup> Total skor dalam kuesioner dukungan sosial berada dalam rentang 20-80. Akumulasi dari skor tersebut selanjutnya dikategorikan dalam kategori rendah  $X < 50$ , kategori sedang  $50 \leq X < 70$  dan kategori tinggi  $X \geq 70$ . Penelitian ini memiliki *Cronbach Alpha* pada masing-masing item positif dalam rentang nilai 0,8815 – 0,9025 dan validitas pada rentang 0,0623 – 0,8129.

Setelah data terkumpul selanjutnya dilakukan analisis data menggunakan perangkat lunak komputer yang meliputi analisis univariat yang terdiri dari distribusi frekuensi karakteristik responden, distres emosional, dukungan sosial, kualitas hidup. Sementara analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dari masing-masing variabel. Berdasarkan Uji Kolmogrov-Smirnov ( $n > 50$ ) didapatkan hasil bahwa data tidak terdistribusi normal sehingga digunakan Uji Spearman Rank.<sup>15</sup>

Penelitian ini menggunakan asisten peneliti sebanyak 20 orang dengan kriteria mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Gadjah Mada yang bersedia menjadi asisten penelitian dan telah diberikan penjelasan mengenai prosedur pengambilan data penelitian. Sementara perizinan etik mendapat persetujuan pada bulan Agustus 2015 dengan nomor KE/FK/049/EC/2015. Selanjutnya peneliti mulai melakukan pengambilan data pada bulan Oktober 2015. *Ethical Clearance* dilakukan dengan pemberian *Informed consent* saat pengambilan data kepada responden.

## HASIL

Responden dalam penelitian ini adalah lansia penderita DM tipe 2 dari wilayah kerja 7 puskesmas di Kabupaten Sleman D.I. Yogyakarta, yang memenuhi kriteria inklusi. Jumlah responden secara keseluruhan adalah 190 orang. Pengambilan data dilakukan pada Oktober 2015 – Januari 2016. Dua responden dieksklusi karena tidak lengkap dalam menjawab pertanyaan sehingga jumlah responden yang dilibatkan dalam penelitian sejumlah 188 responden.

Tabel 1 menjelaskan karakteristik responden dalam penelitian ini. Mayoritas responden masuk kategori *elderly* (60-74 tahun) (87,8%) dan berjenis kelamin perempuan (58,5%). Menurut tingkat pendidikan, sebagian besar responden memiliki pendidikan SD dengan jumlah 57 responden (30,3%). Lansia yang memiliki kadar gula darah tidak normal sebanyak 106 responden (56,4%).



Berdasarkan perilaku dalam kontrol kadar gula darah, sejumlah 141 responden (75,0%) melakukan kontrol gula darah secara rutin. Sebagian besar responden penelitian ini telah menderita DM tipe 2 selama 1-5 tahun sejumlah 95 responden (50,5%).

**Tabel. 1 Karakteristik responden penelitian lansia dengan DM tipe 2 di Kabupaten Sleman, DI Yogyakarta (n=188)**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	78	41,5
Perempuan	110	58,5
<b>Usia (tahun)</b>		
60-74	165	87,8
75-90	23	12,2
<b>Tingkat pendidikan</b>		
Tidak sekolah	19	10,1
SD	57	30,3
SMP	32	17,0
SMA	50	26,6
Perguruan Tinggi	30	16,0
<b>Jenis pekerjaan</b>		
Pekerjaan non-formal	62	33,0
Pekerjaan formal	45	23,9
Tidak bekerja	81	43,1
<b>Wilayah puskesmas</b>		
Cangkringan	26	13,8
Ngemplak I	35	18,6
Tempel	13	7,0
Kalasan	15	8,0
Ngaglik II	17	9,0
Godean I	21	11,2
Berbah	61	32,4
<b>Kadar gula darah</b>		
Normal	82	56,4
Tidak normal	106	43,6
<b>Kontrol gula darah</b>		
Kontrol darah teratur	141	75,0
Kontrol darah tidak teratur	44	23,4
Kontrol Urine tidak teratur	3	1,6
<b>Lama menderita DM</b>		
<1 tahun	9	4,8
1-5 tahun	95	50,5
6-10 tahun	40	21,3
≥10 tahun	44	23,4

**Tabel 2. Hasil analisis univariat antar variabel pada lansia dengan DM tipe 2 di Kabupaten Sleman Oktober 2015-Januari 2016 (n=188)**

Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Distres emosional</b>		
Rendah (< 43)	153	81,4
Sedang (43-76)	35	18,6
<b>Dukungan sosial</b>		
Rendah (< 50)	26	13,8
Sedang (50-59)	154	81,9
Tinggi (≥70)	8	4,3
<b>Kualitas hidup</b>		
Buruk (<50%)	36	19,1
Baik (50-100%)	152	80,9

Berdasarkan Tabel 2, sebagian besar responden penelitian memiliki distres emosional rendah. Dukungan sosial sedang sejumlah 154 responden (81,9%). Sebagian besar lansia penderita DM tipe 2 yang menjadi responden penelitian memiliki kualitas hidup dalam kategori baik sejumlah 152 responden (80,9%).

**Tabel 3. Analisis bivariat antar variabel pada lansia dengan DM tipe 2 di Kabupaten Sleman Oktober 2015 - Januari 2016 (n=188)**

Variabel	r	p
Distres emosional Kualitas hidup	-0,289	0,000*
Dukungan sosial Kualitas hidup	0,230	0,002*
Dukungan sosial Dukungan emosional	0,038	0,605

Uji korelasi yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara distres emosional dengan kualitas hidup lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman menggunakan Uji *Spearman Correlation*. Nilai signifikansi untuk korelasi distres emosional dengan kualitas hidup  $p=0,000$  sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara distres emosional dengan kualitas hidup pada responden lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman. Koefisien korelasi ( $r=-0,289$ ) pada uji distres emosional dan kualitas hidup mempunyai arah negatif dengan kekuatan korelasi lemah. Hal tersebut berarti, semakin tinggi tingkat distres emosional, maka kualitas hidup lansia semakin rendah.

Uji korelasi dukungan sosial dengan kualitas hidup memiliki nilai signifikansi ( $p = 0,002$ ) sehingga disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada responden lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman. Berdasarkan Tabel 3, koefisien korelasi ( $r=0,230$ ) pada uji dukungan sosial dan kualitas hidup, mempunyai arah positif dengan kekuatan korelasi lemah. Hal tersebut berarti, semakin tinggi tingkat dukungan sosial, maka kualitas hidup lansia semakin baik.

Sementara nilai signifikansi korelasi distres emosional dengan dukungan sosial  $p=0,605$  sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara distres emosional dengan dukungan sosial pada responden lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman.

## PEMBAHASAN

Pada penelitian ini sebagian besar lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman memiliki tingkat distres emosional dalam kategori rendah. Penelitian ini menunjukkan hasil distres emosional dalam kategori rendah memiliki proporsi lebih besar jika dibandingkan penelitian yang dilakukan oleh Islam *et al.*<sup>16</sup> yang menyatakan bahwa pasien penderita DM Tipe 2 di Dhaka, Bangladesh memiliki tingkat distres emosional rendah sebanyak 85 responden (51,5%), tingkat distres emosional sedang sebanyak 43 responden (26,1%) dan tingkat distres emosional tinggi sebanyak 37 responden (22,4%) dari 165 responden. Tingkat

distres yang rendah dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pemahaman yang lebih baik dalam manajemen diabetes.<sup>17</sup> Tingkat distres yang rendah juga berkaitan dengan dukungan keluarga atau pasangan hidup, berhubungan dengan penerapan diet, medikasi, dan gaya hidup.<sup>18</sup> Penelitian Wang *et al.*<sup>19</sup> menyatakan bahwa distres emosional yang rendah pada penderita DM tipe 2 menunjukkan perilaku perawatan diri yang lebih baik.

Penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat dukungan sosial yang diterima mayoritas responden dalam kategori sedang. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusumawardani<sup>20</sup> bahwa dukungan sosial yang dimiliki oleh penderita DM tipe 2 di Yogyakarta sebagian besar berada dalam kategori sedang yaitu sebanyak 98 responden (63,6%), dukungan sosial dalam kategori rendah 3 responden (1,9%), dan dukungan sosial tinggi 53 responden (34,4%), dari keseluruhan 154 responden. Dukungan sosial yang adekuat dapat membantu penderita DM tipe 2 meningkatkan keyakinan perawatan diri dan mencegah munculnya stres.<sup>21</sup> Sementara dalam penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati *et al.*<sup>22</sup> menyatakan bahwa dukungan sosial dapat meningkatkan kemampuan adaptif dan kognitif sehingga menurunkan risiko komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup.

Hasil penelitian pada penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman menunjukkan kualitas hidup baik pada responden (80,9%). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Masfufah<sup>23</sup> bahwa sebagian besar responden 35 orang (97,2%) memiliki kualitas hidup baik dan 1 orang (2,8%) responden memiliki kualitas hidup buruk dari total 36 penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Kota Makassar. Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi baik atau buruknya kualitas hidup yang terbagi dalam faktor demografi meliputi usia, jenis kelamin, status ekonomi, faktor lamanya menderita DM tipe 2, serta faktor psikososial.<sup>24</sup> Kualitas hidup yang baik secara signifikan memengaruhi manajemen diabetes, kontrol gula darah, dan mencegah munculnya komplikasi baik secara fisik maupun psikologis.<sup>25</sup>

Penelitian ini menunjukkan hubungan yang signifikan antara tingkat distres emosional dengan kualitas hidup lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman. Hubungan tersebut bersifat negatif dan lemah, yang berarti semakin rendah distres emosional yang dialami, maka akan semakin tinggi kualitas hidup yang dimiliki. DM menjadi salah satu penyakit kronis yang membutuhkan perhatian dari aspek psikologis dan manajemen psikososial, untuk mengupayakan derajat kualitas hidup yang optimal.<sup>11</sup> Tindakan perawatan psikososial minimal yang dilakukan tenaga kesehatan dapat mengurangi gejala depresi dan meningkatkan kualitas hidup penderita DM tipe 2.<sup>26</sup>

Terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada lansia penderita DM tipe 2 di Puskesmas di Kabupaten Sleman yang bersifat positif dan lemah. Hal tersebut berarti semakin tinggi tingkat dukungan sosial yang diterima, maka kualitas hidup semakin tinggi. Dukungan sosial memiliki peran yang penting bagi pasien lansia khususnya berkaitan

dengan upaya peningkatan kualitas hidup dan menurunkan distres emosional.<sup>27</sup> Dukungan sosial yang adekuat dapat berkontribusi pada penyesuaian diri, berkurangnya rasa ketidakpastian, dan kontrol kadar gula darah yang lebih baik sehingga kualitas hidup dapat meningkat.

Tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dan distres emosional pada lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman. Pada penelitian ini tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial dan distres dapat disebabkan karena dukungan sosial tidak berpengaruh secara langsung terhadap distres emosional yang dialami oleh penderita DM tipe 2. Hal ini didukung oleh Kim, Shimada, dan Sakano dalam Kodriati<sup>12</sup> yang menyatakan bahwa dukungan sosial tidak dapat memengaruhi respons stres secara langsung. Hal tersebut tidak berarti bahwa dukungan dari keluarga maupun teman tidak berpengaruh, melainkan dukungan yang diterima lebih kepada bentuk dukungan emosional.<sup>28</sup>

Tingkat distres yang dimiliki sebagian besar responden penelitian juga menunjukkan kategori rendah. Hal ini mungkin dapat menjelaskan mengapa dukungan sosial tidak menunjukkan hubungan dengan distres. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Setyorini<sup>29</sup> bahwa sebagian besar responden penelitian mengalami kecemasan sehingga manfaat dukungan sosial tidak terdeteksi. Selain itu dimungkinkan bahwa responden penelitian memiliki religiusitas tinggi yang berhubungan dengan kemampuan menerima dan akomodasi stresor.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Secara keseluruhan distres emosional pada lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman masuk dalam kategori rendah, dukungan sosial yang diterima dalam kategori sedang dan kualitas hidup secara umum dalam kategori baik. Untuk korelasi antar variabel, terdapat hubungan negatif dan lemah antara distres emosional dengan kualitas hidup, terdapat hubungan positif dan lemah antara dukungan sosial dengan kualitas hidup, dan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan distres emosional pada lansia penderita DM tipe 2 di Kabupaten Sleman.

Manajemen DM perlu memperhatikan aspek psikososial khususnya dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada lansia penderita DM tipe 2 untuk dapat mengurangi tingkat distres emosional, mengoptimalkan pemberian dukungan sosial, dan meningkatkan derajat kualitas hidup. Pada penelitian selanjutnya, mungkin dapat diteliti mengenai faktor-faktor yang memengaruhi distres emosional, dukungan sosial, dan kualitas hidup pada penderita diabetes melitus.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Peneliti juga menyampaikan terima kasih kepada kepala desa, kepala dukuh, para kader posyandu lansia yang membantu selama proses penelitian. Tidak lupa kepada asisten peneliti yang telah mendukung terlaksananya penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. World Health Statistics 2011. WHO Library Cat Data. 2011.
2. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Situasi dan Analisis Lanjut Usia. Jakarta: Erlangga; 2014.
3. Badan Pusat Statistik RI. Survei Ekonomi Nasional. Jakarta; 2012.
4. Dinas Kesehatan D.I. Yogyakarta. Profil Kesehatan Provinsi D.I. Yogyakarta. Yogyakarta: 2011.
5. International Diabetes Federation. Managing Older People with Type 2 Diabetes. Brussels; 2014.
6. Huang MC, Hung CH. Quality of Life and Its Predictors for Middle-Aged and Elderly Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *J Nurs Res.* 2007;
7. Polonsky WH, Fisher L, Earles J, Dudl RJ, Lees J, Mullan J, et al. Assessing Psychosocial Distress in Diabetes: Development of The Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care.* 2005 Mar; 28(3): 626–31.
8. Fisher L, Glasgow RE, Mullan JT, Skaff MM, Polonsky WH. Development of A Brief Diabetes Distress Screening Instrument. *Ann Fam Med.* 2008;6(3):246–52.
9. Karlsen B, Oftedal B, Bru E. The Relationship between Clinical Indicators, Coping Styles, Perceived Support and Diabetes-Related Distress among Adults with Type 2 Diabetes. *J Adv Nurs.* 2012;68(2):391–401.
10. Statement P. Standards of Medical Care in Diabetes - 2007. *Diabetes Care.* 2007;30 (SUPPL. 1).
11. Lamers F, Jonkers CCM, Bosma H, Knottnerus JA, van Eijk JTM. Treating Depression in Diabetes Patients: Does a Nurse-Administered Minimal Psychological Intervention Affect Diabetes-Specific Quality of Life and Glycaemic Control? A Randomized Controlled Trial. *J Adv Nurs.* 2011;67(4):788–99.
12. Kodriati N. Pengaruh Dukungan Sosial terhadap Stres Psikologis pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Yogyakarta, Indonesia dan Kobe, Jepang. [Skripsi]. Yogyakarta. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada; 2004.
13. Sekarwiri E. Hubungan Antara Kualitas Hidup dengan Sense of Community pada Warga DKI Jakarta. [Skripsi]. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia; 2008.
14. Azwar S. Penyusunan Skala Psikologi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2015.
15. Dahlan S. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan (6th Ed). Jakarta: Epidemiologi Indonesia; 2014.
16. Islam M, Karim M, Habib S, Yesmin K. Diabetes Distress among Type 2 Diabetic Patients. *Int J Med Biomed Res.* 2013;
17. Michael, J., Amit, B., Anka A. Distress Tolerance Theory, Research, and Clinical Applications. New York: The Guilford Press; 2011.
18. Franks MM, Lucas T, Stephens MAP, Rook KS, Gonzalez R. Diabetes Distress and Depressive Symptoms: A Dyadic Investigation of Older Patients and Their Spouses. *Fam Relat.* 2010;
19. Wang RH, Wu LC, Hsu HY. A Path Model of Health-Related Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients: A Cross-Sectional Study in Taiwan. *J Adv Nurs.* 2011;
20. Kusumawardani I. Hubungan Dukungan Sosial dengan Distres Emosional pada Penderita Diabetes Melitus di Yogyakarta. [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2008.
21. Antari, A., Rasdini, I. TG. Besar Pengaruh Dukungan Sosial terhadap Kualitas Hidup pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Nterna RSUP Sanglah. [Skripsi]. Bali: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana; 2012.
22. Rahmawati, F., Setiawati, P., Solehati T. Pengaruh Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. Makassar: Universitas Hasanuddin; 2014.
23. Masfufah. Pengetahuan, Kadar Glukosa Darah Puasa dan Kualitas Hidup pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Rawat Jalan di Wilayah Puskesmas Kota Makassar. [Skripsi]. Makassar: Universitas Hasanuddin; 2014.
24. Ichtianto N. Evaluasi Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Rawat Jalan di RSUD Sleman Yogyakarta. [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2008.

25. Georgios Lyrakos N, Hatziagelaki E, Damigos D, Athanasia Papazafiropoulou K, Bousboulas S, Batistaki C. Predictors of Health-Related Quality of Life in Diabetic Neuropathy Type II Diabetic Patients in Greece. *Heal Sci J*. 2013;
26. Demirci H, Cinar Y, Bayram N, Bilgel N. Quality of Life in Type II Diabetic Patients in Primary Health Care. *Dan Med J*. 2012;
27. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Durán-Muñoz CA, Flores YN, Salmerón J. Relationship between Social Support and The Physical and Mental Wellbeing of Older Mexican Adults with Diabetes. *Rev Investig Clin*. 2009; 61(5): 383–91.
28. Sari W. Pengaruh Beban Kerja dan Hubungan Dukungan Sosial Keluarga terhadap Stres Mahasiswa. [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2007.
29. Setyorini D. Korelasi antara Dukungan Sosial dengan Kecemasan pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam RSUP dr. Sardjito Daerah Istimewa Yogyakarta. [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2014.

## Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tentang Kesehatan Reproduksi dengan Pemanfaatan PIK-KRR

### *The Correlation between Knowledge and Attitude on Reproductive Health with Utilization of PIK-KRR*

Dias Putri Kusumastuti<sup>1</sup>, Wiwin Lismidiati<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Rumah Sakit Ortopedi Dr. Soeharso, Surakarta

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

#### ABSTRACT

**Background:** Adolescents are vulnerable to reproductive health problems. National Family Planning Coordinating Board (or Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional/BKKBN in Bahasa Indonesia's term), as government agency, has implemented reproductive health services program called Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) in certain schools. The problem was there are differences in the utilization of PIK-KRR in some areas in Indonesia. Knowledge about reproductive health and attitude on the program were some factors that may cause the differences in utilization of PIK-KRR.

**Objective:** To identify the correlation between knowledge and attitude on reproductive health with the utilization of the PIK-KRR.

**Methods:** It was a non-experimental study using cross sectional approach. Sample of the research were 157 students among XI and XII grader of public high school 1 Srandakan. The research variables were knowledge about reproductive health, attitude on reproductive health, and PIK-KRR utilization. This research used total sampling technique and data were analysed using univariate and bivariate analysis. Fisher and Chi-Square test were used for bivariate analysis.

**Results:** Respondents in this study were 143 of 157 students in XI and XII (91,07%). The result of the analysis showed that there were 95,1% of the respondents with a high level of knowledge about reproductive health, 53,1% of respondents had the positive attitude to the reproductive health, and the utilization of PIK-KRR was in a high category (48,2%). There was a significant correlation between reproductive health knowledge and the utilization of PIK-KRR ( $p= 0,002$ ) and between the attitude of reproductive health with PIK-KRR ( $p= 0,006$ ).

**Conclusion:** There was a correlation between knowledge about reproductive health and attitude on it with the utilization of PIK-KRR.

**Keywords:** adolescent, attitude, knowledge, reproductive health

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** Masa remaja memerlukan perhatian serius karena rentan terjadi permasalahan kesehatan reproduksi. Pemerintah melalui Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) telah melaksanakan program kesehatan reproduksi bernama Pusat Informasi Kesehatan Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) di sekolah. Masalah yang dihadapi yaitu adanya perbedaan pemanfaatan PIK-KRR di beberapa wilayah Indonesia. Banyak faktor yang memengaruhi pemanfaatan PIK-KRR, antara lain pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi.

**Tujuan:** Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental dengan rancangan studi *cross sectional*. Teknik pengumpulan data menggunakan *total sampling*. Sampel penelitian sebanyak 157 siswa SMA kelas XI dan XII. Variabel yang diteliti adalah pengetahuan, sikap tentang kesehatan reproduksi, dan pemanfaatan PIK-KRR. Analisis data terdiri dari analisis univariat dan bivariat. Analisis bivariat menggunakan Uji *Fisher* dan Uji *Chi-Square*.

---

Corresponding Author: **Wiwin Lismidiati**

Gedung Ismangoen, Kompleks FKMK UGM, Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: [wien\\_ugm@yahoo.com](mailto:wien_ugm@yahoo.com)

**Hasil:** Responden dalam penelitian ini adalah 143 responden dari 157 siswa kelas XI dan XII (91,07%). Hasil analisis menunjukkan bahwa remaja dengan tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dalam kategori tinggi sebanyak 136 orang (95,1%), remaja yang memiliki sikap positif terhadap kesehatan reproduksi sebanyak 76 orang (53,1%), tingkat pemanfaatan PIK-KRR dalam kategori tinggi sebanyak 69 orang (48,2%). Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR ( $p=0,002$ ) dan sikap tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR ( $p=0,006$ ).

**Kesimpulan:** Pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi berhubungan dengan pemanfaatan PIK-KRR.

**Kata kunci:** kesehatan reproduksi, pengetahuan, sikap, remaja

## PENDAHULUAN

Remaja adalah penduduk berusia 10-19 tahun yang mengalami perubahan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan.<sup>1</sup> Data demografi menunjukkan remaja memiliki populasi yang besar di dunia.<sup>2</sup> Populasi remaja yang besar akan memengaruhi pembangunan di masa kini maupun di masa yang akan datang, sehingga populasi remaja membutuhkan perhatian serius.<sup>3</sup>

Remaja membutuhkan perhatian serius karena rentan terjadi berbagai permasalahan, seperti masalah-masalah seksual pranikah, Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA), dan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) atau *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS).<sup>4</sup> Sebanyak 11,5% remaja yang belum menikah, baik laki-laki maupun perempuan pernah melakukan hubungan seksual.<sup>5</sup> Salah satu penyebab tingginya perilaku seksual pada remaja adalah paparan sumber informasi yang kurang tepat.<sup>6</sup>

Pemerintah melalui Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) telah melaksanakan suatu program bernama Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman, sikap, dan perilaku positif remaja tentang kesehatan reproduksi.<sup>4</sup> Fasilitas yang disediakan berupa pelayanan kesehatan, harus dapat diterima di komunitas dan mampu memenuhi permintaan generasi saat ini, sehingga akan mendorong seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan reproduksi.<sup>7</sup>

Pemanfaatan PIK-KRR di beberapa wilayah di Indonesia masih bervariasi. Remaja di Provinsi Lampung (47%), Sumatera Barat (46%), Papua Barat (46%) pernah terpapar informasi mengenai PIK-KRR ini dan dapat memanfaatkan PIK-KRR. Namun, masih ada persentase pemanfaatan PIK-KRR yang rendah yaitu dijumpai di Kalimantan Selatan.<sup>8</sup>

Salah satu faktor yang memengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi adalah pengetahuan.<sup>9</sup> Faktor lain yang mendorong seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan selain pengetahuan adalah sikap.<sup>10</sup> Remaja yang memiliki pengetahuan kurang, cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan reproduksi.<sup>11</sup> Remaja yang memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang tinggi, cenderung memanfaatkan pelayanan



kesehatan reproduksi.<sup>12,13</sup> Sementara dari beberapa penelitian lain terdapat hasil yang berbeda terkait pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi. Adanya perbedaan hasil penelitian tersebut membuat peneliti tertarik untuk meneliti hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi remaja dengan pemanfaatan PIK-KRR di SMA N 1 Srandakan.

Tujuan umum dari penelitian adalah untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR. Tujuan khusus adalah untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap tentang kesehatan reproduksi, dan pemanfaatan PIK-KRR di SMA N 1 Srandakan.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis non-eksperimental dengan rancangan studi *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di SMA Negeri 1 Srandakan. Populasi dalam penelitian ini adalah siswa kelas XI dan XII di SMA N 1 Srandakan dengan jumlah 157 siswa. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*. Besar sampel yang dilibatkan sebanyak 157, namun sebanyak 14 siswa tidak memenuhi kriteria penelitian, sehingga subjek yang dilibatkan hanya 143 siswa. Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi: 1) siswa kelas XI dan XII di SMA N 1 Srandakan; 2) pernah mendapatkan program PIK-KRR di sekolah; 3) bersedia menjadi responden penelitian; 3) tidak berperan sebagai pendidik atau konselor sebaya. Kriteria eksklusi penelitian yaitu tidak hadir saat pengambilan data.

Pengumpulan data dilakukan melalui lembar kuesioner karakteristik responden, kuesioner skala pemanfaatan PIK-KRR oleh Hernaningrum,<sup>10</sup> serta kuesioner pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi oleh Ritonga.<sup>11</sup> Pemanfaatan PIK-KRR menggunakan skala pemanfaatan yang disusun oleh Hermaningrum yang terdiri dari 22 *item* pertanyaan dengan jawaban ya (skor 1) dan tidak (skor 0). Semakin tinggi nilai yang diperoleh responden, artinya semakin baik juga pemanfaatan PIK-KRR oleh responden. Nilai pemanfaatan PIK-KRR dikategorikan menjadi 1-7 (kurang), 8-14 (cukup), dan 15-22 (tinggi).

Pengetahuan diukur menggunakan skala pengukuran yang disusun oleh Ritonga.<sup>11</sup> Skala pengetahuan terdiri dari 24 *item* pertanyaan dengan jawaban benar (skor 1) dan salah (skor 0). Semakin tinggi nilai yang diperoleh responden, maka artinya semakin tinggi juga pengetahuan responden tersebut. Nilai pengetahuan dikategorikan menjadi rendah (0-12) dan tinggi (13-24).

Sementara, terdapat 20 *item* pertanyaan untuk mengukur sikap. Kategori nilai total kuesioner sikap dimodifikasi oleh peneliti, pada awalnya setuju (16-20) dan tidak setuju (0-15), kemudian dimodifikasi menjadi positif (16-20) dan negatif (0-15), agar tidak ada persamaan istilah pada kuesioner dan parameter sikap, sehingga akan mempermudah pembaca memahami hasil penelitian.

Kuesioner pemanfaatan PIK-KRR telah dilakukan uji validitas oleh Hernaningrum<sup>10</sup> pada setiap *item* pertanyaan atau pernyataan dengan nilai *r* hitung lebih tinggi dari nilai *r* tabel dan telah dilakukan uji reliabilitas dengan skor koefisien *alfa* sebesar 0,906. Kuesioner pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi telah dilakukan uji validitas oleh Ritonga<sup>11</sup> di Purworejo, pada setiap *item* pertanyaan atau pernyataan dengan nilai *r* hitung lebih tinggi dari nilai *r* tabel dan telah dilakukan uji reliabilitas dengan skor koefisien *alfa* sebesar 0,870 untuk kuesioner pengetahuan dan 0,853 untuk kuesioner sikap.

Analisis data berupa analisis univariat dan bivariat. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Uji *Chi-Square* digunakan untuk mengetahui hubungan antara sikap tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR. Uji *Fisher* digunakan untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR karena tidak memenuhi syarat untuk menggunakan uji *Chi-square*.

Penelitian ini merupakan bagian dari penelitian payung utama yang berjudul "Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan *Peer Education* dan Media *Booklet* terhadap Pengetahuan dan Sikap tentang Kesehatan Reproduksi Remaja pada Siswa SMA di Kabupaten Bantul". Penelitian ini dilaksanakan setelah mendapatkan *ethical clearance* dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada No.KE/FK/263/EC/2015 tertanggal 13 Oktober 2015. Responden yang terlibat dalam penelitian ini adalah remaja sehingga diberikan *informed consent* yang ditandatangani oleh siswa yang bersangkutan dan orangtua/wali siswa sebagai persetujuan keikutsertaan siswa menjadi responden.

## HASIL

Karakteristik responden yang terlibat pada penelitian ini, dijelaskan secara lengkap dan detail pada tabel 1. Berdasarkan tabel 1, responden yang diteliti adalah siswa kelas XI dan XII dengan persentase yang hampir sama. Sebanyak 70 (49,0%) responden yang terlibat dalam penelitian ini berusia 17 tahun. Jumlah responden perempuan (61,5%) lebih banyak dibandingkan dengan jumlah responden laki-laki. Sebagian besar remaja (86,0%) pada penelitian ini tinggal serumah dengan orang tuanya dan sebanyak 119 responden (83,2%).

Tabel 2 menunjukkan sumber informasi kesehatan reproduksi pada responden. Responden sudah pernah mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi. Sementara informasi kesehatan reproduksi yang diberikan oleh guru 117 responden (81,8%) memperoleh persentase tertinggi.

Tabel 1. Karakteristik responden (n= 143)

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Pendidikan (kelas)</b>		
XI	79	55,2
XII	64	44,8
<b>Umur (tahun)</b>		
15	1	0,7
16	43	30,0
17	70	9,0
18	22	15,4
19	7	4,9
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	55	38,5
Perempuan	88	61,5
<b>Keluarga yang tinggal serumah</b>		
Orang tua	123	86,0
Budhe	4	2,8
Kos	1	0,7
Nenek	8	5,6
Paman	1	0,7
Saudara	2	1,4
Tante	1	0,7
Tidak ada keterangan	3	2,1

Tabel 2. Sumber informasi kesehatan reproduksi (n= 143)

Sumber informasi	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Informasi kesehatan reproduksi yang pernah diperoleh:</b>		
Masa pubertas	119	83,2
Infeksi Menular Seksual (IMS)	96	67,1
Kehamilan tidak diinginkan	96	67,1
Aborsi	60	42,0
Lainnya	10	3,5
<b>Sumber informasi kesehatan reproduksi:</b>		
Teman sebaya	61	42,7
Guru	117	81,8
Orang tua	52	36,4
Petugas kesehatan	78	54,5
Majalah/ koran	31	21,7
Televisi	55	38,5
Radio	8	5,6
Internet	79	55,2
Lainnya	5	3,5

Tabel 3 menampilkan hasil bahwa siswa SMAN 1 Srandakan sebagian besar sudah terpapar informasi kesehatan reproduksi. Sementara pada *item* pengetahuan menunjukkan hasil bahwa sebagian besar pengetahuan responden tentang kesehatan reproduksi dalam kategori tinggi (95,1%). Sebagian besar responden (53,1%) memiliki sikap positif terhadap kesehatan reproduksi. Sebanyak 69 (48,2%) responden memanfaatkan PIK-KRR di sekolah.

**Tabel 3. Tingkat paparan sumber informasi, pengetahuan, sikap dan pemanfaatan PIK-KRR pada kesehatan reproduksi remaja (n= 143)**

Indikator	Frekuensi (f)	Presentase (%)
<b>Sumber Informasi</b>		
Terpapar	105	73,4
Tidak terpapar	38	26,6
<b>Pengetahuan</b>		
Tinggi (13-24)	13	95,1
Rendah (0-12)	7	4,9
<b>Sikap</b>		
Positif (16-20)	7	53,1
Negatif (0-15)	67	46,9
<b>Pemanfaatan PIK-KRR</b>		
Tinggi (15-22)	69	48,2
Cukup (8-14)	59	41,3
Kurang (1-7)	15	10,5

Hubungan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan tingkat pemanfaatan PIK-KRR ditampilkan pada Tabel 4. Berdasarkan Tabel 4 dapat dilihat bahwa nilai  $p = 0,002$  ( $p < 0,05$ ) dari uji statistik *Fisher* sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR di SMA N 1 Srandakan.

**Tabel 4. Hubungan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR di SMA N 1 Srandakan 2015 (n= 143)**

Tingkat Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi	Tingkat Pemanfaatan PIK-KRR		Total	Nilai $p$
	Tinggi (15-22)+Cukup (8-14) f (%)	Kurang (1-7) f (%)		
Tinggi (13-24)	125(87,4)	11(7,7)	136 (95,1)	0,002*
Rendah (0-12)	3(2,1)	4(2,8)	7(4,9)	

\* = Signifikansi ( $p < 0,05$ )

Hasil analisis bivariat dengan Uji *Chi-Square* terkait hubungan sikap tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR tercantum dalam Tabel 5. Pada Tabel 5 dapat dilihat bahwa  $p = 0,006$  ( $p < 0,05$ ), sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara sikap tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR di SMA N 1 Srandakan.

**Tabel 5. Hubungan Sikap tentang Kesehatan Reproduksi dengan Pemanfaatan PIK-KRR di SMA N 1 Srandakan 2015 (n= 143)**

Tingkat Sikap tentang Kesehatan Reproduksi	Tingkat Pemanfaatan PIK-KRR			Total	Nilai $p$
	Tinggi (15-22) n (%)	Cukup (8-14) n (%)	Kurang (1-7) n (%)		
Setuju (16-20)	44 (30,8)	29 (20,3)	3 (2,1)	76 (53,1)	*0,006
Tidak setuju (0-15)	25 (17,5)	30 (21,0)	12 (8,4)	67 (45,9)	

\*Signifikansi ( $p < 0,05$ )

## PEMBAHASAN

Pengetahuan yang tinggi tentang kesehatan reproduksi pada penelitian ini sejalan dengan tujuan umum PIK-KRR yaitu untuk meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi.<sup>14</sup> Hal ini berarti bahwa sekolah tersebut mampu mencapai salah satu

tujuan PIK-KRR. WHO membentuk sekolah berbasis kesehatan reproduksi untuk meningkatkan pengetahuan remaja.<sup>15</sup> Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mengatakan bahwa pelayanan kesehatan reproduksi akan lebih berhasil jika melibatkan sekolah, mengingat sebagian besar waktu remaja berada di sekolah.<sup>16</sup> Hasil penelitian tentang tingginya pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi sejalan dengan penelitian lain, yang menunjukkan sebagian besar remaja mempunyai tingkat pengetahuan tinggi tentang kesehatan reproduksi.<sup>17,18</sup>

Tingginya sikap positif tentang kesehatan reproduksi pada penelitian ini sejalan dengan tujuan PIK-KRR yaitu untuk meningkatkan sikap remaja tentang kesehatan reproduksi.<sup>14</sup> Kondisi di atas menjelaskan bahwa SMA N 1 Srandakan telah mampu mencapai salah satu tujuan PIK-KRR. Hasil penelitian di atas sejalan dengan penelitian sebelumnya, yakni sikap remaja di sekolah yang memiliki PIK-KRR termasuk dalam kategori baik.<sup>18-21</sup> Sekolah mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap karena meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu.<sup>22</sup> Sekolah yang menyediakan program kesehatan reproduksi akan mendorong pembentukan sikap dan praktek perilaku tentang kesehatan reproduksi karena sekolah merupakan institusi primer yang mampu menjangkau siswanya.<sup>15</sup>

Sebagian responden memanfaatkan PIK-KRR pada kategori tinggi. Namun, jumlah responden dengan pemanfaatan PIK-KRR dalam kategori tinggi, masih di bawah setengah jumlah responden. Beberapa hambatan remaja dalam memanfaatkan pelayanan dasar yaitu ketersediaan fasilitas dan waktu buka layanan yang tidak sesuai.<sup>23</sup> Sebagian remaja pada penelitian ini menganggap fasilitas PIK-KRR masih kurang lengkap, seperti fasilitas perpustakaan yang masih membutuhkan tambahan buku. Waktu istirahat yang singkat juga memungkinkan pemanfaatan PIK-KRR tidak optimal. Hanya sebagian kecil remaja pada penelitian ini datang ke PIK-KRR untuk berkonsultasi ketika mengalami masalah. Salah satu faktor penghambat dalam pemanfaatan program pelayanan adalah kurangnya kepercayaan tentang terjaminnya kerahasiaan terhadap masalah yang mereka sampaikan.<sup>8,21</sup> Hanya sebagian kecil remaja pada penelitian yang sudah merasa yakin bahwa kerahasiaan akan terjamin, sehingga memungkinkan pemanfaatan fasilitas layanan konseling rendah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori pertama Anderson bahwa pengetahuan merupakan faktor predisposisi yang dapat memengaruhi persepsi dan perilaku individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.<sup>10</sup> Hasil penelitian ini juga sejalan dengan teori *Planned Behavior*, faktor predisposisi perilaku terwujud dalam pengetahuan yang nantinya akan menumbuhkan motivasi untuk melaksanakan perilaku, dalam hal ini yaitu pemanfaatan PIK-KRR.<sup>24</sup>

Pada penelitian ini ditemukan adanya remaja yang memiliki pengetahuan tinggi tentang kesehatan reproduksi tetapi kurang memanfaatkan PIK-KRR. Sebagian remaja yang memiliki pengetahuan tinggi, tetapi tidak memanfaatkan PIK-KRR karena rendahnya minat, kurang

privasi, serta anggapan belum memerlukan pelayanan.<sup>4,25</sup> Hal ini sejalan dengan pendapat sebelumnya bahwa adanya pengetahuan yang cukup akan memotivasi individu untuk berperilaku sehat, tetapi kenyataannya pengetahuan saja tidak cukup mengubah perilaku.<sup>22</sup> Namun, penelitian ini hanya melakukan analisis dan pembahasan tentang hubungan pengetahuan terhadap pemanfaatan PIK-KRR sehingga tidak dapat diketahui lebih lanjut bagaimana pengaruh faktor-faktor luar terhadap pemanfaatan PIK-KRR.

Hasil penelitian ini masih sejalan dengan teori pertama Anderson yang menyebutkan bahwa sikap merupakan faktor predisposisi yang dapat memengaruhi persepsi dan perilaku individu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.<sup>10</sup> Semakin baik persepsi remaja terhadap pelaksanaan program kegiatan PIK-KRR, maka akan semakin baik pula peranannya untuk mengikuti kegiatan PIK-KRR.<sup>23</sup> Kondisi demikian memungkinkan siswa yang memiliki sikap setuju tentang kesehatan reproduksi tentunya akan memiliki persepsi baik terhadap pelaksanaan program PIK-KRR, sehingga akan mendorong siswa tersebut untuk berperan baik dalam mengikuti kegiatan PIK-KRR. Salah satu bentuk peran baik siswa tersebut adalah dengan memanfaatkan PIK-KRR. Hasil penelitian ini mendukung teori perilaku yang disampaikan oleh Fishbein dan Ajzen dalam Lucin<sup>8</sup> bahwa sikap akan memengaruhi niat untuk berperilaku dan niat akan memengaruhi perilaku seseorang.

Dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan atau kelemahan, di antaranya keterbatasan peneliti dalam mengawasi semua kelas secara langsung pada saat pengambilan data dilakukan, sehingga ada kemungkinan responden saling bekerja sama saat mengisi kuesioner. Selain itu peneliti tidak melakukan analisis dan pembahasan lebih lanjut pada faktor-faktor yang memengaruhi pengetahuan, sikap tentang kesehatan reproduksi, dan pemanfaatan PIK-KRR.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Sebagian besar remaja di SMA N 1 Srandakan memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi tentang kesehatan reproduksi, sikap positif terhadap kesehatan reproduksi, dan tingkat pemanfaatan PIK-KRR dalam kategori tinggi. Dalam penelitian ini terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi dengan pemanfaatan PIK-KRR di SMA N 1 Srandakan.

Pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi merupakan hal yang penting bagi remaja, sehingga perlu meningkatkan pengetahuan dan mendorong siswa untuk memanfaatkan PIK-KRR secara optimal. Peneliti lain diharapkan dapat melakukan penelitian lanjutan dengan mengendalikan variabel luar dan menggunakan metode pengambilan data lebih dari satu, untuk meningkatkan kepekaan hasil penelitian.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada kepala sekolah, guru pembina PIK-KRR, dan ketua kelas yang telah membantu dalam proses penelitian. Terima kasih kepada siswa SMA N 1 Srandakan yang bersedia menjadi responden penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health [Internet]. Diakses dari: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/);
2. Soetjiningsih. Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya. Jakarta: Sagung Seto; 2010.
3. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana. Kajian Profil Penduduk Remaja (10–24 tahun): Ada Apa dengan Remaja? Policy Brief;
4. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana. Panduan Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR). Jakarta; 2006.
5. Minguez M, Santelli JS, Gibson E, Orr M, Samant S. Reproductive Health Impact of A School Health Center. *J Adolesc Heal*. 2015;
6. Priyoto. Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan : Dilengkapi Contoh Kuesioner/Priyoto. In: ISBN: 978-602-1547-53-3. 2014.
7. Kamau A. Factor Influencing Access and Utilization of Preventive Reproductive Health Services by Adolescents in Kenya. A Case Study of Murang'a. [Disertasi]. Jerman: University of Bielefeld Germany; 2006.
8. Lucin Y. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku tentang Seks Pranikah terhadap Pemanfaatan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) pada Remaja di Kota Palangka Raya. [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2012.
9. Abajobir AA, Seme A. Reproductive Health Knowledge and Services Utilization among Rural Adolescents in Machakal District , Northwest. *Asian J Pharmacy, Nurs Med Sci*. 2013;
10. Hernaningrum R. Hubungan Pemanfaatan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja "Gibita" dengan Perilaku Seksual pada Remaja di Desa Rempoah Kabupaten Banyumas [Skripsi]. Purwokerto: Universitas Jenderal Soedirman; 2013.
11. Ritonga F. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Kesehatan Reproduksi Remaja di SMA 11 Medan [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2012.
12. Berencana BKDK. Kurikulum dan Modul Pelatihan Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR). Jakarta: 12. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana; 2007.
13. World Health Organization. Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health Through Schools in Low Income Countries: An Information Brief. Jenewa: World Health Organization; 2009.
14. Doddy, T., Mestri, A., Kusuma W. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Remaja SMA terhadap Kesehatan Reproduksi di Kecamatan Buleleng. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*;
15. Afrima, A., Ismail, D., Emilia O. Akseptabilitas dan Pemanfaatan Pusat Informasi dan Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja pada Siswa Sekolah Menengah Umum. *Berita Kedokteran Masyarakat*.
16. Maolinda N et al. *Kesehatan Masyarakat*. Sampl Tech. 2012;3.
17. Azwar. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2013.
18. Astuti M. Pemanfaatan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-Remaja) di Desa Rempoah Kecamatan Baturaden Kabupaten Banyumas [Skripsi]. Purwokerto: Universitas Jenderal Soedirman; 2011.
19. Aryani N. Efektifitas Program PIK-KRR terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di SMU Al-Wasliyah Medan Tahun 2010 [Skripsi]. Sumatera Utara: Universitas Sumatera Utara; 2011.
20. Mcpherson A. *Adolescents in Primary Care*. BMJ.
21. Yani V. Persepsi Remaja tentang Faktor Penghambat Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Puskesmas Gambok Kabupaten Sijunjung [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2010.
22. Emilia O. *Promosi Kesehatan dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Cendekiapress;
23. Desyolmita N, . F. Hubungan Persepsi dengan Peranan Siswa dalam Pelaksanaan Program Kegiatan Pusat Informasi Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja di SMP N 2 Pariaman. *J Ilm Konseling*. 2013;2(1):213–9.

24. Ajzen, I., Albarracin, D. HR. Prediction and Change of Health Behaviour: Applying The Reasoned Action Approach. Lawrence: Erlbaum Associates; 2007.
25. Wulandari S. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS dengan Pemanfaatan Pusat Informasi Konseling Remaja (PIK-R) pada Remaja SMKN Tandun Kabupaten Rokan Hulu Provinsi Riau [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2014.



## **Interrater Reliability dari Checklist OSCE Keterampilan Mencuci Tangan dan Memakai Sarung Tangan di Program Studi Ilmu Keperawatan UGM**

### **Interrater Reliability of Hand Washing and Gloving Skills of OSCE Checklist at UGM Nursing Science Study Program**

Nur Fajriyah Rosyidah<sup>1</sup>, Eri Yanuar Akhmad Budi Sunaryo<sup>2</sup>, Totok Harjanto<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup>Rumah Sakit Akademik Universitas Gadjah Mada

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Dasar dan Emergensi Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

#### **ABSTRACT**

**Background:** Objective Structured Clinical Examination (OSCE) is a method to evaluate students' nursing skills. OSCE uses checklist as an instrument to test hand washing and gloving skills. While reliability values of both checklists are vital aspect for the instrument, they have not been measured in PSIK FKKMK UGM.

**Objective:** To identify the interrater reliability in the hand washing and gloving skills of OSCE checklists at PSIK FKKMK UGM.

**Method:** This research used non-experimental descriptive quantitative research type with cross-sectional design. The respondents were 92 first-year students at PSIK FKKMK UGM participating in the OSCE examination. Assessment on students performance were conducted using hand washing and gloving checklists by two raters. The scores were analyzed using Kappa and percent agreement (PA).

**Result:** Hand washing checklist had Kappa value of 0,146 (quite poor) and PA 80,40% (acceptable). Gloving checklist had Kappa value of 0,228 (poor) and PA 78,20% (acceptable). The results were divided into two categories, first Kappa not acceptable and PA acceptable or called Kappa paradox consisting of 14 checklist items. Furthermore, there were 11 checklist items in the second category namely Kappa not acceptable and PA not acceptable.

**Conclusion:** Hand washing and gloving skill checklists which are used by PSIK FKKMK UGM do not possess good interrater reliability in measuring the skills of nursing students. These checklists need revision and statistical test in order to improve education quality at School of Nursing at FKKMK UGM.

**Keywords:** checklist, gloving, hand washing, interrater reliability, OSCE

#### **ABSTRAK**

**Latar belakang:** Salah satu metode untuk mengevaluasi keterampilan keperawatan mahasiswa adalah menggunakan *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE). Instrumen yang dapat digunakan dalam OSCE adalah *checklist*. Reliabilitas merupakan aspek penting dalam suatu instrumen. Pengujian reliabilitas dari *checklist* mencuci tangan dan memakai sarung tangan di PSIK FKKMK UGM belum pernah dilakukan.

**Tujuan:** Untuk mengetahui *interrater reliability* pada *checklist* OSCE keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan di PSIK FKKMK UGM.

**Metode:** Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif non-eksperimental dengan rancangan penelitian *cross-sectional*. Responden pada penelitian adalah 92 mahasiswa PSIK FKKMK UGM tahun pertama yang mengikuti ujian OSCE. Penilaian performa mahasiswa dilakukan menggunakan instrumen *checklist* mencuci tangan dan memakai sarung tangan oleh dua orang penguji. Hasil penelitian dianalisis menggunakan *Kappa* dan *percent agreement* (PA).

**Hasil:** *Checklist* mencuci tangan memiliki nilai *Kappa* 0,146 (cukup buruk) dan PA 80,40% (dapat diterima). *Checklist* memakai sarung tangan memiliki nilai *Kappa* 0,228 (buruk) dan PA 78,20% (dapat diterima). Terdapat 14-unit *checklist* yang masuk dalam kategori *Kappa* tidak dapat diterima, namun PA dapat diterima (paradoks *Kappa*). Terdapat 11-unit *checklist* yang masuk dalam kategori *Kappa* dan PA tidak dapat diterima.

---

Corresponding Author: **Totok Harjanto**

Gedung Ismangoen, Kompleks FKKMK UGM, Jl.Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: [harjanto506@yahoo.com](mailto:harjanto506@yahoo.com)

**Kesimpulan:** *Checklist* keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan di PSIK FKKMK UGM belum memiliki *interrater reliability* yang baik dalam mengukur keterampilan mahasiswa. *Checklist* tersebut memerlukan perbaikan untuk menghasilkan reliabilitas baik demi kualitas pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan FKKMK UGM yang lebih baik.

**Kata kunci:** *checklist*, cuci tangan, *interrater reliability*, OSCE, sarung tangan

## PENDAHULUAN

Kunci pencegahan infeksi pada fasilitas pelayanan kesehatan adalah mengikuti prinsip pemeliharaan *hygiene* yang baik, disebut *standard precaution*. Dua contoh tindakan pencegahan infeksi yaitu dengan mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan sebagai alat pelindung.<sup>1</sup> Sebelum melaksanakan praktik pelayanan keperawatan di RS pada tahap profesi, di tingkat akademik mahasiswa keperawatan mendapatkan pembelajaran mengenai keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan pada *skills laboratory* atau laboratorium keterampilan.<sup>2</sup> Salah satu institusi yang menggunakan ini adalah Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM.

Untuk menjamin setiap perawat memiliki kompetensi yang dipersyaratkan, perlu dilakukan evaluasi sebelum melaksanakan praktik pelayanan keperawatan. Evaluasi untuk pembelajaran keterampilan yang diajarkan ketika di *skills laboratory* adalah dengan metode *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*.<sup>3</sup> Metode tersebut efektif untuk menilai praktik mahasiswa dalam hal keterampilan psikomotor dan pengetahuan teoretis terkait keterampilan yang diujikan.<sup>4</sup> Instrumen yang digunakan dalam penilaian OSCE adalah *checklist*. Penggunaan instrumen *checklist* sebagai alat evaluasi OSCE ini perlu memperhatikan validitas dan reliabilitas.<sup>2</sup>

Mengukur reliabilitas dari suatu *checklist* dapat dilakukan dengan cara *interrater reliability*. *Interrater reliability* merupakan metode pengukuran yang dilakukan oleh dua pengukur yang berbeda.<sup>5</sup> Pengukuran reliabilitas suatu instrumen penting untuk dilakukan karena jika alat ukur tidak reliabel, tidak dapat digunakan untuk mengetahui ciri atau keadaan sesungguhnya dari suatu objek ukur.<sup>6</sup> Penelitian mengenai *interrater reliability* sudah pernah dilakukan. Namun, belum terdapat satu pun publikasi penelitian mengenai *interrater reliability* dari *checklist* OSCE mengenai keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan yang dimiliki oleh PSIK FKKMK UGM. Oleh karena itu, peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai uji *interrater reliability* dari *checklist* keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan di PSIK FKKMK UGM sebagai upaya untuk mengetahui reliabilitas *checklist* tersebut.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui *interrater reliability* pada OSCE keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan di PSIK FK-KMK UGM.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif non-eksperimental dengan rancangan penelitian *cross-sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di laboratorium keterampilan Gedung Ismangoen FKMK UGM. Responden penelitian ini adalah mahasiswa PSIK FKMK UGM tahun pertama yang berjumlah 92 mahasiswa. Pengambilan sampel menggunakan metode *total sampling* dengan kriteria yang mengikuti ujian OSCE keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan sesuai jadwal dan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ialah *checklist* keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan di PSIK FKMK UGM. *Checklist* yang digunakan sama antara proses *skills laboratory* dan saat OSCE. Terdapat 2 *checklist* dalam rangkaian keterampilan ini, pertama mengenai mencuci tangan dan kedua berupa *checklist* memakai sarung tangan. Di dalam *checklist* pertama terdapat 9 *item* yang terbagi atas dua tahap. Tahap pertama adalah tahap pra-interaksi yang berisi 1 *item*. Bobot maksimal yang diperoleh dari tahap pertama adalah 5. Selanjutnya pada tahap kedua yaitu tahap kerja yang berisi 7 *item* dengan bobot maksimal penilaian 95. Untuk *checklist* kedua ada 2 tahap, yaitu tahap pra-interaksi dan tahap kerja. Tahap kerja terbagi menjadi 2, pertama memakai sarung tangan dengan 6 *item* dan tahap kedua melepaskan sarung tangan dengan 4 *item* penilaian. Penilaian didasarkan pada 3 tingkatan yaitu, 0 jika *item* tidak dilakukan, 1 jika *item* dilakukan tetapi tidak sempurna, dan 2 jika *item* dilakukan dengan sempurna.

Pengumpulan data dilaksanakan secara langsung saat OSCE keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan yang berlangsung pada tanggal 28 - 29 Desember 2017 dan 2 Januari 2018. Setiap harinya terdapat 3 sesi dan satu sesinya diisi oleh 1 kelompok yang terdiri dari 10-11 mahasiswa. Kedua *rater* memberikan penilaian terhadap mahasiswa dengan format penilaian atau *checklist* yang telah disediakan.

Analisis data dilakukan pengelompokan hasil penilaian yang dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui *Kappa* dan *percent agreement* keseluruhan *checklist* dan masing-masing *item*. Setelah itu dianalisis menggunakan uji *Kappa* dan *percent agreement* menggunakan perangkat lunak komputer. Nilai *Kappa* diinterpretasi berdasarkan Landis dan Koch.<sup>7</sup> Untuk *interrater reliability* yang dapat diterima adalah apabila nilai *Kappa*  $\geq 0,41$  dengan *PA*  $>75\%$ .<sup>8,9,10</sup>

Surat persetujuan etik dikeluarkan oleh *Medical and Health Research Ethics Committee* (MHREC) Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada – Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito dengan nomor referensi: KE/FK/1085/EC/2017. Setiap responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini mendapatkan lembar penjelasan dan *informed consent* mengenai segala informasi yang berkaitan dengan penelitian. Data dan

informasi mengenai responden menjadi rahasia peneliti dan hanya dipakai untuk keperluan penelitian saja.

## HASIL

*Interrater reliability* dari *checklist* keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan dilakukan dengan penghitungan *interrater reliability checklist* secara keseluruhan dengan mengelompokkan nilai mahasiswa menjadi dua kategori, yaitu kategori lulus dan tidak lulus. Kategori lulus dipenuhi apabila jumlah nilai dari *checklist*  $\geq 75$ . Sebaliknya, jika jumlah nilai yang didapat dari *checklist*  $< 75$ , maka yang demikian termasuk dalam kategori tidak lulus. Kemudian dihitung jumlah kesepakatan antar-rater terhadap nilai lulus dan tidak lulus mahasiswa.

Hasil dari olah data untuk *interrater reliability* dari *checklist* keterampilan mencuci tangan, untuk penguji 1 terdapat 77 mahasiswa termasuk dalam kategori lulus dan 15 mahasiswa termasuk dalam kategori tidak lulus. Sementara untuk penguji 2, terdapat 83 mahasiswa termasuk dalam kategori lulus dan 9 mahasiswa termasuk dalam kategori tidak lulus. *Checklist* keterampilan mencuci tangan mempunyai nilai Kappa 0,146 dan nilai *percent agreement* (PA) 80,40%. Penilaian yang dilakukan oleh kedua penguji menghasilkan kesepakatan sejumlah 74 dan ketidaksepakatan sejumlah 18. Berdasarkan interpretasi Kappa menurut Landis dan Koch,<sup>7</sup> nilai Kappa 0,146 termasuk dalam kategori cukup buruk yaitu berada pada rentang 0,00 – 0,20 sehingga *interrater reliability* dari *checklist* keterampilan mencuci tangan tidak dapat diterima. Interpretasi dari nilai PA juga dapat diterima (PA  $< 85\%$ ).<sup>9</sup> Hubungan antara hasil penilaian total *item checklist* keterampilan mencuci tangan dari kedua penguji disajikan pada Tabel 1.

**Tabel 1. Nilai Kappa dan Percent Agreement (PA) Checklist Keterampilan Mencuci Tangan (n=92)**

	Rater 2		Total	PA	Interpretasi PA	Kappa	Interpretasi (Landis dan Koch)
	Lulus	Tidak Lulus					
Rater 1	Lulus	71	6	77	80,4%	0,146	Cukup buruk
	Tidak Lulus	12	3	15			

*Checklist* kedua yaitu keterampilan memakai sarung tangan, pengelompokan mahasiswa lulus yaitu sebanyak 67 kali dan pengelompokan pada mahasiswa tidak lulus yaitu sebanyak 5 kali. Sementara, ketidaksepakatan ditemukan 4 kali dan 16 kali. Empat kali ketika *rater 1* mengelompokkan mahasiswa tidak lulus, namun *rater 2* mengelompokkan mahasiswa lulus dan 16 kali ketika *rater 1* mengelompokkan mahasiswa tidak lulus, namun *rater 2* mengelompokkan mahasiswa lulus. Nilai *Kappa* yang diperoleh dari hasil analisis data adalah 0,228 dan PA sebesar 78,20%. Berdasarkan kategori interpretasi nilai *Kappa* menurut Landis dan Koch<sup>7</sup>, interpretasi nilai *Kappa* dari *checklist* menggunakan sarung tangan tergolong

reliabilitas buruk yaitu pada rentang 0,21-0,40. Interpretasi PA masuk dalam kategori dapat diterima. Data selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 2. Nilai Kappa dan Percent Agreement (PA) checklist keterampilan memakai sarung tangan (n=92)**

	Rater 2		Total	PA	Interpretasi PA	Kappa	Interpretasi (Landis dan Koch)	
	Lulus	Tidak Lulus						
Rater 1	Lulus	67	16	83	78,2%	Dapat diterima	0,228	Buruk
	Tidak Lulus	4	5	9				

**Tabel 3. Interpretasi interrater reliability item checklist mencuci tangan**

Item	Nama Item dalam Checklist	Percent Agreement (%)	Nilai Kappa	Interpretasi Percent Agreement*	Kappa+
1	Menyiapkan alat.	89,1	-0,018	Dapat diterima	Tidak dapat diterima
2	Lepaskan semua perhiasan.	69,6	0,272	Tidak dapat diterima	Tidak dapat diterima
3	Nyalakan kran air.	80,4	0,065	Dapat diterima	Tidak dapat diterima
4	Basahi tangan dan pergelangan tangan dengan air. Pertahankan tangan lebih rendah dari siku untuk mengalirkan air melalui jari-jari tangan.	91,3	0,096	Dapat diterima	Tidak dapat diterima
5	Tuangkan sabun, ratakan ke semua bagian.	92,4	0,198	Dapat diterima	Tidak dapat diterima
6A	Telapak dengan telapak, gosoklah kedua telapak tangan secara bergantian sehingga kedua telapak tangan kena sabun.	83,7	0,048	Dapat diterima	Tidak dapat diterima
6B	Telapak tangan di atas punggung tangan kiri dan telapak kiri di atas punggung tangan kanan. Gosok kedua punggung tangan kanan secara bergantian dan gosok di antara jari jemari tangan secara bergantian sehingga kena sabun.	77,2	0,205	Dapat diterima	Tidak dapat diterima
6C	Telapak dengan telapak dan jari saling terkait. Gosok kedua telapak tangan di antara jari jemari secara bergantian sehingga kena sabun.	59,8	0,082	Tidak dapat diterima	Tidak dapat diterima
6D	Letakkan punggung jari telapak tangan satunya dengan jari saling mengunci. Gosok punggung jari yang saling mengunci pada telapak tangan satunya secara bergantian.	69,6	0,056	Tidak dapat diterima	Tidak dapat diterima
6E	Jempol kanan digosok memutar oleh telapak kiri dan sebaliknya. Gosok jempol dan jari-jari tangan lainnya secara memutar bergantian di kedua tangan.	76,1	0,222	Dapat diterima	Tidak dapat diterima
6F	Jari kiri menguncup dan gosok memutar ke kanan dan ke kiri pada telapak kanan dan sebaliknya. Gosok-gosoklah ujung kuku pada telapak tangan sehingga busa sabun masuk ke dalam sela-sela kuku secara bergantian di kedua tangan.	82,6	0,210	Dapat diterima	Tidak dapat diterima
7	Setelah selesai, siramlah kedua tangan dengan air yang mengalir dari kran.	81,5	0,070	Dapat diterima	Tidak dapat diterima
8	Keringkan kedua tangan dengan kain kering dan bersih.	68,5	0,075	Tidak dapat diterima	Tidak dapat diterima
9	Tutup kran dengan cara yang benar.	77,2	0,134	Dapat diterima	Tidak dapat diterima

Keterangan : \*Kappa  $\geq 0,41$  dapat diterima  
+Percent Agreement  $\geq 75\%$  dapat diterima

*Interrater reliability* dari setiap *item checklist* keterampilan mencuci tangan dapat dilihat pada Tabel 3. *Interrater reliability* dari *item checklist* keterampilan mencuci tangan menghasilkan rentang antara sangat buruk sampai buruk. Terdapat 1 *item* mempunyai interpretasi yang sangat buruk, 9 *item* dengan interpretasi cukup buruk dan 4 *item* mempunyai interpretasi buruk. Nilai *Kappa* tertinggi pada *checklist* yaitu 0,272 dan untuk nilai terendah yaitu -0,018. Sementara untuk interpretasi PA, dari 14 *item* terdapat 4 *item* mempunyai nilai PA yang tidak dapat diterima.

*Interrater reliability* pada setiap *item checklist* keterampilan memakai sarung tangan dapat dilihat di Tabel 4. *Interrater reliability* dari *item checklist* keterampilan memakai sarung tangan menghasilkan rentang antara sangat buruk sampai buruk. Terdapat 2 *item* mempunyai interpretasi yang sangat buruk, 7 *item* dengan interpretasi cukup buruk dan 2 *item* mempunyai interpretasi buruk. Nilai *Kappa* tertinggi pada *checklist* yaitu 0,292 dan untuk nilai terendah yaitu -0,062. Sementara untuk interpretasi PA terdapat terdapat 4 *item* PA yang dapat diterima dan 7 *item* mempunyai nilai PA yang tidak dapat diterima.

## PEMBAHASAN

Instrumen keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan di PSIK FKMK UGM memiliki nilai *Kappa* dan *Percent Agreement* yang berbeda. Nilai *Kappa checklist* mencuci tangan yaitu 0,228 dan nilai *Kappa* untuk *checklist* memakai sarung tangan yaitu 0,146. *Checklist* memakai sarung tangan masuk dalam kategori buruk karena nilai *Kappa* berada antara 0,21 - 0,40. Untuk *checklist* mencuci tangan masuk dalam kategori cukup buruk karena nilai *Kappa* berada di antara 0,00 - 0,20.<sup>10</sup>

Nilai PA pada masing-masing *checklist* juga berbeda yaitu 80,40% dan 78,20% dengan interpretasi dapat diterima untuk *checklist* mencuci tangan dan *checklist* memakai sarung tangan. Nilai *Kappa* yang dapat diterima apabila mempunyai nilai  $\geq 0,41$ , sedangkan untuk PA yang diterima apabila persentasenya  $\geq 75\%$ . Jika dilihat dari parameter ahli tersebut, terdapat kontradiksi antara interpretasi nilai *Kappa* dan *Percent Agreement* pada *checklist* mencuci tangan dan memakai sarung tangan ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa di satu sisi *Kappa* bisa dikatakan buruk dan cukup buruk, sedangkan di sisi lain *Percent Agreement checklist* dapat diterima. Kategori dengan *Kappa* rendah, namun PA tinggi dapat disebabkan oleh sifat *Kappa* yaitu paradoks yang terjadi karena adanya pengaruh prevalensi dan efek bias.<sup>11</sup> Efek prevalensi pada paradoks *Kappa* berpengaruh pada ketidakseimbangan distribusi total marginal tabel 2x2 baik secara horizontal maupun vertikal yang akan memengaruhi nilai *Kappa* yang didapatkan.<sup>12</sup>

Jika dilihat keseluruhan penilaian yang dilakukan oleh kedua penguji, didapatkan hasil pengukuran *interrater reliability* memiliki reliabilitas yang rendah. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan beberapa faktor. Beberapa faktor tersebut adalah pelatihan *rater*, pengalaman

rater, jumlah kategori dalam instrumen, dan posisi rater terhadap posisi peserta dalam OSCE.<sup>13</sup> Faktor lain yaitu adanya kelelahan dan faktor konsentrasi, baik dari rater maupun mahasiswa.<sup>14</sup>

Kelompok ini merupakan *item-item* yang memiliki nilai *Kappa* <0,41 dan *PA*  $\geq$  75%. *Item-item* dari *checklist* mencuci tangan yang masuk dalam kelompok ini adalah *item* nomor 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 6E, 6F, 7 dan 9 (lihat tabel 3). Untuk *item-item* dari *checklist* memakai sarung tangan yang masuk dalam kelompok ini adalah *item* nomor 1, 2, 8 dan 9 (lihat tabel 4). Total seluruh *item* instrumen yang masuk dalam kelompok ini adalah 14 *item*. *Item-item* tersebut memiliki nilai *Kappa* yang rendah, namun kesepakatan antar penguji tinggi. *Kappa* tidak dapat diterima dan *PA* dapat diterima, terjadi ketika membandingkan koefisien secara komputasi dari kesepakatan yang telah diperoleh dari masing-masing penguji. Maka hasil yang ditunjukkan *PA* dapat diterima dengan perbandingan hasil yang signifikan dengan hasil *Kappa*.<sup>15</sup> Kontradiksi hasil *Kappa* dan *PA* ini dikatakan sebagai suatu paradoks. Nilai *Kappa* yang rendah mungkin terjadi karena memang *Kappa* sangat bergantung pada nilai prevalensi, bias indeks, serta persebaran data yang tidak seimbang di tabel total marginal.<sup>16</sup> Menggunakan nilai *Kappa* dan *PA* bersamaan akan mengurangi ambiguitas interpretasi *Kappa*.<sup>17</sup> Instrumen *checklist* yang memiliki *item-item* dengan paradoks *Kappa* dapat dipengaruhi beberapa hal sehingga nilai *Kappa* rendah, namun nilai *Percent Agreement* tinggi dalam menentukan *interrater reliability* sehingga *item-item* tersebut dapat dikatakan reliabel.<sup>18</sup>

*Item-item* yang tidak dapat diterima baik *Kappa* maupun *PA*-nya adalah *item* nomor 2, 6C 6D dan *item* 4 untuk *checklist* mencuci tangan. Untuk *checklist* memakai sarung tangan *item-item* yang tidak dapat diterima baik *Kappa* maupun *PA* ialah *item* nomor 3, 4, 5, 6, 7, 10 dan *item* 11. Total *item* yang masuk kelompok *Kappa* tidak dapat diterima dan *PA* tidak dapat diterima adalah 11 *item*. *Item-item* ini dapat dikatakan bahwa bernilai *interrater reliability* yang buruk dari kedua segi analisis, sehingga perlu perhatian dan perbaikan *item*.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil dan analisis data dari penelitian ini menunjukkan bahwa *interrater reliability checklist* keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan di PSIK FKKMK UGM belum memiliki reliabilitas yang baik dalam mengukur keterampilan mahasiswa.

Saran bagi program studi ilmu keperawatan, agar dalam melakukan evaluasi keterampilan mencuci tangan dan memakai sarung tangan pada mahasiswa menggunakan instrumen yang reliabel, penyamaan persepsi penguji dalam melakukan penilaian terhadap performa mahasiswa. Bagi peneliti selanjutnya, harapannya dapat melakukan penelitian terkait faktor-faktor lain yang bisa menyebabkan ketidaksesuaian antara *Kappa* dan *Percent Agreement* secara lebih mendalam, sehingga memengaruhi reliabilitas pada OSCE di Program Studi Ilmu Keperawatan FK-KMK UGM.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua partisipan yang sudah berpartisipasi dalam penelitian ini, khususnya kepada sponsor, responden, dan dosen penguji OSCE sehingga penelitian ini dapat berjalan dengan lancar.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Nurhesti PO, & Kustanti A. Surgical Asepsis (Teknik Tanpa Singgung, Scrubbing, Gowning, Glovng). In Haryani, K. Aulawi, H. S. Pangastuti, P. O. Nurhesti, Purwanta, & A. Kustanti, *Buku Skill Lab Sensasi dan Integritas Jaringan Blok 2.5* (p. 36). Yogyakarta: Fakultas Kedokteran UGM; 2017.
2. Peyre SE, Peyre CG, Hagen JA, & Sullivan ME. *Reliability of A Procedural Checklist as A High-Stakes Measurement of Advanced Technical Skill. The American Journal of Surgery.* 2010: 110-114.
3. Wimmers PF & Schauer GF. Validating OSCE Performance: The Impact of General Intelligence. *Health Professions Education*; 2017.
4. Rush S, Ooms A, Marks-Maran D, Firth T. Students Perceptions of Practice Assessment in The Skills Laboratory: An Evaluation Study of OSCAs with Immediate Feedback. *Nurse Education in Practice.* 2014;6 27-634.
5. Murti B. *Validitas dan Reliabilitas Pengukuran.* Matrikulasi Program Studi Doktorat Fakultas Kedokteran UNS. Surakarta; 2011.
6. Sugiyono. *Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D.* Bandung: Alfabeta; 2010.
7. Landis JR & Koch G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics.* 1977: 159-174.
8. Stemler SE, & Tsai J. *Best Practice in Interrater Reliability: Three Common Approaches.* Arizona: SAGE Publication; 2008.
9. Osborne J. *Best Practice in Quantitative Methods.* California: SAGE Publishing; 2008.
10. Graham M, Milanowski A, & Miller J. *Measuring and Promoting Inter-rater Agreement of Teacher and Principal Performance Ratings.* United State: Center for Educator Compensation Reform Westat; 2012.
11. Cargo M, Stankov I, Thomas J, Saini M, Rogers P, Mayo-Wilson E, & Hannes K. Development, Inter-Rater Reliability and Feasibility of A Checklist to Asses Implementation in Systematic Reviews: the Case of Provider-Based Prevention and Treatment Programs Targeting Children and Youth. *BMC Medical Research Methodology.* 2015:15-37.
12. Li, X. *Kappa- a critical review.* Uppsala: Department of Statistics Uppsala University. 2010.
13. Bao S, Howard N, Spielholz P, Silverstein B, & Polissar N. *Interrater Reliability of Posture Observation. Human Factors.* 2009: 292-309.
14. Clarke S, Rainey D, & Traynor M. Using The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) to Assess Orthopaedic Clinical Skill for the Registered Nurse. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing.* 2011: 92-101.
15. Kottner J, Audige L, Brorson S, Donner A, Gajewski BJ, Hroobartsson A, Streiner DL. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS). *International Journal of Nursing Studies.* 2011: 661-667.
16. Kuppens S, Holden G, Barker K, Rosenberg G. A Kappa-related Decision: K, Y, G, or AC1. *Social Work Research.* 2011;35(3):185-190.
17. Morris R, Macneela P, Scott A, Treacy P, Hyde A, O'Brien J, Drennan J. Ambiguites and Conflicting Result: The Limitation of The Kappa Statistics in Establishing The Interrater Reliability of The Irish Nursing Minimum Data Set for Mental Health: A Discussion Paper. 2008:645-647.
18. Bajpai R. Evaluation of Inter-Rater Agreement and Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview of Concepts and Methods. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology.* 2015; 41(3): 20-27.



## Hubungan antara Dukungan Sosial dan Aktivitas Fisik pada Kelompok Risiko Sindrom Metabolik di Wilayah Kerja Puskesmas Turi Sleman

### *Relationship between Social Support and Physical Activity of The People at Risk Metabolic Syndrome in Puskesmas Turi Working Area*

Imah Nur Chasanah<sup>1</sup>, Melyza Perdana<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

#### ABSTRACT

**Background:** Hypertension and diabetes mellitus cases, as part of the metabolic syndrome, are increasing in the working area of Puskesmas Turi. One of the preventive efforts is promoting physical activity. On the other hand, physical activity is influenced by internal and external factors, such as social support from the environment.

**Objective:** To determine the relationship between social support and physical activity in the risk group for metabolic syndrome in the working area of Puskesmas Turi, Sleman Regency.

**Methods:** This study was a descriptive correlational study with a cross-sectional design. The research respondents were 87 people categorized in metabolic syndrome risk group with inclusion criteria, i.e. BMI  $\geq 23$ ; abdomen circumference  $>90$  cm for male and  $>80$  cm for female; and aged 30 to 60 years. Data collected using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) questionnaire to measure the level of physical activity and to measure the level of social support was using social support and exercise surveys. Data was analyzed using univariate analysis and Spearman Rank.

**Result:** The level of physical activity of most of the respondents were 43,8% (moderate). Respondents received social support mostly from friends rather than family members. Spearman Rank score for testing the correlation between social support (from family and friend) and respondents' physical activity achieved  $r = -0,117$ ;  $p = 0,282$  and  $r = 0,036$ ;  $p = 0,740$ .

**Conclusion:** There is no significant relationship between social support and physical activity in the metabolic syndrome risk groups in the working area of Puskesmas Turi, Sleman Regency.

**Keywords:** metabolic syndrome, physical activity, social support

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** Kasus hipertensi dan diabetes sebagai bagian dari sindrom metabolik, mengalami peningkatan dari tahun ke tahun di wilayah kerja Puskesmas Turi. Oleh karena itu, penting untuk dilakukan suatu pencegahan agar menekan angka sindrom metabolik. Salah satunya dengan melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik, dipengaruhi faktor internal dan eksternal, seperti dukungan sosial dari lingkungan.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dengan aktivitas fisik pada kelompok risiko sindrom metabolik di wilayah kerja Puskesmas Turi Kabupaten Sleman.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian korelasional dengan rancangan *cross sectional*. Subjek penelitian adalah 87 orang yang termasuk dalam kategori kelompok risiko sindrom metabolik dengan kriteria inklusi, IMT  $\geq 23$ ; lingkar perut  $>90$  cm pada pria dan  $>80$  cm pada wanita; dan berusia 30 sampai 60 tahun. Proses pengambilan data menggunakan kuesioner *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) untuk mengukur tingkat aktivitas fisik dan *Social Support and Exercise Survey* untuk mengukur tingkat dukungan sosial. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan *Spearman Rank*.

**Hasil:** Aktivitas fisik sebagian besar kelompok risiko sindrom metabolik sebesar 43,7% atau termasuk dalam tingkat aktivitas fisik sedang. Dukungan sosial dari teman lebih tinggi dibandingkan dukungan

---

Corresponding Author: **Melyza Perdana**

Gedung Ismangoen, Kompleks FKMK UGM, Jl.Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: [melyza.perdana@ugm.ac.id](mailto:melyza.perdana@ugm.ac.id)

sosial dari keluarga. Dari hasil uji Spearman Rank, didapatkan hubungan dukungan sosial keluarga dan teman terhadap aktivitas fisik sebesar  $r=-0,117$ ;  $p=0,282$  dan  $r=0,036$ ;  $p=0,740$ .

**Kesimpulan:** Tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan aktivitas fisik pada kelompok risiko sindrom metabolik di wilayah kerja Puskesmas Turi Kabupaten Sleman.

**Kata kunci:** aktivitas fisik, dukungan sosial, sindrom metabolik

## PENDAHULUAN

Pertumbuhan sosial ekonomi di Indonesia membawa dua dampak yang berlawanan yaitu kondisi ekonomi semakin membaik dan meningkatnya angka kejadian penyakit tidak menular (PTM). Satu dari empat jenis penyakit tidak menular adalah penyakit kardiovaskuler.<sup>1</sup> Penyakit kardiovaskuler disebabkan oleh beberapa faktor risiko yang saling berhubungan dan dikenal dengan istilah sindrom metabolik. Komponen-komponen sindrom metabolik yaitu dislipidemia atherogenik, peningkatan tekanan darah arteri, intoleransi glukosa, serta obesitas sentral, dan resistensi insulin.<sup>2</sup>

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention*, jumlah penderita sindrom metabolik di dunia semakin meningkat.<sup>3</sup> Satu dari 4 orang yang berusia di atas 20 tahun menderita sindrom metabolik.<sup>4</sup> Sementara di Indonesia, prevalensi sindrom metabolik secara nasional belum banyak diteliti. Namun, penelitian di beberapa wilayah di Indonesia telah dilakukan. Prevalensi sindrom metabolik di Semarang sebesar 16,6%, Surabaya 34%, Bali 24,8%, Depok 25,3%, serta Jakarta 28,4%.<sup>5-7</sup>

Berdasarkan data yang didapat di Puskesmas Turi tahun 2014, prevalensi kejadian hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 di Kecamatan Turi semakin meningkat dari tahun ke tahun, sehingga dapat diasumsikan bahwa banyak masyarakat Turi yang berisiko mengalami sindrom metabolik. Sebagai upaya untuk menekan kasus sindrom metabolik, maka penting untuk dilakukan suatu pencegahan, salah satunya dengan melakukan aktivitas fisik.<sup>8</sup> Aktivitas fisik tingkat moderat dapat meningkatkan fungsi kardiorespirasi, menurunkan berat badan, dan memperbaiki faktor risiko sindrom metabolik dan penyakit kardiovaskular.<sup>9</sup>

Aktivitas fisik memang sangat dianjurkan untuk mencegah sindrom metabolik, namun kepatuhan jangka panjang masih menjadi masalah. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kegagalan untuk berpartisipasi dan mempertahankan aktivitas fisik adalah faktor personal dan faktor lingkungan.<sup>10</sup> Faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap aktivitas fisik salah satunya adalah dukungan sosial. Dukungan sosial mempunyai peran penting dalam menjadikan seseorang untuk tetap aktif secara fisik.<sup>10</sup>

Sejauh ini peneliti belum menemukan penelitian yang membahas mengenai hubungan antara dukungan sosial dengan aktivitas fisik pada orang yang berisiko mengalami sindrom metabolik. Maka dari itu, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai hubungan dukungan sosial dan aktivitas fisik pada kelompok risiko sindrom metabolik di wilayah kerja Puskesmas Turi, Sleman. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan

sosial dan aktifitas fisik pada kelompok risiko sindrom metabolik di wilayah kerja Puskesmas Turi, Sleman.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada Januari sampai Mei 2016. Populasi pada penelitian ini adalah warga yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Turi Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Kriteria inklusi subjek penelitian adalah masyarakat yang berusia 30-60 tahun, IMT > 23, lingkar perut >80 cm untuk wanita dan >90 cm untuk pria, dapat membaca dan menulis, serta bersedia untuk menjadi responden penelitian. Kriteria eksklusi adalah wanita hamil, terdiagnosis diabetes melitus, dan penyakit kardiovaskular.

Sampel terpilih pada penelitian ini sebanyak 87 responden yang dipilih secara *consecutive sampling*. Seluruh responden penelitian dilakukan skrining berupa pengukuran berat badan, tinggi badan, serta lingkar perut. Selanjutnya responden diberikan beberapa kuesioner. Pada penelitian ini menggunakan tiga kuesioner yaitu karakteristik demografi, *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) dan kuesioner *Social Support and Exercise Survey* (SSES).

Kuesioner *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) terdiri dari 7 pertanyaan menggunakan skala pengukuran ordinal. Pertanyaan terdiri dari jenis aktivitas, durasi dan frekuensi saat melakukan aktivitas fisik dalam jangka waktu tertentu. Aktivitas fisik pada IPAQ dikategorikan menjadi tiga *level*, yaitu aktivitas fisik rendah, sedang, dan tinggi. Kategori aktivitas tinggi apabila aktivitas dengan intensitas berat dilakukan selama 3 hari atau lebih mencapai 1500 METs-menit/minggu; kombinasi berjalan, aktivitas berat dan sedang yang mencapai minimal 3000 METs-menit/minggu. Sementara aktivitas sedang apabila melakukan aktivitas dengan intensitas berat selama 3 hari atau lebih dari 20 menit/hari yang mencapai 600 METs-menit/minggu selama 5 hari atau lebih; aktivitas intensitas menengah dan atau berjalan minimal 30 menit/hari selama 5 hari atau lebih; kombinasi berjalan, aktivitas berat dan menengah yang mencapai 600 METs-menit/minggu selama 5 hari atau lebih. Aktivitas rendah, apabila tidak memenuhi semua kriteria pada pola aktivitas tinggi atau sedang.<sup>11</sup>

Sementara untuk mengukur dukungan sosial, peneliti menggunakan kuesioner *Social Support and Exercise Survey* (SSES). Kuesioner ini terdiri dari 13 pernyataan menggunakan skala *Likert* dari 1 (tidak pernah) sampai 5 (sangat sering). Kuesioner ini bertujuan untuk menilai dukungan sosial yang diberikan teman dan keluarga dalam melakukan aktivitas fisik.<sup>12</sup> Skor untuk dukungan sosial dari keluarga dan teman dihitung secara terpisah, semakin tinggi skor menunjukkan semakin adekuat dukungan sosial untuk berolahraga. Skor total untuk setiap individu dapat berkisar antara -16 sampai dengan 88.<sup>13</sup>

Analisis data menggunakan analisis statistik deskriptif untuk menyajikan data karakteristik demografi responden dan data tingkat aktivitas fisik. Uji statistik *Spearman Rank* digunakan untuk mencari hubungan antara dukungan sosial dengan aktivitas fisik. Penelitian ini telah mendapatkan izin kelayakan etik dari Komisi Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Universitas Gadjah Mada dengan nomor Ref: KE/FK/39/EC/2015 dan responden telah menandatangani *informed consent* sebelum mengikuti penelitian ini.

## HASIL

Data karakteristik responden dapat dilihat dalam di Tabel 1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah wanita (92%) dan berusia 46-60 tahun (52,9%). Sebagian besar responden berpendidikan terakhir SMA (54,0%) dan bekerja sebagai ibu rumah tangga (54,0%) serta berstatus menikah (97,7%).

**Tabel 1. Karakteristik responden pasien risiko sindrom metabolik (n=87)**

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase (%)	Mean±SD
<b>Jenis Kelamin</b>			
Perempuan	80	92,0	
Laki-laki	7	8,0	
<b>Usia (tahun)</b>			
30-45	41	47,1	45,15±7,29
46-60	46	52,9	
<b>Pendidikan</b>			
SD	14	16,1	
SMP	13	15,0	
SMA/SMK	47	54,0	
Diploma	6	6,9	
Sarjana	7	8,0	
<b>Pekerjaan</b>			
Ibu rumah tangga	47	54,0	
PNS	10	11,5	
Swasta	12	13,8	
Wirausaha	6	6,9	
Petani	12	13,8	
<b>Status pernikahan</b>			
Menikah	85	97,7	
Belum/tidak menikah	0	0,0	
Janda/ duda	2	2,3	
<b>Kebiasaan merokok</b>			
Tidak merokok	81	93,1	
Merokok	2	2,3	
Berhenti merokok	4	4,6	
<b>IMT</b>			
23-27	35	40,2	
>27	52	59,8	
<b>Lingkar perut</b>			
Laki-laki			93,43±2,93
Perempuan			92,12±8,23

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebanyak 93,1% responden tidak merokok. Sebanyak 52 responden (59,8%) memiliki IMT lebih dari 27, sementara sebanyak 59 responden (67,8%) mempunyai lingkar perut > 81-95 cm.

Pada Tabel 2 dijelaskan mengenai gambaran aktivitas fisik kelompok berisiko sindrom metabolik. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden termasuk dalam kategori aktivitas fisik sedang (44%).

**Tabel 2. Gambaran aktivitas fisik kelompok risiko sindrom metabolik (n=87)**

Aktivitas Fisik	Frekuensi	Persentase (%)
Ringan	28	32,0
Sedang	38	44,0
Berat	21	24,0

Perbedaan tingkat aktivitas fisik berdasarkan karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 3.

**Tabel 3. Gambaran tingkat aktivitas fisik berdasarkan karakteristik responden kelompok risiko sindrom metabolik (n=87)**

Karakteristik Responden	Aktivitas Fisik						p value
	Ringan		Sedang		Berat		
	f	%	f	%	f	%	
<b>Jenis Kelamin</b>							
Perempuan	0	0,0	3	42,9	4	57,1	0,053
Laki-laki	28	35,0	35	43,8	17	21,2	
<b>Usia (tahun)</b>							
30-45	13	31,7	19	46,3	9	22,0	0,867
46-60	15	32,6	19	41,3	12	26,1	
<b>Pendidikan</b>							
SD	7	50,0	5	35,7	2	14,3	0,292
SMP	1	9,1	7	63,6	3	27,3	
SMA/SMK	13	27,1	21	43,8	14	29,2	
Diploma	3	42,9	2	28,6	2	28,6	
Sarjana	4	57,1	3	42,9	0	0,0	
<b>Pekerjaan</b>							
Ibu rumah tangga	14	30,4	23	50,0	9	19,6	0,118
PNS	6	54,5	2	18,2	3	27,3	
Swasta	1	10,0	7	70,0	2	20,0	
Wirausaha	1	12,5	3	37,5	4	50,0	
Petani	6	50,0	3	25,0	3	25,0	
<b>Status pernikahan</b>							
Menikah	28	32,9	37	43,5	20	23,5	0,537
Janda/ duda	0	0,0	1	50,0	1	50,0	
<b>IMT</b>							
23-27	7	19,4	10	27,8	19	52,8	0,000*
>27	21	41,2	28	54,9	2	3,9	
<b>Lingkar perut</b>							
81-95	13	22,0	25	42,4	21	35,6	0,003*
96-110	14	53,8	12	46,2	0	0,0	
>110	1	50,0	1	50,0	0	0,0	

Gambaran tingkat aktivitas fisik berdasarkan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, pada responden laki-laki mayoritas memiliki aktivitas fisik berat (57,1%), sedangkan pada responden perempuan memiliki aktivitas fisik sedang (43,8%). Distribusi frekuensi aktivitas fisik berdasarkan usia, pada kedua rentang usia memiliki aktivitas fisik tingkat sedang (46,3% dan 41,3%). Persentase aktivitas fisik berat pada kelompok usia yang lebih tua justru lebih tinggi dibandingkan kelompok usia yang lebih muda (26,1%). Distribusi frekuensi aktivitas fisik berdasarkan karakteristik pendidikan menunjukkan responden pada tingkat pendidikan

SD, mayoritas memiliki aktivitas fisik ringan yaitu sebanyak 7 orang (50%), pada tingkat SMP dan SMA tergolong aktivitas fisik sedang (63,6%) dan (43,8%), sementara pada tingkat pendidikan diploma, mayoritas memiliki aktivitas fisik rendah dengan jumlah responden 3 orang (42,9%). Sementara pada tingkat pendidikan yang lebih tinggi, data tabel menunjukkan frekuensi paling banyak yaitu pada tingkat aktivitas fisik ringan, sebanyak 4 orang (57,1%) dan tidak ada yang termasuk dalam kriteria aktivitas fisik berat.

Distribusi frekuensi aktivitas fisik berdasarkan karakteristik pekerjaan responden menunjukkan bahwa ibu rumah tangga dan pegawai swasta mayoritas berada pada aktivitas fisik sedang (50% dan 70%), pada PNS dan petani mayoritas pada aktivitas fisik ringan (54,5% dan 50%). Sementara itu pada pekerjaan wirausaha, persentase paling tinggi terdapat pada aktivitas fisik tinggi dengan jumlah responden 4 orang (50%).

Distribusi frekuensi aktivitas fisik berdasarkan IMT, menunjukkan pada responden dengan IMT 23-27 mayoritas memiliki aktivitas fisik berat (52,8%). Sementara responden dengan IMT >27 memiliki aktivitas fisik sedang (54,9%). Berdasarkan karakteristik lingkaran perut, responden dengan lingkaran perut 81-95 cm mayoritas memiliki aktivitas fisik sedang (42,4%). Responden dengan lingkaran perut 96-110 cm mayoritas melakukan aktivitas fisik ringan (53,8%), sedangkan responden dengan lingkaran perut >110 cm tidak ada yang memiliki aktivitas fisik berat. Hasil uji *chi square* menunjukkan dari semua variabel yang diuji, disimpulkan bahwa aktivitas fisik hanya berhubungan dengan IMT dan lingkaran perut dengan  $p < 0,05$  (Tabel 3).

Tabel 4 menunjukkan gambaran dukungan sosial dalam melakukan aktivitas fisik pada kelompok risiko sindrom metabolik di wilayah kerja Puskesmas Turi. Nilai rata-rata (*mean*) dukungan keluarga terhadap aktivitas fisik masih rendah yaitu sebesar 21,50. Sementara nilai *mean* dukungan teman paling tinggi adalah pada responden dengan aktivitas fisik berat yaitu 26,81.

**Tabel 4. Gambaran dukungan sosial kelompok dalam aktivitas fisik**

Dukungan sosial	Skor min	Skor maks	Aktivitas Fisik ( <i>Mean</i> ± <i>SD</i> )		
			Ringan	Sedang	Berat
Dukungan keluarga	8	32	21,50 ± 5,06	20,84±5,28	19,24±6,51
Dukungan teman	10	41	26,04 ± 7,56	26,34±8,24	26,81±8,09

Hasil analisis data menunjukkan bahwa rata-rata nilai dukungan keluarga terhadap aktivitas fisik, paling tinggi adalah pada responden dengan aktivitas fisik rendah yaitu sebesar 21,50. Nilai rata-rata dukungan teman paling tinggi, pada responden dengan aktivitas fisik berat yaitu 26,81. Hasil uji analisis Spearman Rank menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial keluarga dan dukungan sosial teman dengan aktivitas fisik (Tabel 5).

**Tabel 5. Hubungan dukungan sosial dengan aktivitas fisik kelompok risiko sindrom metabolik wilayah kerja Puskesmas Turi**

Dukungan Sosial	Aktivitas Fisik ( <i>Mean ± SD</i> )				
	Min	Maks	Median	r	p value
Keluarga	8	32	21	-0,117	0,282
Teman	10	41	25	0,036	0,740

## PEMBAHASAN

Hasil uji analisis deskriptif menunjukkan bahwa dalam penelitian ini, jumlah responden perempuan lebih banyak dibanding responden laki-laki (92%). Hal ini karena jumlah penduduk perempuan yang memenuhi kriteria inklusi di wilayah kerja Puskesmas Turi lebih banyak dibanding laki-laki. Penelitian Bantas *et al.*<sup>14</sup> yang merupakan analisis lanjutan data Riskesdas,<sup>15</sup> menunjukkan bahwa wanita memiliki risiko terkena sindrom metabolik lebih tinggi untuk mengalami sindrom metabolik.

Sebagian besar responden telah menikah yaitu sebanyak 85 orang (97,7%). Hasil ini sejalan dengan penelitian Janghorbani *et al.*<sup>16</sup> yang menyatakan bahwa prevalensi obesitas lebih tinggi pada responden yang telah menikah karena perubahan pola makan yang menyesuaikan pasangannya.

Dilihat dari karakteristik pendidikan, responden terbanyak adalah lulusan SMA (54%), hal ini menunjukkan bahwa prevalensi orang yang berisiko sindrom metabolik paling tinggi terdapat pada orang berpendidikan SMA. Hasil ini sejalan dengan penelitian Novitasary *et al.*<sup>17</sup> pada wanita usia subur yang mengalami obesitas, menunjukkan sebagian besar responden berpendidikan akhir SMA.

Sebanyak 47 subjek (54%) penelitian ini adalah ibu rumah tangga. Seperti halnya penelitian Sugianti *et al.*<sup>18</sup> dan Novitasary *et al.*<sup>17</sup> bahwa prevalensi obesitas sentral paling tinggi terdapat pada responden ibu rumah tangga. Adanya hubungan nyata antara pekerjaan dan kejadian obesitas sentral, diduga karena berkaitan dengan aktivitas fisik berat yang melibatkan pengeluaran energi.<sup>17</sup>

Sebagian besar responden pada penelitian ini (93,1%) tidak merokok. Hasil ini sejalan dengan penelitian Sugianti *et al.*<sup>18</sup> yang menunjukkan prevalensi obesitas sentral lebih tinggi pada sampel yang tidak pernah merokok.<sup>17</sup>

Sebagian besar responden pada penelitian ini mempunyai tingkat aktivitas fisik sedang (44%) disusul oleh aktivitas fisik ringan (32%). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya tentang prevalensi sindrom metabolik pada pekerja bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat aktivitas fisik sedang dan ringan.<sup>19,20</sup>

Hasil uji statistik deskriptif variabel dukungan sosial pada penelitian ini menunjukkan rata-rata nilai dukungan teman (*mean* = 26,36) lebih tinggi dibandingkan dukungan keluarga (*mean* = 20,67). Hasil ini berbeda dengan beberapa penelitian sebelumnya.<sup>21</sup> Budaya dan keadaan lingkungan sekitar, berperan penting dalam keberadaan dukungan sosial dalam melakukan aktivitas fisik.<sup>22</sup> Mayoritas responden dalam penelitian ini adalah ibu rumah tangga yang sering

berinteraksi dan bersosialisasi dengan tetangga di dekatnya. Dalam konteks lingkungan, teman memiliki pengaruh besar dalam melakukan aktivitas sehari-hari, termasuk aktivitas fisik karena individu cenderung mengadopsi perilaku teman-teman dalam lingkungan sosialnya.<sup>23</sup> Jejaring pertemanan dibangun berdasarkan kesamaan minat, sikap, dan hobi sehingga dalam kelompok pertemanan, masing-masing personal akan saling memotivasi untuk terus aktif melakukan aktivitas fisik.<sup>24</sup>

Hasil analisis *Spearman Rank* pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan sosial, baik dukungan sosial keluarga maupun dukungan sosial teman dengan aktivitas fisik pada kelompok risiko sindrom metabolik ( $p=0,282$  dan  $p=0,740$ ). Hal ini berlawanan dengan penelitian Silva *et al.*<sup>25</sup> di Brazil yang menunjukkan bahwa responden yang mendapatkan dukungan sosial dari keluarga maupun teman, secara simultan 3 kali lebih aktif dari segi fisik dibandingkan mereka yang tidak mendapatkan dukungan sosial. Pertemanan dan dukungan sosial merupakan dua hal yang saling berpengaruh dalam melakukan aktivitas fisik, namun sumber dukungan sosial tidak memengaruhi tingkat aktivitas yang dipraktikkan.<sup>26</sup> Peneliti berasumsi bahwa perbedaan jenis kuesioner, pada penelitian ini, peneliti tidak memisahkan antara aktivitas olahraga dengan aktivitas sehari-hari sehingga menimbulkan perbedaan hasil penelitian.

Berdasarkan temuan pada penelitian ini, aktivitas kelompok (*physical activity in community setting*) dapat menjadi strategi dalam mempromosikan aktivitas fisik untuk kelompok risiko sindrom metabolik di wilayah kerja Puskesmas Turi, Kabupaten Sleman.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisis data pada penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan tingkat aktivitas fisik pada kelompok risiko sindrom metabolik di wilayah kerja Puskesmas Turi, Sleman.

Bagi praktisi kesehatan di Puskesmas, diharapkan dapat meningkatkan program kesehatan yang berkaitan dengan aktivitas fisik berbasis kelompok (*peer group*). Masyarakat hendaknya dapat meningkatkan dukungan sosial terhadap aktivitas fisik masing-masing anggota keluarga supaya keluarga tetap aktif secara fisik. Masyarakat juga hendaknya meningkatkan kegiatan-kegiatan berbasis kelompok supaya tetap menjadi sumber dukungan sosial bagi satu sama lain. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian terkait dukungan sosial terhadap aktivitas fisik, dengan instrumen yang digunakan sebaiknya dipisah antara aktivitas sehari-hari responden dengan aktivitas olahraga.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI 2012. Profil Kesehatan Indonesia 2011 [Internet]. Profil Kesehatan Indonesia. 2012. 1–220 p.
2. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing The Metabolic Syndrome: A Joint Interim Statement of The International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology



- and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International. *Circulation*. 2009; 120(16): 1640–5.
3. Sinclair KA, Bogart A, Buchwald D, Henderson JA. The Prevalence of Metabolic Syndrome and Associated Risk Factors in Northern Plains and Southwest American Indians. *Diabetes Care*. 2011;34(1):118–20.
  4. Mansbridge J. Skin substitutes to enhance wound healing. *Expert Opin Investig Drugs*. 1998;7(5):803–9.
  5. Driyah S, Oemiat R, Rustika, Hartati NS. Prediktor Sindrom Metabolik : Studi Kohor Prospektif Selama Enam Tahun di Bogor, Indonesia. *Media Litbangkes*. 2019; 29(3): 215 – 224.
  6. A, A, G, Budhiarta., S, Aryana., M, R., Sutanegara, D., & K S. Sindrom Metabolik di Bali. *Surabaya Metab Syndr Updat*. 2005;1:139–47.
  7. Soewondo P, Purnamasari D, Oemardi M, Waspadji S, Soegondo S. Prevalence of Metabolic Syndrome Using NCEP / ATP III Criteria in Jakarta , Indonesia : The Jakarta Primar1. Dwipayana MP, Suastika K, Saraswati I, Gotera W, Budhiarta A, Sutanegara, et. al. Prevalensi Sindrom Metabolik pada Populasi Penduduk Bali, Indonesia. *Acta Med Indones-Indones J Intern Med*. 2010; 42(4): 199–203.
  8. Grundy SM, Cleeman JI, Bairey Merz CN, Brewer HB, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of Recent Clinical Trials for The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation*. 2004; 110(2): 227–39.
  9. Kaur J. Assessment and Screening of The Risk Factors in Metabolic Syndrome. *Med Sci*. 2014; 2(3): 140–52.
  10. Clark DO. Age, Socioeconomic Status, and Exercise Self-Efficacy. *Gerontologist*. 1996; 36(2): 157–64.
  11. Mahboubi Anarjan P, Monfared HH, Arslan NB, Kazak C, Bikas R. (E)-4-Hydroxy-N'-(2-Hydroxy-5-Iodobenzylidene) Benzohydrazide Methanol Monosolvate. *Acta Crystallogr Sect E Struct Reports Online*. 2012; 68(9): 1–15.
  12. Sallis JF, Grossman RM, Pinski RB, Patterson TL, Nader PR. The Development of Scales to Measure Social Support for Diet and Exercise Behaviors. *Prev Med (Baltim)*. 1987; 16(6): 825–36.
  13. Anderson PJ, Bovard RS, Wang Z, Beebe TJ, Murad MH. A Survey of Social Support for Exercise and Its Relationship to Health Behaviours and Health Status among Endurance Nordic Skiers. *BMJ Open* 2016; 6:e010259. Available from: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010259>.
  14. Bantas K, Yoseph HK, Moelyono B. Perbedaan Gender pada Kejadian Sindrom Metabolik pada Penduduk Perkotaan di Indonesia. *Kesmas Natl Public Heal J*. 2012; 7(5): 219.
  15. Riskesdas. Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan Balitbangkes. Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2007.
  16. Janghorbani M, Amini M, Willett WC, Gouya MM, Delavari A, Alikhani S, et al. First Nationwide Survey of Prevalence of Overweight, Underweight, and Abdominal Obesity in Iranian adults. *Obesity*. 2007; 15(11): 2797–808.
  17. Novitasary MD. Hubungan antara Aktivitas Fisik dengan Obesitas pada Wanita Usia Subur Peserta Jamkesmas di Puskesmas Wawonasa Kecamatan Singkil Manado. *J e-Biomedik*. 2014; 1(2): 1040–6.
  18. Sugianti, E., Hardinsyah., Afriansyah N. Faktor Risiko Obesitas Sentral Elya Sugianti,. *Gizi Indonesia*. 2009; 32(2): 105–16.
  19. Widiyanti W, Tafal Z. Aktivitas Fisik, Stres, dan Obesitas pada Pegawai Negeri Sipil. *Kesmas Natl Public Heal J*. 2014; (4): 325.
  20. Zahtamal Z, Prabandari YS, Setyawati L. Prevalensi Sindrom Metabolik pada Pekerja Perusahaan. *Kesmas Natl Public Heal J*. 2014; 9(2): 113.
  21. Johnson ER, Carson TL, Affuso O, Hardy CM, Baskin ML. Relationship between Social Support and Body Mass Index among Overweight and Obese African American women in The Rural Deep South, 2011-2013. *Prev Chronic Dis*. 2014; 11: E224.
  22. Laird Y, Fawkner S, Kelly P, McNamee L, Niven A. The Role of Social Support on Physical Activity Behaviour in Adolescent Girls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int Journal of Behav Nut and Phys Acti*. 2016; 13(79). Available from: <http://doi.org/10.1186/s12966-016-0405-7>.
  23. Sarkar S, Taylor WC, Lai, D, Shegog R, Paxton RJ. Social Support for Physical Activity: Comparison of Family, Friends, and Coworkers. *Work*. 2016; 55: 893-899. doi:10.3233/WOR-162459.
  24. Robbins LB, Ling J, Dalimonte-Merckling DMD, Sharma DB, Bakhoya M, Pfeiffer KA. Sources and Types of Social Support for Physical Activity Perceived by Fifth to Eighth Grade Girls. *J Nurs Scholarsh*. 2018; 50(2): 172–180.
  25. Silva ICM, Azevedo MR, Gonçalves H. Leisure-time physical activity and social support among Brazilian adults. *J Phys Act Heal*. 2013; 10(6): 871–9.
  26. Oliveira AJ, Lopes CS, de Leon ACP, Rostila, M, Griep RH, Werneck GL, Faerstein E. Social support and Leisure-Time Physical Activity: Longitudinal Evidence from The Brazilian Pró-Saúde Cohort Study. Oliveira et al. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2011; 8(77): 2-10. Available from: <http://www.ijbnpa.org/content/8/1/77>.

## Gejala Depresi pada Remaja Korban *Bullying*: A Scoping Review

### *Symptoms of Depression in Adolescents Due to Bullying: A Scoping Review*

Muh. Yusuf Anshori<sup>1</sup>, Azam David Saifullah<sup>2\*</sup>, Ayyu Sandhi<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

#### ABSTRACT

**Background:** Depression is of major causes for disease and disability in adolescents. One of many factors that make teenager more vulnerable to depression is bullying. Identification of depression symptoms among adolescent is important to be investigated, especially due to bullying.

**Objective:** To review the symptoms of depression in adolescents caused by bullying.

**Method:** This is a scoping review research. Databases used were PubMed, EBSCOhost, Cochrane, and PsycNET. Inclusion criteria were: English and Bahasa Indonesia literature, published from 2013 to 2018, quantitative and/or qualitative research adolescent who suffered from depression due to bullying as the research subject, and available free full text. The article screening was based on PRISMA guidance; articles were assessed with the Crowe Critical Appraisal Tool (CCAT), extraction was done on Google form, and synthesis was performed on the extraction result

**Results:** 19 articles were obtained from the literature screening. Signs and symptoms of depression due to bullying were divided into three groups: psychic symptoms, physical symptoms, and social symptoms. A common symptom of depression in adolescents suffered from bullying was the desire for death, and the desire for death became the most general signs and symptoms of the adolescents who became bullying victims.

**Conclusions:** Being a victim of bullying may cause adolescents to suffer from symptoms of depression in the form of psychic symptoms, physical symptoms, and social symptoms.

**Keywords:** adolescent, bullying, depression

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** Depresi merupakan pemicu penyakit hingga kecacatan pada usia remaja. Salah satu faktor yang menjadikan usia remaja rentan mengalami depresi adalah *bullying*. Identifikasi gejala depresi pada remaja penting untuk dipelajari, terutama akibat *bullying*.

**Tujuan:** Melakukan *review* gejala-gejala depresi pada remaja korban *bullying*.

**Metode:** Penelitian ini merupakan *scoping review*, artikel diperoleh dari proses pencarian pada *database* PubMed, EBSCOhost, Cochrane, dan PsycNET. Kriteria inklusi artikel yaitu literatur berbahasa Inggris dan bahasa Indonesia, terbit dari tahun 2013-2018, penelitian kuantitatif dan/atau kualitatif dengan populasi penelitian berupa remaja korban *bullying*, serta artikel penuhnya dapat diakses. Skrining bertahap dilakukan dan didokumentasikan sesuai bagan alir PRISMA. Artikel hasil skrining dinilai dengan *Crowe Critical Appraisal Tool* (CCAT), ekstraksi dan sintesis artikel dilakukan pada *Google Form*.

**Hasil:** Dalam proses *screening*, diperoleh 19 artikel. Gejala depresi pada remaja korban *bullying* dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu gejala psikis, gejala fisik, dan gejala sosial. Gejala khas depresi pada remaja korban *bullying* adalah gejala psikis berupa ide bunuh diri. Ide bunuh diri ini menjadi tanda dan gejala depresi yang paling banyak ditemukan pada remaja korban *bullying*.

**Kesimpulan:** Kejadian *bullying* selama masa remaja berpengaruh secara potensial untuk menyebabkan gejala depresi baik gejala psikis, gejala fisik, maupun gejala sosial.

---

Corresponding Author: **Azzam David Saifullah**

Gedung Ismangoen, Kompleks FKMK UGM, Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: [azam.david.s@ugm.ac.id](mailto:azam.david.s@ugm.ac.id)

**Kata kunci:** *bullying*, depresi, remaja

## PENDAHULUAN

Depresi didefinisikan sebagai gangguan mental dengan tanda dan gejala berupa perasaan tertekan, kehilangan ketertarikan dan kesenangan, penurunan energi, perasaan bersalah, kecemasan, dan konsentrasi yang buruk.<sup>1</sup> Jumlah penderita depresi di seluruh dunia mencapai 350 juta jiwa dari segala usia.<sup>1</sup> Pada tahun 2013 berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) jumlah penderita gangguan mental emosional di Indonesia dengan gejala depresi dan ansietas pada usia lima belas tahun ke atas sebanyak 6%, sehingga dapat dikatakan bahwa penderita depresi di Indonesia, pada kelompok usia >15 tahun mencapai lebih dari 14 juta jiwa.<sup>1,2</sup>

Salah satu faktor risiko yang menjadikan usia remaja lebih rentan mengalami depresi adalah *bullying*. *Bullying* merupakan kejadian negatif yang memberi tekanan berulang dalam hidup, dan dilakukan oleh individu atau kelompok tertentu, sehingga menyebabkan kerusakan dan tekanan.<sup>3</sup> Di Indonesia, kasus *bullying* menempati puncak tertinggi jumlah pengaduan masyarakat, yang mencapai 369 dari total pengaduan sebanyak 1.480 kasus di lingkungan pendidikan<sup>4</sup> atau 25% dari total pengaduan. Dalam penelitian sebelumnya di Indonesia, diperoleh temuan adanya hubungan positif antara mengalami *bullying* dengan depresi pada remaja dan *bullying* berpengaruh terhadap munculnya depresi.<sup>5</sup> Hasil ini didukung oleh penelitian lain yang menunjukkan bahwa intensitas perilaku *bullying* yang dialami berbanding lurus dengan prevalensi depresi. Remaja yang mengalami perilaku *bullying* dengan intensitas sedang, memiliki kecenderungan untuk mengalami depresi sedang sebesar 66%, sedangkan yang mengalami perilaku *bullying* dengan intensitas ringan, memiliki kecenderungan untuk mengalami depresi ringan sebesar 33,3%.<sup>6</sup>

Di Indonesia, angka kejadian *bullying* pada usia remaja dan kecenderungan remaja korban *bullying* untuk mengalami depresi cukup tinggi.<sup>5,6</sup> Meskipun demikian, informasi mengenai tanda dan gejala depresi pada remaja korban *bullying* masih sangat terbatas. Padahal, mengenali tanda dan gejala depresi pada remaja korban *bullying* akan sangat membantu tenaga kesehatan dalam membuat perencanaan program pemulihan depresi pada remaja korban *bullying*.

Sedikitnya informasi komprehensif mengenai tanda dan gejala depresi pada remaja korban *bullying* ini, membuat peneliti tertarik untuk melakukan *scoping review* mengenai topik tersebut. Pendekatan *scoping review* ini diharapkan dapat menyajikan fakta ilmiah terkini yang lebih komprehensif terhadap topik tanda dan gejala depresi pada remaja korban *bullying*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tanda dan gejala depresi pada remaja korban *bullying*.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *scoping review*. *Scoping review* dilakukan untuk menjelaskan gejala-gejala depresi pada remaja korban *bullying* sesuai dengan bukti ilmiah terkini dan terbaik. Sampel dalam penelitian ini adalah artikel-artikel mengenai gejala depresi pada remaja korban *bullying*.

Kriteria inklusi pada pencarian artikel penelitian ini, di antaranya: *free fulltext*, publikasi 5 tahun terakhir, Bahasa Indonesia, Bahasa Inggris, literatur dengan populasi remaja yang mengalami depresi akibat *bullying*, literatur kuantitatif dan/atau kualitatif. Pencarian dilakukan pada empat *database*, yaitu PubMed, Cochrane, EBSCOhost, dan PsycNET. Pertanyaan PICO yang digunakan yaitu pada remaja yang mengalami *bullying*, gejala-gejala depresi seperti apa yang muncul? Sementara *keywords* untuk merepresentasikan populasi (P) dan *Interest of Phenomena* (I) yang digunakan pada keempat *database* tersebut yaitu, P: *teen\** OR *youth* OR *adolescent\** dan I: *depression* AND *bullying* OR *peer victimization*.

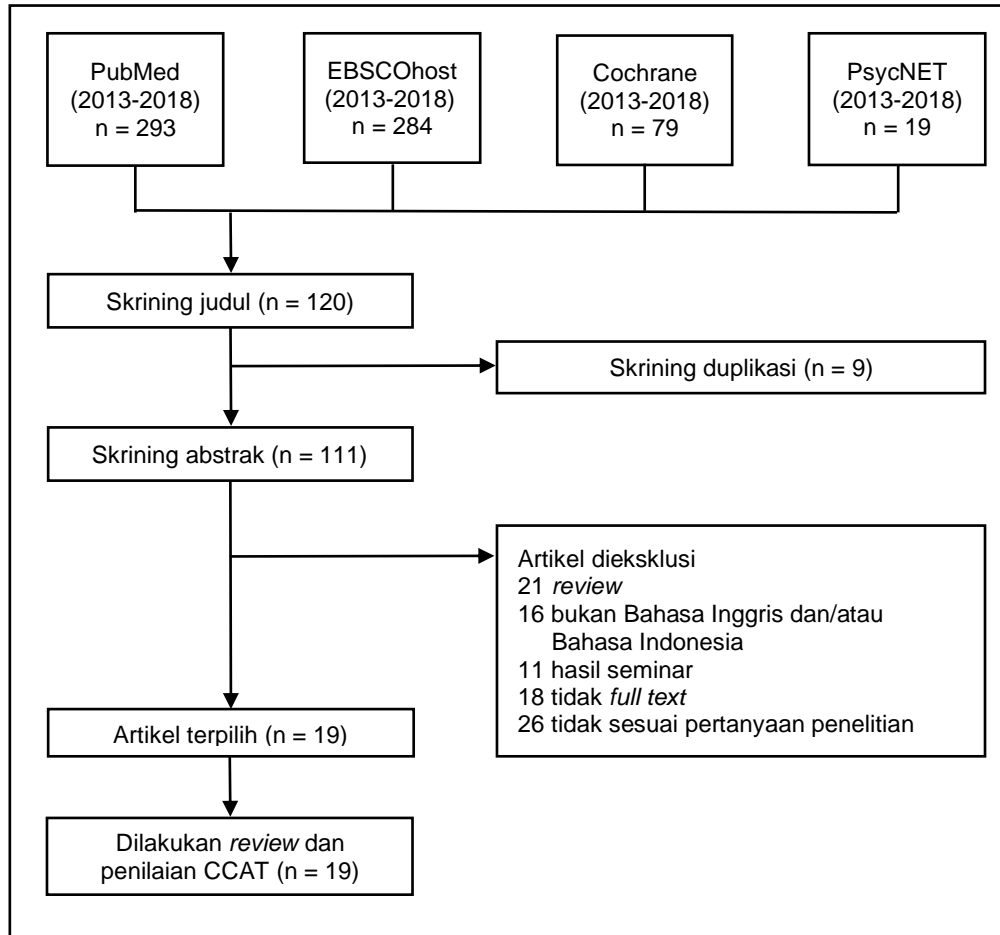
Langkah-langkah pengumpulan data dalam penelitian *scoping review* ini diawali dengan pencarian artikel, dilanjutkan dengan tahap *scoping review* pertama skrining, kedua ekstraksi, dan ketiga sintesis. *Layered screening* dilakukan mulai dari skrining judul, dilanjutkan dengan skrining abstrak, dan skrining keseluruhan isi artikel.

Kelayakan artikel dinilai dengan menggunakan instrumen *Crowe Critical Appraisal Tool* (CCAT). Formulir CCAT terdiri dari 22 *item* yang terbagi dalam 8 kategori (*preliminaries, introduction, design, sampling, data collection, ethical matters, results, discussion*). Masing-masing *item* memiliki berbagai deskripsi yang terdapat pada *user guide* (petunjuk penggunaan) untuk memudahkan dalam menilai dan memberi skor tiap kategori.<sup>7</sup> Masing-masing kategori ditentukan skornya menggunakan skala Likert 0-5, dengan ketentuan 0 adalah skor terendah dan 5 adalah skor tertinggi. Skor total dinyatakan dalam persentase dengan cara hasil penjumlahan dari kategori 1-8 dibagi 40 (skor maksimal) dikalikan 100%; hasil dari penghitungan dibulatkan ke angka yang terdekat.

Tahap berikutnya merupakan tahap ekstraksi yaitu mengorganisasi informasi yang ada pada artikel dalam tabel berupa nama penulis, tahun, judul, tujuan, desain penelitian, jumlah dan karakteristik responden, hasil, dan skor CCAT. Proses sintesis dalam penelitian ini sebagai berikut<sup>8</sup>: data hasil ekstraksi mengenai depresi dan *bullying* dikelompokkan dalam kategori, yaitu kategori-kategori depresi dan *bullying*, kemudian disintesis. Data kuantitatif disajikan dan dianalisis secara deskriptif; data kualitatif secara tematis dikategorikan menggunakan tema utama yang relevan dengan pertanyaan penelitian.

## HASIL

Sejumlah 19 artikel didapat pada proses penilaian kelayakan menggunakan instrumen CCAT ditampilkan pada Gambar 1. Sementara ke-19 artikel yang di-review dalam penelitian ini ditampilkan pada Tabel 1.



Gambar 1. Diagram alir PRISMA penelitian

Tabel 1. Identitas artikel yang dimasukkan ke sintesis (n=19)

Peneliti	Jurnal	Tahun	Judul
Bar-Zomer J, Brunstein Klomek A	Frontiers in Psychiatry	2018	<i>Attachment to parents as a moderator in the association between sibling bullying and depression or suicidal ideation among children and adolescents.</i>
Becker SP, Mehari KR, Langberg JM, Evans SW	European Child & Adolescent Psychiatry	2017	<i>Rates of peer victimization in young adolescents with ADHD and associations with internalizing symptoms and self-esteem.</i>
Bell R, Arnold E, Golden S, Langdon S, Anderson A, Bryant A	American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Online)	2014	<i>Perceptions and psychosocial correlates of bullying among Lumbee Indian youth.</i>
DeSmet A, Deforche B, Hublet A, Tanghe A, Stremersch E, De Bourdeaudhuij I	BMC Public Health	2014	<i>Traditional and cyberbullying victimization as correlates of psychosocial distress and barriers to a healthy lifestyle among severely obese adolescents—a matched case–control study on prevalence and results from a cross-sectional study.</i>

Tabel 1. Identitas artikel yang dimasukkan ke sintesis (lanjutan)

Peneliti	Jurnal	Tahun	Judul
Hansen HH, Hasselgård CE, Undheim AM, Indredavik MS	Nordic Journal of Psychiatry	2014	<i>Bullying behaviour among Norwegian adolescents: psychiatric diagnoses and school well-being in a clinical sample.</i>
Herge WM, La Greca AM, Chan SF	Journal of pediatric psychology	2015	<i>Adolescent peer victimization and physical health problems</i>
Hong L, Guo L, Wu H, Li P, Xu Y, Gao X, Deng J, Huang G, Huang J, Lu C	Medicine	2016	<i>Bullying, depression, and suicidal ideation among adolescents in the Fujian Province of China: a cross-sectional study.</i>
Jantzer V, Haffner J, Parzer P, Resch F, Kaess M	BMC Public Health	2015	<i>Does parental monitoring moderate the relationship between bullying and adolescent nonsuicidal self-injury and suicidal behavior? A community-based self-report study of adolescents in Germany.</i>
Klomek AB, Snir A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, Hoven CW, Sarchiapone M, Balazs J, Bobes J, Brunner R	European Child & Adolescent Psychiatry	2016	<i>Association between victimization by bullying and direct self-injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study.</i>
Kowalski RM, Limber SP	Journal of Adolescent Health	2013	<i>Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying.</i>
Lee K, Guy A, Dale J, Wolke D	International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity	2017	<i>Does psychological functioning mediate the relationship between bullying involvement and weight loss preoccupation in adolescents? A two-stage cross-sectional study.</i>
Maji S, Bhattacharya S, Ghosh D	Journal of Psychosocial Research	2016	<i>Cognitive coping and psychological problems among bullied and non-bullied adolescents.</i>
Oriol X, Miranda R, Amutio A, Acosta HC, Mendoza MC, Torres-Vallejos J	PLoS One	2017	<i>Violent relationships at the social-ecological level: A multi-mediation model to predict adolescent victimization by peers, bullying and depression in early and late adolescence.</i>
Poon K	Frontiers in Psychology	2016	<i>Understanding risk-taking behavior in bullies, victims, and bully victims using cognitive-and emotion-focused approaches.</i>
Schacter HL, Juvonen J	Developmental Psychology	2015	<i>The effects of school-level victimization on self-blame: Evidence for contextualized social cognitions.</i>
Silberg JL, Copeland W, Linker J, Moore AA, Roberson-Nay R, York TP	Psychological Medicine	2016	<i>Psychiatric outcomes of bullying victimization: a study of discordant monozygotic twins.</i>
Stanley IH, Horowitz LM, Bridge JA, Wharff EA, Teach SJ	Pediatric Emergency Care	2016	<i>Bullying and suicide risk among pediatric emergency department patients.</i>
Sutin AR, Robinson E, Daly M, Terracciano A	Childhood Obesity	2016	<i>Parent-reported bullying and child weight gain between ages 6 and 15.</i>
Ybarra ML, Mitchell KJ, Kosciw JG, Korchmaros JD	Prevention Science	2015	<i>Understanding linkages between bullying and suicidal ideation in a national sample of LGB and heterosexual youth in the United States.</i>

Dari 19 *paper* tersebut, gejala depresi yang ada, dibandingkan dengan DSM-IV dan hasilnya ditampilkan pada Tabel 2. Pencarian literatur menghasilkan 19 artikel yang dianalisis dan menunjukkan gejala-gejala depresi yang muncul pada remaja korban *bullying*. Menurut

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* dalam Dirgayunita<sup>9</sup>, gejala-gejala tersebut dikelompokkan menjadi 3 kelompok, yaitu gejala psikis, gejala fisik, dan gejala sosial.

**Tabel 2. Perbandingan gejala depresi pada remaja menurut DSM-IV dan hasil penelitian**

Kelompok Gejala Depresi	Gejala depresi secara umum menurut DSM-IV	Gejala depresi pada remaja karena <i>bullying</i> dalam penelitian ini
Gejala Psikis	Sulit berkonsentrasi, mengingat, dan memutuskan.	Penurunan kemampuan kognitif. <sup>10, 11</sup>
	Merasa sedih, cemas, atau hampa yang terus-menerus.	Kecemasan. <sup>11-18</sup>
	Merasa putus asa dan pesimis.	N/A
	Merasa bersalah, merasa tidak berharga, merasa terbebani, dan tidak berdaya.	Perasaan tidak berharga dan/atau rasa bersalah yang berlebihan. <sup>11, 14-15, 19-20</sup>
	Tidak tenang dan mudah tersinggung.	N/A
	Berpikir untuk mati dan bunuh diri, sensitif, serta kehilangan rasa percaya diri.	Pikiran mengenai kematian: Ide bunuh diri. <sup>11, 12, 17, 20-26</sup> Rencana bunuh diri. <sup>26</sup> Usaha bunuh diri. <sup>12, 26</sup>
	N/A	Kesepian. <sup>12, 13</sup>
Gejala Fisik	Gangguan pola tidur.	Gangguan tidur. <sup>18</sup>
	Menurunnya nafsu makan atau makan berlebihan.	Perubahan nafsu makan dan/atau berat badan. <sup>16, 20, 27-28</sup>
	Energi lemah dan mudah lelah.	Kelelahan, keletihan, atau kehilangan energi. <sup>11</sup>
	Muncul gejala penyakit fisik yang tidak hilang (seperti sakit kepala dan masalah pencernaan).	N/A
	Terkadang merasa berat di tangan dan kaki.	N/A
Gejala Sosial	Menurunnya tingkat aktivitas.	N/A
	Menurunnya aktivitas dan minat sehari-hari.	Penurunan minat terhadap semua hal. <sup>11-12, 22</sup>
	Tidak ada motivasi untuk melakukan apa pun.	N/A
	Hilangnya hasrat untuk hidup dan keinginan bunuh diri.	N/A

Catatan : N/A = *not available* atau *no answer*

## PEMBAHASAN

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa gejala-gejala pada domain gejala fisik, gejala psikis, gejala sosial telah sesuai dengan kriteria pada DSM IV. Berikut adalah diskusi pada tiap gejala depresi pada remaja akibat *bullying* sesuai dukungan referensi hasil sintesis pada penelitian ini:

### 1. Gejala psikis

#### a. Gangguan pada kemampuan kognitif.

Dari 19 artikel, terdapat 2 artikel yang mendukung pernyataan, bahwa ada gangguan pada kemampuan kognitif remaja, sebagai akibat dari *bullying*. Salah satunya yaitu terdapat hubungan positif antara karakteristik remaja dalam 3 kelompok *bullying* (*victims*, *bully*, dan *bully/victims*) dengan kecenderungan pengambilan risiko yang lebih impulsif.<sup>10</sup> Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian O'Brennan *et al.*<sup>29</sup>

yang menunjukkan bahwa siswa yang sering terlibat *bullying* cenderung lebih impulsif.

Gangguan kemampuan kognitif lain yang ditemukan dalam penelitian ini adalah menurunnya nilai di sekolah pada remaja dengan *traditional bullying*, setidaknya 2 atau 3 kali dalam sebulan.<sup>11</sup> Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Nakamoto dan Swartz,<sup>30</sup> yang menunjukkan bahwa siswa yang mengalami *bullying*, lebih mungkin mendapat nilai yang lebih rendah.

b. Kesepian.

Ditemukan 2 artikel yang mendukung pernyataan bahwa remaja dengan *bullying*, memiliki keterkaitan dengan kesepian.<sup>12,13</sup> Selain itu, menurut Peplau dan Goldstone dalam Yusuf<sup>31</sup>, remaja dengan *bullying* yang mengalami kesepian akan cenderung memiliki kemampuan bersosialisasi yang buruk dan berakibat depresi.

c. Kecemasan.

Tujuh dari sembilan belas artikel mendukung pernyataan bahwa remaja dengan *bullying* cenderung mengalami kecemasan.<sup>11-12,14-18</sup> Lebih lanjut, *physical victimization* dan *relational victimization* dapat meningkatkan gejala kecemasan.<sup>12,14</sup> Penelitian yang dilakukan oleh Maji *et al.*<sup>15</sup> mendapatkan hasil bahwa pada remaja yang mengalami *bullying* mengalami peningkatan kecemasan dibanding remaja yang tidak mengalami *bullying*. Hal serupa juga disampaikan Silberg *et al.*<sup>17</sup> serta Kowalski dan Limber.<sup>11</sup> Hasil-hasil tersebut selaras dengan penelitian sebelumnya bahwa kelompok *bully/victims* cenderung lebih sering mengalami gejala kecemasan.<sup>32</sup> Kecemasan sosial pada remaja menjadi mediator antara *peer victim* dengan masalah kesehatan.<sup>18</sup>

d. Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan.

Terdapat 1 artikel yang menemukan bahwa remaja laki-laki memiliki harga diri yang rendah disebabkan adanya *victim relational*, tetapi tidak pada remaja perempuan.<sup>14</sup> Penelitian sebelumnya mendapatkan hasil bahwa *bullying* dan *victimization* lebih sering terjadi pada anak laki-laki (69%) daripada perempuan (31%). Hal ini mendasari bahwa anak laki-laki memiliki harga diri yang lebih rendah.<sup>33</sup>

e. Pikiran mengenai kematian.

Terdapat 10 artikel yang berkaitan dengan *bullying* pada remaja dan ide bunuh diri.<sup>11-12,17,20-26</sup> Sesuai dengan tabel 2, ide bunuh diri merupakan gejala yang paling banyak ditemukan dalam perilaku *bullying*. Penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa ada peningkatan risiko ide bunuh diri yang terkait dengan perilaku *bullying* dan *cyberbullying*.<sup>34</sup>

Hanya satu artikel yang membahas mengenai remaja dengan *bullying* yang mengakibatkan remaja memiliki rencana untuk melakukan bunuh diri seperti dalam



tabel 2.<sup>26</sup> Konsisten dengan penelitian Skapinakis *et al.*<sup>35</sup>, yang menemukan bahwa korban perilaku *bullying* lebih mungkin untuk memiliki rencana bunuh diri pada setiap minggu.

Terdapat 2 artikel yang memaparkan hasil penelitian terkait adanya hubungan antara remaja yang terlibat dalam *bullying* dengan usaha bunuh diri.<sup>12,26</sup> Hasil serupa juga dilaporkan oleh Evans *et al.*<sup>36</sup>, yang menunjukkan bahwa 9,7% (95% CI, 8,5-10,9) dari remaja melaporkan mereka telah mencoba bunuh diri. Penelitian Simbar *et al.* dalam Andriani *et al.*<sup>37</sup> menjelaskan bahwa remaja yang mengalami *bullying* memiliki harga diri rendah, sehingga menarik diri dari lingkungan sekitar dan kejadian yang berlanjut akan memunculkan ide bunuh diri.

## 2. Gejala fisik

### a. Perubahan nafsu makan dan atau berat badan.

Empat dari sembilan belas artikel menyatakan bahwa adanya hubungan antara *bullying* dengan gangguan nafsu makan dan berat badan.<sup>16,20,27-28</sup> Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lee *et al.*<sup>27</sup> menunjukkan bahwa *bullying* berdampak pada penurunan berat badan. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Sutin *et al.*<sup>28</sup>, yang menyatakan bahwa semua *group bullying* berisiko meningkat berat badannya. Hasil penelitian Sutin *et al.*<sup>28</sup> didukung oleh penelitian Sutin dan Zonderman<sup>38</sup> yang menyatakan anak-anak dengan *bullying* lebih berisiko mengalami kenaikan berat badan.

### b. Gangguan tidur.

*Peer victimization* juga dapat memengaruhi gejala depresi terkait dengan defisit tidur dan kelebihan tidur.<sup>18</sup> Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Sticca dan Perren<sup>39</sup> yang menunjukkan bahwa remaja dengan *cyber bullying* cenderung mengalami kesulitan tidur.

### c. Kelelahan, keletihan, atau kehilangan energi.

Terdapat 1 artikel yang menyatakan bahwa remaja korban *bullying* memiliki kecenderungan gangguan kesehatan fisik yang lebih besar dibanding mereka yang tidak terlibat.<sup>11</sup> Hal ini didukung oleh penelitian Biebl *et al.*<sup>40</sup>, yang menyatakan gangguan kesehatan fisik ditemukan pada remaja yang melaporkan mengalami *peer victimization*.

## 3. Gejala sosial

Terdapat 3 artikel yang membahas hubungan antara *bullying* dengan penurunan minat. Remaja yang memiliki perilaku pro-sosial, berisiko lebih rendah dalam melukai diri sendiri secara langsung, setelah menjadi korban *bullying*, dibanding siswa tanpa dukungan/perilaku pro-sosial.<sup>12</sup> Korban *bullying* tradisional tiga kali lebih mungkin memiliki kualitas hidup rendah daripada yang tidak menjadi korban.<sup>22</sup>

Pada penelitian ini, perincian gejala depresi pada remaja korban *bullying* serupa dengan karakteristik pada DSM-IV dan dapat pula digolongkan pada penggolongan Dirgayunita.<sup>9</sup> Lebih lanjut, pada penelitian ini ditemukan gejala tambahan yakni pada kelompok gejala psikis, yang berupa perasaan kesepian. Gejala khas depresi pada remaja korban *bullying* adalah gejala psikis berupa ide bunuh diri. Ide bunuh diri menjadi tanda dan gejala depresi pada remaja korban *bullying* yang paling banyak muncul pada hasil penelitian ini. Hal ini sejalan dengan data statistik dari *Centers for Disease Control and Prevention* yang menyebutkan bahwa bunuh diri merupakan penyebab kematian kedua terbanyak pada remaja<sup>29</sup>, dan disebutkan bahwa menjadi korban *bullying* adalah salah satu contoh *stressor* yang turut berkontribusi terhadap tingginya angka bunuh diri pada remaja.<sup>30</sup>

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dari 19 literatur, terdapat beberapa tanda dan gejala depresi yang diakibatkan oleh *bullying*. Tanda dan gejala depresi tersebut dibagi menjadi tiga kelompok: gejala psikis, gejala fisik, dan gejala sosial. Tanda dan gejala depresi pada remaja dengan *bullying* yang paling banyak dibahas dalam penelitian ini adalah gejala psikis khususnya pikiran mengenai kematian (ide bunuh diri). Pada setiap kelompok *bullying* (*bully*, *victims*, dan *bully/victims*) memiliki perbedaan tingkat gejala depresi baik gejala psikis, gejala fisik, dan gejala sosial.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, salah satunya yaitu keterbatasan waktu, sehingga pencarian artikel hanya dilakukan pada empat *database*. Meski penggunaan limitasi pada *database* cukup banyak, namun tetap menghasilkan artikel dengan topik yang relatif spesifik, sehingga penelitian selanjutnya dapat meluaskan pada topik gejala depresi pada remaja secara umum.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada semua pihak yang telah terlibat dalam proses penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Marcus M, Yasamy MT, Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. Depression A Global Public Health Concern. *World Health Organization Paper on Depression*. 2012;6–8.
2. Government of Western Australia Departement of Health. Child and Adolescent Community Health: Guideline Depression. <https://www.pmh.health.wa.gov.au/general/CACH/docs/policy/CACH.SH.Depression.pdf.2016>
3. Kementerian Kesehatan RI. Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2016. <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf.2015>
4. Komisi Perlindungan Anak Indonesia. KPAI: Kasus *Bullying* dan Pendidikan Kanker. <http://www.kpai.go.id/berita/kpai-kasus-bullying-dan-pendidikan-karakter/>.2014
5. Ramadhani A, Retnowati S. Depresi pada Remaja Korban *Bullying*. *Jurnal Psikologi*. 2013;9(2):73-9.
6. Kardiana IGS, Westa, IW. Gambaran Tingkat Depresi terhadap Perilaku *Bullying* pada Siswa di SMP PGRI 2 Denpasar. *Elektronik Jurnal Medika Udayana*. 2015;4(6).
7. Crowe M. Crow Critical Appraisal Tool (CCAT) User Guide Form (v1.4). <https://conchra.com.au/wp-content/uploads/2015/12/CCAT-user-guide-v1.4.pdf> .2013

8. Pham MD, Romero L, Parnell B, Anderson DA, Crowe SM, Luchters S. Feasibility of Antiretroviral Treatment Monitoring in the Era of Decentralized HIV Care: A Systematic Review. *AIDS Research and Therapy*. 2017 Dec;14(1):3.
9. Dirgayunita A. Depresi: Ciri, Penyebab, dan Penanganannya. *Journal An-Nafs: Kajian Penelitian Psikologi*. 2016 Sep 19;1(1):1-4.
10. Poon K. Understanding Risk-Taking Behavior in Bullies, Victims, and Bully Victims Using Cognitive-and Emotion-Focused Approaches. *Frontiers in Psychology*. 2016 Nov 29;7:1838.
11. Kowalski RM, Limber SP. Psychological, Physical, and Academic Correlates of Cyberbullying and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*. 2013 Jul 1;53(1):S13-20.
12. Klomek AB, Snir A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, Hoven CW, Sarchiapone M, Balazs J, Bobes J, Brunner R. Association between Victimization by Bullying and Direct Self Injurious Behavior among Adolescence in Europe: a Ten-Country Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2016 Nov 1;25(11):1183-93.
13. Oriol X, Miranda R, Amutio A, Acosta HC, Mendoza MC, Torres-Vallejos J. Violent Relationships at The Social-Ecological Level: A Multi-Mediation Model to Predict Adolescent Victimization by Peers, Bullying and Depression in Early and Late Adolescence. *PLoS one*. 2017 Mar 30;12(3):e0174139.
14. Becker SP, Mehari KR, Langberg JM, Evans SW. Rates of Peer Victimization in Young Adolescents with ADHD and Associations with Internalizing Symptoms and Self-Esteem. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2017 Feb 1;26(2):201-14.
15. Maji S, Bhattacharya S, Ghosh D. Cognitive Coping and Psychological Problems among Bullied and Non-Bullied Adolescents. *Journal of Psychosocial Research*. 2016 Jul 1;11(2):387.
16. Hansen HH, Hasselgård CE, Undheim AM, Indredavik MS. Bullying Behaviour among Norwegian Adolescents: Psychiatric Diagnoses and School Well-Being in a Clinical Sample. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2014 Jul 1;68(5):355-61.
17. Silberg JL, Copeland W, Linker J, Moore AA, Roberson-Nay R, York TP. Psychiatric Outcomes of Bullying Victimization: A Study of Discordant Monozygotic Twins. *Psychological Medicine*. 2016 Jul;46(9):1875-83.
18. Herge WM, La Greca AM, Chan SF. Adolescent Peer Victimization and Physical Health Problems. *Journal of Pediatric Psychology*. 2015 Jun 6;41(1):15-27.
19. Schacter HL, Juvonen J. The Effects of School-Level Victimization on Self-Blame: Evidence for Contextualized Social Cognitions. *Developmental Psychology*. 2015 Jun;51(6):841.
20. Bell R, Arnold E, Golden S, Langdon S, Anderson A, Bryant A. Perceptions and Psychosocial Correlates of Bullying among Lumbee Indian youth. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Online)*. 2014;21(1):1.
21. Ybarra ML, Mitchell KJ, Kosciw JG, Korchmaros JD. Understanding Linkages between Bullying and Suicidal Ideation in a National Sample of LGB and Heterosexual Youth in the United States. *Prevention Science*. 2015 Apr 1;16(3):451-62.
22. DeSmet A, Deforche B, Hublet A, Tanghe A, Stremersch E, De Bourdeaudhuij I. Traditional and Cyberbullying Victimization as Correlates of Psychosocial Distress and Barriers to a Healthy Lifestyle among Severely Obese Adolescents—A Matched Case–Control Study on Prevalence and Results from A Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*. 2014 Dec;14(1):224.
23. Bar-Zomer J, Brunstein Klomek A. Attachment to Parents as a Moderator in the Association Between Sibling Bullying and Depression or Suicidal Ideation among Children and Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*. 2018 Mar 12;9:72.
24. Hong L, Guo L, Wu H, Li P, Xu Y, Gao X, Deng J, Huang G, Huang J, Lu C. Bullying, Depression, and Suicidal Ideation among Adolescents in the Fujian Province of China: a Cross-Sectional Study. *Medicine*. 2016 Feb;95(5).
25. Stanley IH, Horowitz LM, Bridge JA, Wharff EA, Teach SJ. Bullying and Suicide Risk among Pediatric Emergency Department Patients. *Pediatric Emergency Care*. 2016 Jun;32(6):347.
26. Jantzer V, Haffner J, Parzer P, Resch F, Kaess M. Does Parental Monitoring Moderate the Relationship between Bullying and Adolescent Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior? A Community-Based Self-Report Study of Adolescents in Germany. *BMC Public Health*. 2015 Dec;15(1):583.
27. Lee K, Guy A, Dale J, Wolke D. Does Psychological Functioning Mediate the Relationship between Bullying Involvement and Weight Loss Preoccupation in Adolescents? A Two-Stage Cross-Sectional Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017 Dec;14(1):38.
28. Sutin AR, Robinson E, Daly M, Terracciano A. Parent-Reported Bullying and Child Weight Gain between Ages 6 and 15. *Childhood Obesity*. 2016 Dec 1;12(6):482-7.
29. O'Brennan LM, Bradshaw CP, Sawyer AL. Examining Developmental Differences in the Social-Emotional Problems among Frequent Bullies, Victims, and Bully/Victims. *Psychology in the Schools*. 2009 46(2), 100-115.
30. Nakamoto J, Schwartz D. Is Peer Victimization Associated with Academic Achievement? A Meta Analytic Review. *Social Development*. 2010 19(2), 221-242.
31. Yusuf NP. Hubungan Harga Diri dan Kesepian dengan Depresi pada Remaja. In *Seminar ASEAN 2nd Psychology & Humanity*. Universitas Muhammadiyah Malang 2016 (pp. 386-393).
32. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Rimpelä A. Bullying at School—An Indicator of Adolescents at Risk for Mental Disorders. *Journal of Adolescence*. 2000 23(6), 661-674.

33. Hertinjung WS, Karyani U. Profil Pelaku dan Korban *Bullying* di Sekolah Dasar. Hubungan Bentuk Perilaku *Bullying* dengan Tingkat Stres pada Remaja Korban *Bullying*. 2015
34. Klomek AB, Sourander A, Gould M. The Association of Suicide and Bullying in Childhood to Young Adulthood: A Review of Cross-Sectional and Longitudinal Research Findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010 55(5), 282-288.
35. Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, Magklara K, Lewis G, Araya R., ... Mavreas V. The Association between Bullying and Early Stages of Suicidal Ideation in Late Adolescents in Greece. *BMC Psychiatry*. 2011 11(1), 22.
36. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005 35(3), 239-250.
37. Andriani N, Elita V, Rahmalia S. Hubungan Bentuk Perilaku *Bullying* dengan Tingkat Stres pada Remaja Korban *Bullying*. *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan*, No Volume, 2017 426-435. Retrieved from <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSTIK/article/view/1989>
38. Sutin AR, Zonderman AB. Depressive Symptoms are Associated with Weight Gain among Women. *Psychological Medicine*. 2012 42(11), 2351-2360.
39. Sticca F, Perren S. Is Cyberbullying Worse than Traditional Bullying? Examining the Differential Roles of Medium, Publicity, and Anonymity for the Perceived Severity of Bullying. *Journal of Youth and Adolescence*, 2013 42(5), 739-750.
40. Biebl SJ, DiLalla LF, Davis EK, Lynch KA, Shinn SO. Longitudinal Associations among Peer Victimization and Physical and Mental Health Problems. *Journal of Pediatric Psychology*. 2011 36(8), 868-877.

## Hubungan Penyesuaian Diri dengan Stres pada Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta

### *Correlation Between Self Adjustment and Stress in Female Prisoners at Class II B Female Prison in Yogyakarta*

Kartika Aulia Ulfah Rachmayani<sup>1</sup>, Puji Sutarjo<sup>2</sup>, Ibrahim Rahmat<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan,

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

<sup>2</sup>Rumah Sakit Jiwa Grhasia, Yogyakarta

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas,

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

#### ABSTRACT

**Background:** A convicted criminal may experience loss of access to life facility, independency, and social relationships, which may lead to stress. One of stress symptom is self adjustment. Self adjustment is very much needed to get through prison life.

**Objective:** To identify the correlation between self adjustment and stress in female prisoners at Class II B Female Prison in Yogyakarta.

**Method:** This was correlational and analytical research with a cross-sectional design. Sample was taken using a consecutive sampling technique among 67 female prisoners at Class II B Female Prison in Yogyakarta during December 2017. Data was analysed using Pearson's correlation test.

**Result:** There were 50,7% female prisoners who had positive self adjustment, while the rest (49,3%) had negative self adjustment. The majority (80,6%) of female prisoners endured low level stress. Statistical test found a negative correlation between self adjustment and stress ( $r = -0,574$ ;  $p \text{ value} = 0,000$ ).

**Conclusion:** There is a negative correlation between self adjustment and stress in female prisoners at Class II B Female Prison in Yogyakarta.

**Keywords:** female prisoners, prison, self adjustment, stress

#### ABSTRAK

**Latar belakang:** Seseorang yang masuk ke dalam lembaga pemasyarakatan dan mengalami perubahan status menjadi seorang narapidana, dapat mengalami kehilangan fasilitas, kontrol hidup, dan hubungan sosial yang berujung pada terjadinya stres. Seseorang yang mengalami stres, menunjukkan adanya kesulitan dalam penyesuaian diri. Penyesuaian diri di lembaga pemasyarakatan merupakan hal yang penting bagi seorang narapidana.

**Tujuan:** Mengetahui hubungan antara penyesuaian diri dengan stres pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta.

**Metode:** Jenis penelitian ini adalah analitik korelasional dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2017 kepada 67 orang narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta dengan teknik *consecutive sampling*. Analisis data menggunakan uji korelasi *Pearson*.

**Hasil penelitian:** Narapidana wanita yang memiliki penyesuaian diri positif sebanyak 50,7%. Sementara 49,3% narapidana lainnya, memiliki penyesuaian diri negatif. Mayoritas (80,6%) narapidana wanita memiliki stress pada kategori rendah. Hasil uji statistik menunjukkan hubungan negatif antara penyesuaian diri dengan stres ( $r = -0,574$ ;  $p \text{ value} = 0,000$ ).

**Kesimpulan:** Terdapat hubungan negatif antara penyesuaian diri dengan stres pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta.

**Kata kunci:** lapas, narapidana wanita, penyesuaian diri, stres

---

Corresponding Author: Kartika Aulia Ulfah Rachmayani

Gedung Ismangoen, Kompleks FKMK UGM, Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

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

## PENDAHULUAN

Indonesia berada pada peringkat 20 besar dalam jumlah populasi total narapidana wanita terbanyak di Asia dan memiliki persentase 5,5% untuk populasi narapidana wanita dari keseluruhan populasi total narapidana di Indonesia.<sup>1</sup> Narapidana adalah seseorang yang sedang menjalani hukuman, yang disebabkan melakukan tindak pidana.<sup>2</sup> Narapidana yang telah ditetapkan masa hukumannya, selanjutnya menjalani masa hukuman di lembaga pemasyarakatan.<sup>3</sup>

Narapidana dapat mengalami kehilangan kontrol hidup, keluarga, fasilitas barang dan jasa, panutan, hubungan heteroseksual, kurangnya stimulasi, dan gangguan psikologis yang akhirnya dapat menjadi tekanan.<sup>4</sup> Stresor pada narapidana dapat terjadi, baik dikarenakan dirinya sendiri, maupun lingkungan eksternalnya.<sup>5</sup> Keadaan yang dibatasi dan rasa terisolasi juga merupakan stresor yang dapat menimbulkan stres pada narapidana wanita.<sup>6</sup>

Smith & Timboli<sup>7</sup> melaporkan bahwa persentase wanita yang mengalami stres, lebih tinggi daripada laki-laki, dengan perbandingan 61% : 39%. Seseorang yang mengalami stres menunjukkan adanya kesulitan di dalam penyesuaian dirinya.<sup>8</sup> Narapidana banyak yang mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri, sehingga memunculkan perasaan tertekan dalam dirinya dan mengarah pada tindakan bunuh diri.<sup>9</sup> Penelitian Herawati<sup>10</sup> menunjukkan bahwa narapidana yang mampu menyesuaikan diri, memiliki tingkat stres yang rendah.

Penyesuaian diri merupakan kemampuan seseorang saat menghadapi tuntutan internal maupun eksternal, yang nantinya akan mengarah pada suatu keseimbangan.<sup>11</sup> Situasi di lapas yang beragam dan berbeda dengan keadaan pada waktu bebas, membuat narapidana merasa tertekan sehingga penyesuaian diri setiap individu dibutuhkan. Penelitian terkait stres dan penyesuaian diri belum banyak dilakukan, khususnya pada *setting* lembaga pemasyarakatan. Oleh karena itu peneliti tertarik melakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui hubungan penyesuaian diri dengan stres pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Yogyakarta.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan penyesuaian diri dengan stres pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Yogyakarta.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimen, jenis analitik korelasional, dan menggunakan rancangan *cross-sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini dilakukan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta pada bulan Desember 2017 lalu. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas IIB Yogyakarta yang berjumlah 71 orang. Sampel dalam penelitian ini diambil menggunakan teknik sampling yaitu *consecutive sampling* dan didapatkan sampel 61 responden.

Peneliti menetapkan kriteria inklusi, yaitu narapidana yang menjalani masa pidana di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta mampu membaca dan menulis, diizinkan oleh Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta untuk menjadi subjek penelitian sesuai kebijakan tertentu, dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah narapidana residivis atau yang pernah menjadi narapidana sebelumnya, tidak berada di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta saat proses pengambilan data dilakukan, dan memiliki riwayat gangguan jiwa berdasarkan data lapas.

Instrumen penyesuaian diri yang digunakan dalam penelitian ini merupakan hasil modifikasi instrumen penyesuaian diri yang disusun oleh Habibullah,<sup>12</sup> berdasarkan komponen penyesuaian diri menurut Scheneider. Kategori penyesuaian diri dibagi menjadi dua yaitu penyesuaian negatif ( $x \leq 116,28$ ) dan penyesuaian positif ( $x > 116,28$ ). Peneliti menggunakan uji validitas dan reliabilitas instrumen dengan teknik uji coba terpakai. Uji coba terpakai dilakukan karena jumlah responden yang terbatas. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penyesuaian diri menunjukkan bahwa total unit pertanyaan yang valid berjumlah 35 unit dari 41 unit pertanyaan dengan rentang 0,306 – 0,739 dan nilai *Alpha Cronbach* adalah 0,933.

Instrumen stres yang digunakan dalam penelitian ini adalah instrumen stres dari Windistiar,<sup>13</sup> berdasarkan teori stres menurut Taylor. Kategori tingkat stres menggunakan dua kelompok yaitu stres tinggi ( $x > 56$ ) dan stres rendah ( $x \leq 56$ ). Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen stres yang dilakukan oleh Windistiar menunjukkan bahwa terdapat 24 unit pertanyaan valid dengan rentang nilai 0,25 – 0,75 dan nilai *Alpha Cronbach* adalah 0,92.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan setelah memperoleh *ethical approval* dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dengan nomor etik Ref: KE/FK/1176/EC/2017. Responden yang bersedia mengikuti penelitian, telah menandatangani *informed consent*. Proses pengambilan data penelitian dilakukan oleh peneliti dengan dibantu dua asisten peneliti.

Peneliti mengolah data menggunakan program komputer untuk uji validitas, uji reliabilitas, uji normalitas, uji beda, dan uji korelasi. Analisis *univariate* yang digunakan dalam penelitian ini untuk mengetahui gambaran karakteristik responden, gambaran penyesuaian diri, dan gambaran stres pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta. Analisis *bivariate* digunakan dalam penelitian ini untuk mengetahui korelasi antara penyesuaian diri dengan stres, menggunakan uji korelasi *Pearson*.

## HASIL

Gambaran umum karakteristik responden ditampilkan pada Tabel 1. Mayoritas responden narapidana wanita berusia 26-45 tahun, berpendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA)/Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), berstatus sudah menikah, dan memiliki pekerjaan

sebelum masuk ke dalam lapas, paling banyak sebagai karyawan swasta. Narapidana yang telah memiliki anak berjumlah lebih dari separuh responden. Karakteristik lama tinggal di lapas dan lama hukuman responden, sebagian besar pada rentang lebih dari satu tahun.

**Tabel 1. Gambaran karakteristik responden narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta (n=67)**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
<b>Usia (tahun)</b>		
18-25	14	20,9
26-45	39	58,2
46-65	14	20,9
<b>Pendidikan</b>		
SD	3	4,5
SMP	15	22,4
SMA	39	58,2
D3/PT	10	14,9
<b>Status Pernikahan</b>		
Belum Menikah	10	14,9
Menikah	35	52,2
Janda	22	32,8
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	17	25,4
Ibu Rumah Tangga	12	17,9
Karyawan (Swasta)	20	29,9
Wiraswasta	10	14,9
Lainnya	8	11,9
<b>Status Kepemilikan Anak</b>		
Tidak Memiliki Anak	14	20,9
Memiliki Anak	53	79,1
<b>Lama Tinggal di Lapas</b>		
≤ 1 tahun	30	44,8
> 1 tahun	37	55,2
<b>Lama Hukuman</b>		
≤ 1 tahun	14	20,9
> 1 tahun	53	79,1

Hasil penelitian mengenai penyesuaian diri dan tingkat stres responden narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B ditampilkan dalam Tabel 2. Mayoritas responden memiliki penyesuaian diri yang positif. Namun, hanya selisih 1 responden antara yang memiliki penyesuaian diri positif dan yang memiliki penyesuaian diri negatif. Hasil penelitian mengenai tingkat stres, menunjukkan hasil bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat stres yang rendah.

**Tabel 2. Gambaran penyesuaian diri pada responden narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta (n=67)**

Kategori	Score	Jumlah	Persentase (%)
<b>Penyesuaian Diri</b>			
Negatif	$X \leq 116,28$	33	49,3
Positif	$X > 116,28$	34	50,7
<b>Tingkat Stres</b>			
Tinggi	$X > 56$	13	19,4
Rendah	$X \leq 56$	54	80,6



Uji beda nilai penyesuaian diri dengan karakteristik responden dilakukan menggunakan uji *Independent t Test* (untuk dua kelompok) dan uji Anova (lebih dari dua kelompok) ditampilkan pada Tabel 3. Hasil uji beda variabel penyesuaian diri berdasarkan karakteristik responden seperti usia, pendidikan, pekerjaan, status kepemilikan anak, lama tinggal di lapas, dan lama hukuman, memiliki nilai  $p > 0,05$ . Hal ini berarti tidak ada perbedaan yang bermakna pada nilai penyesuaian diri. Satu-satunya variabel yang memiliki nilai  $p < 0,05$  adalah status pernikahan. Nilai penyesuaian diri responden yang belum menikah, signifikan lebih tinggi (lebih baik) dibanding responden yang sudah menikah.

**Tabel 3. Hasil Uji Beda Nilai Penyesuaian Diri Berdasarkan Karakteristik Responden Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta pada Bulan Desember 2017 (n=67)**

Karakteristik Responden	Mean ± SD	p-value
<b>Usia</b>		0,560
Remaja	114,14 ± 19,283	
Dewasa	115,90 ± 11,934	
Lansia	119,50 ± 10,811	
<b>Pendidikan</b>		0,760
Rendah	115,44 ± 17,379	
Tinggi	116,59 ± 11,927	
<b>Status Pernikahan</b>		0,036*
Tidak Menikah	119,88 ± 10,963	
Menikah	113,00 ± 14,817	
<b>Pekerjaan</b>		0,250
Tidak Bekerja	114,10 ± 15,216	
Bekerja	117,95 ± 11,916	
<b>Status Kepemilikan Anak</b>		0,842
Tidak Memiliki Anak	116,93 ± 9,635	
Memiliki Anak	116,11 ± 14,388	
<b>Lama Tinggal di Lapas</b>		0,391
≤ 1 tahun	117,87 ± 11,398	
> 1 tahun	115,00 ± 14,978	
<b>Lama Hukuman</b>		0,268
≤ 1 tahun	119,86 ± 11,973	
> 1 tahun	115,34 ± 13,791	

Uji beda variabel stres responden berdasarkan karakteristik umum pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Yogyakarta ditampilkan pada Tabel 4. Dari hasil uji beda, diketahui bahwa tingkat stres responden tidak berbeda berdasarkan usia, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, status kepemilikan anak, lama tinggal, dan lama hukuman di lapas.

Hasil analisis bivariat menggunakan uji *Pearson* disajikan pada Tabel 5. Nilai korelasi tersebut menunjukkan bahwa kekuatan korelasi antar kedua variabel berada pada tingkat kuat dengan arah korelasi yang negatif. Artinya semakin positif penyesuaian diri, maka stres semakin rendah dan sebaliknya. Sementara nilai signifikansi (*p-value*) sebesar 0,000 ( $p < 0,05$ ), sehingga dalam penelitian ini dapat dikatakan memiliki hubungan yang bermakna.

**Tabel 4. Hasil uji beda stres berdasarkan karakteristik responden narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta pada Bulan Desember 2017 (n=67)**

Karakteristik Responden	Mean ± SD	p-value
<b>Usia</b>		0,096
Remaja	54,79 ± 13,628	
Dewasa	48,92 ± 9,155	
Lansia	46,29 ± 11,166	
<b>Pendidikan</b>		0,509
Rendah	51,06 ± 13,233	
Tinggi	49,06 ± 9,936	
<b>Status Pernikahan</b>		0,346
Tidak Menikah	48,28 ± 9,498	
Menikah	50,80 ± 11,963	
<b>Pekerjaan</b>		0,435
Tidak Bekerja	50,79 ± 12,275	
Bekerja	48,68 ± 9,693	
<b>Status Kepemilikan Anak</b>		0,964
Tidak Memiliki Anak	49,71 ± 8,156	
Memiliki Anak	49,57 ± 11,522	
<b>Lama Tinggal di Lapas</b>		0,156
≤ 1 tahun	47,50 ± 9,947	
> 1 tahun	51,30 ± 11,377	
<b>Lama Hukuman</b>		0,233
≤ 1 tahun	46,50 ± 7,949	
> 1 tahun	50,42 ± 11,416	

**Tabel 5. Hasil Analisis *Bivariate* Penyesuaian Diri dan Stres Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta pada Bulan Desember 2017 (n=67)**

Variabel	Stres	
	Koefisien Korelasi <i>Pearson</i>	Signifikansi ( <i>p-value</i> )
Penyesuaian diri	-0,574	0,000

## PEMBAHASAN

Penyesuaian diri pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta sebagian besar berada pada kategori penyesuaian diri positif. Hal ini dapat dipengaruhi oleh metode yang narapidana pilih untuk melakukan penyesuaian diri di antaranya patuh terhadap aturan lapas dan menjalin hubungan relasi yang baik antar warga lapas.<sup>14</sup> Perlakuan yang hangat dan ramah dari petugas juga ikut andil dalam terbentuknya penyesuaian diri positif pada narapidana.<sup>15</sup> Motivasi dari keluarga dalam pelaksanaannya juga turut membantu keberlangsungan proses penyesuaian diri narapidana.<sup>16</sup>

Penyesuaian diri yang positif terlihat dari ketaatan pada aturan yang telah ditetapkan oleh lapas dan terjalinnya relasi yang baik dengan sesama warga lapas. Narapidana juga aktif ikut serta dalam setiap kegiatan yang diadakan oleh lapas, serta menjalankan apa yang telah ditugaskan pada dirinya dengan baik dan bertanggung jawab. Petugas yang ramah, dekat, dan disegani oleh narapidana, membantu narapidana untuk tidak kehilangan kemampuan penyesuaian dirinya. Keadaan-keadaan tersebut dapat menunjukkan bahwa fungsi lapas sebagai tempat pembinaan berjalan dengan baik.

Hasil uji beda menunjukkan bahwa status pernikahan memengaruhi nilai penyesuaian diri. Narapidana wanita yang telah menikah dan memiliki anak, memiliki kesulitan lebih besar dalam mengatasi rasa sedih karena perpisahan dengan buah hatinya.<sup>17</sup> Penyesuaian diri pada narapidana wanita juga dipengaruhi oleh suami yang tidak menyediakan dukungan yang cukup bagi responden.<sup>18</sup>

Hasil penelitian menjelaskan bahwa mayoritas narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II B Yogyakarta memiliki tingkat stres yang rendah. Kehidupan narapidana selama berada di dalam lapas tentunya menyebabkan narapidana merasa tertekan. Namun, pihak lembaga pemasyarakatan mencoba meminimalisir perasaan tertekan yang muncul dalam diri narapidana. Usaha yang dilakukan lembaga pemasyarakatan adalah menyediakan pelatihan yang nantinya berguna bagi narapidana, saat kembali ke kehidupan bermasyarakat. Fasilitas yang berada di lembaga pemasyarakatan, yaitu seperti perpustakaan, alat jahit, atau alat masak, dapat menunjang hobi maupun ketrampilan narapidana.<sup>19,20</sup>

Tingkat stres yang rendah juga dapat disebabkan karena narapidana masih memiliki rasa optimisme tinggi. Optimisme yang tinggi menyebabkan narapidana mampu mengatasi stres, sehingga tidak memiliki tingkat stres yang tinggi.<sup>15</sup> Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa narapidana dapat melakukan aktivitas pembinaan sesuai dengan keinginannya, seperti menyanyi, memasak, atau membuat kerajinan tangan. Siraman rohani juga rutin diberikan oleh pihak lapas untuk mendekatkan narapidana terhadap Sang Pencipta, sehingga mampu mengalihkan perasaan tertekan pada narapidana.

Hasil uji beda menunjukkan bahwa usia, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, lama hukuman, dan lama tinggal di lembaga pemasyarakatan tidak memiliki pengaruh terhadap stres narapidana. Usia responden remaja (18-25 tahun) memiliki rerata stres yang paling tinggi di antara usia dewasa dan lansia, walaupun secara keseluruhan masih tergolong dalam tingkat stres yang rendah. Penelitian Sholichatun<sup>21</sup> menyebutkan bahwa stres pada narapidana remaja dapat muncul disebabkan oleh beberapa hal, di antaranya adalah rasa rindu kepada keluarga, bosan dengan kegiatan di lembaga pemasyarakatan, hingga adanya masalah dengan teman. Penelitian Sulistyani<sup>22</sup> juga menunjukkan hasil bahwa sumber dari stres narapidana remaja adalah perubahan tempat tinggal, pola hidup, dan status barunya sebagai narapidana. Narapidana remaja juga mengalami kesulitan dalam menjalin relasi yang baik dengan sesama karena kondisi mereka sebelumnya, yang memang bermasalah.<sup>21</sup>

Narapidana dengan tingkat pendidikan rendah memiliki rerata stres lebih tinggi dibandingkan dengan narapidana dengan latar pendidikan yang lebih tinggi. Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat memandang suatu masalah yang terjadi dalam kehidupannya dengan lebih modern, dalam arti mampu melihat dari berbagai sudut pandang.<sup>23</sup> Hal ini sejalan dengan penelitian Sunarti<sup>24</sup> yang menyatakan bahwa, semakin tinggi tingkat

pendidikan individu, maka semakin tinggi pula kemampuannya dalam melawan stres. Pendidikan tinggi memiliki peranan yang cukup penting dalam pembentukan sikap dan perilaku individu, serta memengaruhi pengambilan keputusan dalam memilih manajemen stres yang tepat.<sup>25</sup>

Status narapidana yang telah menikah memiliki rerata stres yang lebih tinggi dibandingkan narapidana yang tidak menikah. Penelitian Ilmi *et. al.*<sup>25</sup> menyebutkan bahwa narapidana wanita yang telah menikah mengalami stres karena tidak mampu melakukan tugas sebagai pasangan untuk keluarganya. Status pernikahan dalam hasil penelitian tidak berpengaruh pada tingkat stres narapidana wanita. Namun konflik-konflik yang timbul dalam hubungan pernikahan, dapat menjadi pemicu dalam munculnya stres pada wanita.<sup>26</sup>

Narapidana yang tidak bekerja sebelum masuk ke lembaga pemasyarakatan, memiliki rerata stres lebih tinggi daripada narapidana wanita yang bekerja. Individu yang tidak bekerja memiliki pendapatan lebih rendah, sehingga memicu timbulnya masalah keuangan. Masalah keuangan sangat berpengaruh pada kondisi psikis individu dan sering kali membuat individu mengalami stres.<sup>27</sup>

Narapidana yang memiliki anak menunjukkan rerata stres yang lebih rendah daripada narapidana yang tidak memiliki anak. Howser & MacDonald dalam Jiang & Winfree<sup>18</sup> menyatakan bahwa kontak dengan keluarga, terutama anak-anak dari narapidana, dapat membantu narapidana untuk tetap mempertahankan hubungan kekeluargaan dan harapan hidup. Komunikasi dengan anak membuat narapidana wanita mampu untuk merencanakan hidupnya kembali dengan lebih positif dan menurunkan tingkat residivisme.<sup>28</sup>

Responden yang lama tinggal di lembaga pemasyarakatan dan lama hukuman yang lebih dari satu tahun memiliki rerata stres yang lebih tinggi daripada yang kurang dari satu tahun. Penelitian Siswati & Abdurrohman<sup>29</sup> memperoleh hasil bahwa terdapat hubungan positif yang sangat signifikan antara lama hukuman dengan tingkat stres narapidana. Penelitian Nuria *et. al.*<sup>30</sup> juga melaporkan bahwa terdapat perbedaan tingkat stres pada narapidana, ditinjau dari lama hukuman yang diterima. Narapidana memandang lama hukuman sebagai konsekuensi atas kejahatan yang telah dilakukannya dan suatu tekanan yang dapat menimbulkan stres pada dirinya.<sup>29</sup>

Pada penelitian ini, terdapat hubungan dengan arah negatif yang cukup kuat, antara penyesuaian diri dan stres responden. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Herawati<sup>10</sup> yang menyebutkan bahwa semakin tinggi penyesuaian diri, maka tingkat stres semakin rendah, begitu juga sebaliknya, dengan efektivitas sebesar 59,90%.

Stres merupakan suatu reaksi tubuh yang muncul dan disebabkan oleh stresor-stresor di sekeliling individu. Stresor diartikan sebagai rangsangan yang akan memunculkan suatu respons yaitu stres, yang kemudian dapat muncul dan terlihat secara fisik.<sup>31</sup> Narapidana mengalami banyak hal seperti perpisahan dengan keluarga, status sebagai narapidana,

meninggalkan aktivitas sehari-hari, dan juga kebebasan yang menjadi beban tersendiri bagi narapidana.<sup>13</sup>

Penyesuaian diri dikatakan positif, apabila narapidana mampu mengambil keputusan dalam menghadapi stresor. Narapidana juga mampu mempersepsi realita, mengungkapkan hal yang dirasakannya dengan asertif, serta memiliki hubungan relasi yang baik dengan seluruh warga lembaga pemasyarakatan. Kemampuan untuk menerima masa hukuman dan menjalankannya dengan baik, juga ikut berperan dalam timbulnya penyesuaian diri yang positif.<sup>32</sup> Penelitian Malik<sup>32</sup> melaporkan bahwa narapidana yang menerima keadaan dirinya, akan memiliki penyesuaian diri yang positif dan dapat meminimalkan stresor yang terjadi pada dirinya.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Mayoritas narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Yogyakarta memiliki nilai penyesuaian diri yang positif. Sementara, tingkat stres sebagian besar narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Yogyakarta dalam kategori rendah. Terdapat hubungan yang signifikan antara penyesuaian diri dengan stres, pada narapidana wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II B Yogyakarta dengan korelasi kuat dan arah negatif.

Saran untuk narapidana adalah diharapkan dapat berperan aktif dalam mengikuti pembinaan yang telah disediakan oleh lembaga pemasyarakatan dan menjalin hubungan yang baik dengan seluruh warga lembaga pemasyarakatan. Hal ini dapat membantu meningkatkan kemampuan penyesuaian diri dan menurunkan perasaan stres pada narapidana. Saran bagi lembaga pemasyarakatan adalah petugas lembaga pemasyarakatan diharapkan tetap mempertahankan atau meningkatkan sikap yang hangat serta ramah terhadap narapidana wanita, sehingga dapat menjadi sebuah dukungan bagi narapidana dalam proses penyesuaian diri dan meminimalkan stres yang mungkin terjadi pada narapidana. Bagi peneliti selanjutnya yang tertarik mengenai topik penyesuaian diri ini, disarankan untuk dapat melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berpengaruh pada penyesuaian diri narapidana.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua responden yang sudah berpartisipasi dalam penelitian ini, kepada pihak-pihak lembaga pemasyarakatan yang telah mengizinkan dan mendampingi selama proses penelitian sehingga penelitian ini dapat berjalan dengan lancar.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Highest to Lowest - Female Prisoners (Percentage of Prison Population) | World Prison Brief [Internet]. Prisonstudies.org. 2018 [cited 24 Mei 2018]. Available from: [http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/female-prisoners?field\\_region\\_taxonomy\\_tid=16](http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/female-prisoners?field_region_taxonomy_tid=16).

2. Alwi H. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka. 2003.
3. Republik Indonesia. Undang-Undang No. 12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan. Jakarta: Sekretariat Negara. 1995.
4. Cooke D, Baldwin P, Howison J. Menyingkap Dunia Gelap Penjara. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama; 2008.
5. Nilamastuti M. Hubungan Tingkat Spiritual dengan Tingkat Stres pada Narapidana di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II A Kabupaten Jember [Skripsi]. Universitas Jember; 2016.
6. Segarahayu R. Pengaruh Manajemen Stres terhadap Penurunan Tingkat Stres pada Narapidana di LPW Malang [Undergraduate]. Malang: Universitas Negeri Malang. 2013.
7. Smith N, Timboli L. Comorbid Substance and Non-substance Mental Health Disorder and Re-Offending Among NSW Prisoners. *Crime And Justice*. 2010.
8. Nevid J, Rathus S, Greene B. Psikologi Abnormal. Jakarta: Erlangga; 2002.
9. Rohmanto R. Penyesuaian Diri pada Narapidana. *Assertive*. 2013.
10. Herawati N. Hubungan Penyesuaian Diri dengan Tingkat Stres pada Narapidana di Lembaga Pemasyarakatan Lamongan [Skripsi]. Depok: Universitas Indonesia. 2007.
11. Ghufron M, Suminta R. Teori-Teori Psikologi. Jakarta: Ar-Ruzz Media Grup; 2010.
12. Habibullah. Hubungan antara Konsep Diri dengan Penyesuaian Diri Gelandangan dan Pengemis pada Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Sistem Pant di Pant Sosial Bina Karya Pangudi Luhur. *Sosio Konsepsia*; 2010.
13. Windistiar D. Hubungan Dukungan Sosial dengan Stres Narapidana Wanita [Skripsi]. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang; 2016.
14. Harnowo D. Bentuk-Bentuk Penyesuaian Diri Narapidana Narkoba di Lembaga Pemasyarakatan Kelas I Lowokwaru Malang [Skripsi]. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang; 2007.
15. Ekasari A, Susanti N. Hubungan antara Optimisme dan Penyesuaian Diri dengan Stres pada Narapidana Kasus Napza di LAPAS Kelas II A Bulak Kapal Bekasi. *Soul*. 2009;.
16. Priastuti D. Penyesuaian Diri Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan [Skripsi]. Universitas Komputer Indonesia; 2012.
17. Loper A, Tuerk E. Improving The Emotional Adjustement and Communication Patterns of Incarcerated Mothers: Effectiveness of A Prison Parenting Intervention. *Journal Child Family Study*. 2010: 89-101.
18. Jiang S, Winfree T. Social Support, Gender, and Inmate Adjustement to Prison Life. *The Prison Journal*. 2006: 32-55.
19. Juniarta N, Rupawan M, Sipahutar I. Hubungan antara Harga diri (*Self-Esteem*) dengan Tingkat Stres Narapidana Wanita di Lapas Klas II A Denpasar. *Coping Ners Journal*. 2015.
20. Susanti W. Hubungan Dukungan Sosial dengan Stres pada Narapidana Penyalahgunaan NAPZA di Lembaga Pemasyarakatan Narkotika Kelas II A Sleman Yogyakarta [Skripsi]. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah'; 2010.
21. Sholichatun Y. Stres dan Strategi *Coping* pada Anak Didik di Lembaga Pemasyarakatan Anak. *Jurnal Psikologi Islam*. 2011: 23-42.
22. Sulistyani F. Stres dan Konsep Diri Narapidana Remaja di Lembaga Pemasyarakatan Anak Kutoarjo Jawa Tengah [Tesis]. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah'. 2010.
23. Nasrani L & Purnawati S. Perbedaan Tingkat Stres antara Laki-laki dan Perempuan pada Peserta Yoga di Kota Denpasar [Skripsi]. *E-Jurnal Medika Udayana*. 2015:4(12).
24. Sunarti N. Tipe Kepribadian, Tingkat Pendidikan, Status Sosial Ekonomi dan Ide Bunuh Diri (Studi Kasus di Kota Surakarta) [Tesis]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2012.
25. Ilmi Z M, Dewi El & Rasni H. Pengaruh Relaksasi Otot Progresif terhadap Tingkat Stres Narapidana Wanita di Lapas Kelas II A Jember. *e-jurnal Pustaka Kesehatan*, 2017: 497-504.
26. Lestari NF & Hartini N. Hubungan antara Tingkat Stres dengan Frekuensi Kekambuhan pada Wanita Penderita Asma Usia Dewasa Awal yang Telah Menikah. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*, 2014: 7-15.
27. Fajarani AS & Ariani NP. Tingkat Stres dan Harga Diri Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II A Kota Bogor. *Jurnal Riset Kesehatan*. 2017: 26-33.
28. Mignon S & Ransford P. Mothers in Prison: Maintaining Connections with Children. *Social Work in Public Health*. 2012: 27(1-2), 69-88. doi: 10.1080/19371918.2012.630965.
29. Siswati TI & Abdurrohman. Masa Hukuman dan Stres pada Narapidana. *Proyeksi*. 2007: 95-106.
30. Nuria MW, Handayani PK & Rahmawati EI. Perbedaan Tingkat Stres Narapidana di Lembaga Pemasyarakatan Kelas II A Jember di Tinjau dari Lama Vonis [Skripsi]. Jember: Universitas Muhammadiyah Jember. 2016.
31. Gaol N. Teori Stres: Stimulus, Respons, dan Transaksional. *Buletin Psikologi*. 2016: 1-11.
32. Malik H. Pengaruh Penerimaan Diri terhadap Penyesuaian diri pada Narapidana Wanita di Lembaga Pemasyarakatan Wanita Kelas II A Sungguminasa [Skripsi]. Makassar: Universitas Negeri Makassar. 2017.