

ANALISIS FAKTOR SOSIAL EKONOMI BUDAYA PERILAKU PASANGAN USIA SUBUR DALAM MENENTUKAN JUMLAH ANAK DI KABUPATEN BANTUL

Hariza Adnani

STIKES Surya Global Yogyakarta.

E-mail: adnani.hariza@yahoo.com

Abstract: This research aimed to understand of various fertile couple to decide amount of their children to be more than two person based from the social, economic, cultural, family factor. This research is evaluation research, with the fertile couple aged 20-49 years old as the subject. As the comparison, the opinion from an key informan from BKKBN of Yogyakarta. Snowball sampling are used as informan choosing technique. Conclusion: First, various social reason that cause fertile couple have many children: children is a gift from Allah SWT, also the rejection of KB as effort to limit amount of children. Amount of children that have been planned by the fertile couples are : two until five children. Most of society elders suggest the couple to have 2-4 children only. Whereaas the medical staff suggests to limit amount of the children and add the distance between birth. Second, observed from economic factor for primary need, all informan believe that they are able to fulfill their children's need, with following the system and design that's been applied. Third, observed from cultural factor, the tradition to have no more than two children are good enough. However, caused by the Java tradition that follow paternalistic, then male children are still wished. Fourth. pregnancy and birth history is one of the considerations to decide amount of the children. Husband and wife must consider it together to decide amount of the children.

Keywords: fertile couple, social factor, economic factor, cultural factor

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku PUS dalam menentukan jumlah anak lebih dari dua orang berdasarkan faktor sosial ekonomi budaya keluarga. Jenis penelitian ini adalah penelitian evaluasi dengan subyek penelitian pasangan usia subur (PUS) usia 20-49 tahun. Sebagai pembanding seorang informan kunci dari BKKBN Yogyakarta. Teknik penentuan informan ditentukan dengan *snowball sampling*. Kesimpulan: Pertama, ada berbagai alasan sosial yang menyebabkan PUS mempunyai banyak anak: anak adalah rezeki dari Allah SWT, ketididaksetujuan KB sebagai pembatasan jumlah anak. Jumlah anak yang direncanakan oleh para PUS adalah: 2-5 orang. Penilaian tokoh masyarakat secara garis besar menyarankan memiliki 2-4 anak. Penilaian dari tenaga medis/kesehatan ialah: jarak jangan terlalu dekat, dan jangan menambah anak lagi. Kedua, ditinjau dari segi ekonomi untuk kebutuhan primer, seluruh informan merasa sudah mampu untuk memenuhi kebutuhan anak-anakny, asalkan mengikuti sistem yang diterapkan. Ketiga, ditinjau dari segi budaya, tradisi untuk mempunyai dua anak saja sudah cukup baik. Keempat, riwayat kehamilan atau melahirkan merupakan salah satu pertimbangan dalam menentukan jumlah anak. Suami dan istri harus saling membicarakannya secara bersama-sama dalam menentukan jumlah anak.

Kata kunci: pasangan usia subur, faktor sosial, faktor ekonomi, faktor budaya

PENDAHULUAN

Berdasarkan visi dari BKKBN RI keluarga berkualitas tahun 2015 bertujuan untuk menyiapkan keluarga, penduduk dan masyarakat yang maju, mandiri dan berketahanan agar mampu berdaya saing dengan bangsa-bangsa lain di dunia. Keluarga berkualitas adalah keluarga sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak ideal, berwawasan ke depan, bertanggung jawab, harmonis dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa (BKKBN, 2005)

Keluarga berkualitas akan tercapai apabila pasangan usia subur (PUS) memahami tentang kesehatan reproduksi, yaitu suatu keadaan sejahtera baik fisik, mental, sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta proses dan fungsinya. Beberapa komponen prioritas dalam kesehatan reproduksi adalah (1) kesehatan ibu dan bayi baru lahir, (2) keluarga berencana, (3) pencegahan dan (4) penanganan penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS (DepKes RI, 2001).

Berdasarkan rekomendasi dari *World Health Organization* (WHO) usia yang dianggap paling aman mengalami kehamilan dan persalinan adalah usia 20-30 tahun. Sedangkan menurut BKKBN (2000) usia untuk hamil dan melahirkan adalah 20-30 tahun, lebih atau kurang dari usia tersebut adalah berisiko. Oleh karena itu perlu adanya kesehatan keluarga sebagai modal dasar, bahkan utama demi meningkatkan mutu kehidupan.

Masalah kesehatan reproduksi merupakan masalah bersama suami dan istri. WHO memperkirakan kesehatan reproduksi yang buruk berjumlah 33% dari jumlah total beban penyakit pada wanita dibandingkan dengan 12,3% pada pria pada usia yang sama. Setiap tahunnya diperkirakan 4.500.000 wanita melahirkan di Indonesia dan sekitar 15.000 mengalami komplikasi

yang menyebabkan kematian. Jumlah kematian bayi dapat diperkirakan 120.000 (WHO, 2005).

Perilaku dalam pengambilan keputusan menentukan jumlah anak merupakan hak bagi tiap pasangan atau individu untuk menetapkan secara bebas dan bertanggung jawab selain perilaku yang lain seperti ; jarak kelahiran anak, waktu pasangan usia subur ingin atau tidak mempunyai anak, bermusyawarah dalam menentukan jumlah anak, serta masalah yang berkaitan dengan program KB (Muhammad,K, 2007). Akan tetapi di dalam masyarakat pada umumnya, sebagian besar PUS baru membicarakan tentang latar belakang sosial ekonomi budaya (sosekbud) mereka ketika ingin menambah jumlah anak.

Angka kelahiran ideal menurut BKKBN adalah 2,1 anak per wanita. Realisasinya, angka yang baru dicapai sebesar 2,6 anak per wanita di Indonesia. Berdasarkan data dari BKKBN tersebut, penyebabnya adalah masih banyak wanita sudah melahirkan di usia kurang dari 20 tahun atau berusia di atas 35 tahun masih melahirkan. Jumlah dan jarak kehamilan seringkali belum memenuhi kaidah kesehatan reproduksi (Arjoso, 2005). Hal inilah yang memicu adanya angka kematian ibu (AKI) menjadi tinggi.

Angka kematian ibu dan kesehatan reproduksi wanita secara sosial dipengaruhi oleh faktor kemiskinan, ketidaksetaraan gender antara laki-laki dan perempuan, kawin di usia muda dan tingkat pelayanan kesehatan reproduksi yang buruk serta kurangnya pendidikan kesehatan. Miskinnya masyarakat menyebabkan kurangnya pengetahuan dan informasi tentang hak-hak reproduksi wanita (Pusat Pelatihan dan Informasi Islam dan Hak-hak Perempuan, 2005). Berdasarkan penelitian dari Gansler H (1997), pendidikan memiliki dampak negatif pada ukuran keluarga. Sementara itu, upah tidak memiliki dampak yang signifikan.

Artinya, pendapatan yang diterima keluarga memiliki dampak yang kecil tetapi cukup signifikan pada jumlah anggota keluarga. Masyarakat dari keluarga kaya memiliki jumlah anggota keluarga yang lebih kecil. Jadi penelitian ini menyimpulkan bahwa jumlah anggota keluarga cenderung menurun dengan adanya kenaikan upah dan pendidikan.

Di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, angka kelahiran telah mencapai ke-idealannya sesuai dengan saran dari BKKBN, yaitu sebesar 1,8 anak per wanita. Angka tersebut mengungguli yang dicapai Indonesia sebesar 2,6 anak per wanita di Indonesia. Hal ini tentunya dapat memberikan gambaran keberhasilan pelaksanaan program KB di Propinsi DIY. Berdasarkan hasil wawancara penulis dengan 2 PUS yang mempunyai 3 orang anak di Bantul, dan diambil secara insidental, berpendapat bahwa anak adalah rejeki buat orang tuanya, juga ada yang ber alasan memiliki 3 anak karena belum mendapatkan anak dengan jenis kelamin yang lengkap (baru perempuan saja atau laki-laki saja).

Dari segi perekonomian, mereka tergolong menengah ke atas sehingga tidak terlalu mempermasalahkan / memikirkan ketika memutuskan untuk menambah anak lagi. Sedangkan petugas kesehatan seperti bidan maupun perawat yang berdinan dan bertempat tinggal di sekitar wilayahnya cenderung biasa saja dalam menilai kelahiran anak ketiganya. Bertitik tolak dari hal tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang analisis faktor sosial ekonomi budaya perilaku PUS dalam menentukan jumlah anak.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian evaluasi, yang lebih menekankan pengumpulan data untuk mendeskripsikan keadaan

sesungguhnya di lapangan. (Sugiyono, 2003). Penelitian evaluasi yang dimaksudkan adalah evaluasi formatif (menekankan pada proses), dengan pendekatan penelitian kualitatif. Subyek penelitian (informan) dalam penelitian ini adalah PUS usia 20-49 tahun, dan seorang informan kunci. Teknik penentuan informan dengan *snowball sampling*, yaitu subjek penelitian yang sesuai dengan kriteria penelitian diambil sebagai responden, kemudian informan tersebut diminta referensinya tentang PUS yang sesuai sebagai informan dan seterusnya sehingga akan mendapatkan informasi yang bervariasi. Sebagai pembanding penulis meminta pendapat dari seorang informan kunci (*key informan*) dari BKKBN Yogyakarta. Peneliti menetapkan *setting* penelitian 4 dimensi yaitu: dimensi subyek: PUS, dimensi kegiatan penelitian: perilaku PUS dalam menentukan jumlah anak. Dimensi waktu: bulan Oktober 2010. Dimensi tempat: wilayah Kabupaten Bantul. Teknik pengumpulan data yang dipergunakan adalah pengamatan berpartisipasi (*participation observation*), dan wawancara mendalam (*in-depth interviewing*).

Sementara uji keabsahan data dilakukan dengan membandingkan data hasil pengamatan dengan hasil wawancara (triangulasi metode), dan membandingkan hasil wawancara PUS dengan informan kunci dari BKKBN (triangulasi sumber). Strategi untuk menjamin keabsahan data menggunakan dari Moleong (2004) yaitu memperpanjang keterlibatan penelitian di lapangan selama kurang lebih 3 bulan. Teknik analisis data yang dilakukan dengan menggunakan reduksi data, *display* data dan verifikasi data. Reduksi data dilakukan agar peneliti dapat memilih data yang relevan dengan penelitian yang sedang dilaksanakan. *Display* data dilakukan dengan menyajikan data secara sistematis mengenai perilaku pasangan usia subur terhadap penentuan jumlah

anak berdasarkan latar belakang sosial ekonomi budayanya. Menarik kesimpulan/ verifikasi data dilakukan dengan melihat kembali pada reduksi data maupun pada *display* data, sehingga kesimpulan yang diambil tidak menyimpang dari data yang dianalisis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Pasangan Usia Subur (PUS)

Karakteristik 5 orang PUS (informan) dan seorang informan kunci adalah :

Tabel 1. Karakteristik Informan dan Informan Kunci berdasarkan Usia, Pendidikan, Pekerjaan, dan Jumlah Anak di Kabupaten Bantul

Inisial Informan	Usia		Pendidikan		Pekerjaan		Jml Anak
	suami	istri	suami	Istri	suami	istri	
Ibu S (Informan 1)	53	41	S1	DIII	Wiraswasta	Karyawan swasta	7 (4L,3 P) Hamil ke8
Ibu M (Informan 2)	34	30	S2	S1	Karyawan swasta	Karyawan swasta	2 (L) Hamil ketiga
Bpk D (Informan 3)	45	43	S1	S1	Karyawan swasta	wiraswasta	8 (3L,5 P)
Ibu SM (Informan 4)	42	40	S1	S1	Karyawan swasta	BUMN	3 (3L)
Ibu M (Informan 5)	28	28	SMA	SMA	Polisi	Ibu RT	3 (2L 1 P)
Bpk R (Informan kunci)	56	55	S2	S1	PNS (pensiunB KKBN)	Ibu RT	1 (L)

Sumber : Olah Data Primer, 2010

Berdasarkan jumlah anak yang didapatkan dari para PUS berbeda-beda, akan tetapi berkisar 3 sampai dengan 8 anak. Hal ini bertentangan dengan jumlah anak ideal yang dianjurkan pemerintah yaitu dua orang, dan yang dapat membahayakan kesehatan ibu adalah bila melahirkan lima orang atau lebih (Manuaba, 1999). Berdasarkan latar belakang pendidikan dari PUS bervariasi dari SLTA sampai dengan S2. Pekerjaan dari PUS juga bervariasi dari ibu rumah tangga, karyawan swasta, dan karyawan bank pemerintah/BUMN. Dilihat dari status sosial ekonomi termasuk dalam katagori menengah ke atas. Hal ini menunjukkan bahwa secara kualitatif pendidikan

dan pekerjaan tidak mempengaruhi pasangan usia subur dalam menentukan jumlah anak. Kondisi ini bertentangan dengan SDKI (2003) yang menyebutkan bahwa wanita dengan pendidikan yang lebih tinggi cenderung menginginkan keluarga lebih kecil dibandingkan dengan wanita yang pendidikannya lebih rendah. Rata-rata jumlah anak ideal pada wanita yang tidak bersekolah adalah 3,3 anak, sedangkan pada wanita dengan pendidikan SLTP atau lebih tinggi adalah 2,7 anak. Sedangkan dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara status sosial ekonomi terhadap angka kelahiran total ketika jumlah wanita yang miskin 3.0 anak pada kelahiran per wanita

sedangkan untuk wanita kaya 2.2 kelahiran (SDKI, 2003).

Perilaku PUS dalam Menentukan Jumlah Anak Ditinjau dari segi sosial.

Pasangan Usia subur (PUS) dalam menentukan jumlah anak dengan mempertimbangan berbagai faktor seperti usia ibu, kesehatan, kesiapan mental dan ekonomi keluarga. Berbagai faktor lain yang bisa menjadi pertimbangan adalah faktor budaya/ adat istiadat/tradisi, dan lain-lain. Berikut ini adalah hasil wawancara dengan 5 orang PUS tentang latar belakang sosial, ekonomi dan budaya :

“...anak adalah rezeki dari Allah SWT... anak adalah bagian dari penerus keturunan keluarga...” (Ibu S, infoman 1)

“...KB itu baik jika sebagai perencanaan jumlah anak...tidak setuju kalau KB sebagai pembatas jumlah anak...” (Bpk D, infoman 3).

Sementara ketika ditanyakan tentang perencanaan jumlah anak, beberapa informan menjawab sebagai berikut:

“...empat orang agar secara ekonomi dapat memberikan sandang, pangan, papan, serta pendidikan yang baik...” (Ibu S, informan 1)

“...jumlah anak sekarang dua, tapi ini sedang hamil anak ketiga ...” (Ibu M, informan 2)

“...rencana semula ... lima orang anak biar ramai. Akan tetapi malah dikasih delapan orang anak, ya diterima saja...” (Bpk D, informan 3)

“...pengennya punya anak laki-laki dan perempuan.... pada kelahiran

pertama dua laki-laki kembar,... pengennya satu lagi perempuan...” (Ibu, SM, informan 4).

“...rencana punya anak laki-laki dan perempuan...setiap melahirkan anak selalu laki-laki sampai anak yang ketiga ...” (Ibu A, informan 5)

Penulis menanyakan tentang tanggapan masyarakat (tetangga, lingkungan sosial dan sekitar rumah) , informan 1 menjawab sebagai berikut:

“...lebih dominan yang tidak setuju... Sedikit yang secara agama menyadari sebagai rezeki dan ujian dari Allah...” (Ibu S, informan 1).

Penulis juga menanyakan tentang peran dari tokoh masyarakat dan tenaga kesehatan di sekitar tempat tinggal, jawaban PUS sebagai berikut:

“... memiliki 2-4 anak saja. Lebih dari itu menyulitkan orang tua dan anak-anaknya baik secara ekonomi maupun sosial...saran dari petugas kesehatan... cukup dan tidak tambah lagi...” (Ibu S, informan 1)

“...banyak anak, banyak rezeki... penilaian tersebut menurut saya jika kaya dan berpendidikan baik, maka baguslah kalau banyak anak. Kalau sebaliknya... hanya akan menciptakan/meningkatkan generasi miskin... kalau dokter dan bidan bilang jaraknya kok dekat-dekat? kalau petugas KB belum pernah kesana...” (Ibu M, informan 2)

“...kalau Bu Kadus rajin mempro-gandakan KB, tapi untuk keluarga kami tidak ditegur secara langsung... Kemungkinan Bu Kadusnya

sungkan dengan penampilan saya (sambil memegang jenggotnya yang panjang)... kalau bidan/petugas kesehatan tidak pernah mene-gur...” (Bpk D, informan 3).

Sedangkan informan kunci menyata-kan pendapatnya :

“...KB itu terbagus di Yogyakarta... Ada dua sudut pandang dalam memahami program KB yang salah.. secara internal: alasan pemahaman agama dari sebagian masyarakat yang salah..pernyataan dari MUI yang memperbolehkan ber KB asal bisa hamil lagi bila dilepas alkonnya (bukan dikebiri)...bagi masyarakat NTT... berprinsip bahwa semua yang berasal dari Tuhan tidak boleh diganggu...menjadi penyebab AKB di NTT tinggi. Secara eksternal, banyak tenaga KB yang berkurang karena dipindah tugas ke bagian lain... program KB mengendor...” (Bapak R, informan kunci).

Kesimpulannya. Berdasarkan jawaban beberapa informan tentang jumlah anak yang direncanakannya menunjukkan bahwa mereka telah merencanakan jumlah anak yang akan dimiliki. Hal ini sesuai dengan makna dari Keluarga Berencana yaitu menyusun keluarga yang benar-benar direncanakan. Walaupun perilaku dalam pengambilan keputusan menentukan jumlah anak merupakan hak bagi tiap pasangan atau individu untuk menetapkan, akan tetapi harus bertanggung jawab termasuk dalam memutuskan perilaku yang lain seperti ; jarak kelahiran anak, waktu pasangan usia subur ingin atau tidak mempunyai anak, bermusyawarah dalam menentukan jumlah anak, serta masalah yang berkaitan dengan program KB (Mohamad, 2007).

Ditinjau dari segi ekonomi. Sebagian besar informan menjawab mampu secara ekonomi dalam menentukan jumlah anak menurut ukuran mereka. Adapun cara mengalokasikan anggaran dalam menghidupi anak-anak mereka adalah :

“... yang utama adalah primer, san-dang, pangan, kemudian pendidikan dan papan...” (Ibu S, informan 1)

“...menyediakan tabungan untuk pendidikan anak, mengikuti pro-gram dana pensiun...” (Ibu M, infor-man 2)

“...menerapkan konsep keseder-hanaan...” (Bpk D, informan 3)

Sedangkan informan kunci menyata-kan sebagai berikut :

“...mereka yang banyak anak biasa-nya orang miskin... pendidikannya rendah, akses informasi tentang kespro juga rendah...prinsip banyak anak juga menambah tenaga kerja bagi masyarakat miskin. Sebagai contoh : orang tua penjual barang asongan, si anak juga harus men-jadi penjual asongan. (Bapak R, informan kunci).

Kesimpulan. Ditinjau dari segi ekonomi kebutuhan primer seperti sandang dan pa-ngan seluruh informan merasa sudah mampu untuk memenuhi kebutuhan anak-anaknya, asalkan mengikuti sistem atau pola yang diterapkan. Hasil penelitian ini sesuai pe-nelitian dari Adhikari, R(2009) : salah satu faktor penyebab jumlah anak yang dilahir-kan para perempuan Nepal tinggi adalah status kekayaan yang juga penting dalam meningkatkan status kesehatan reproduksi perempuan.

Ditinjau dari segi budaya. Latar belakang semua informan dalam menentukan jumlah anak dilihat dari faktor budaya tidak ada. Mereka sudah sering mendapatkan penerangan baik langsung maupun tidak langsung untuk mengikuti KB. Informan kunci memberikan tambahan jawaban sebagai berikut :

“...di Jawa khususnya adalah penganut paternalistik, sehingga jenis kelamin tertentu (laki-laki) sangat didambakan. Hal ini mempengaruhi PUS untuk berusaha mendapatkan anak laki-laki, sehingga berdampak pada jumlah anak yang banyak...” (Bapak R, informan kunci).

Kesimpulan. Tradisi yang masih dipegang dikebanyakan masyarakat Jawa adalah penganut paternalistik, maka anak dengan jenis kelamin laki-laki tetap didambakan. Hal inilah yang menjadi salah satu pendorong masyarakat Jawa khususnya para informan mempunyai banyak anak.

Lain-lain (riwayat kehamilan dan kedominanan suami)

Penulis menanyakan peran riwayat kehamilan dan atau melahirkan dalam menentukan jumlah anak. Sebagian informan menjawab sebagai berikut :

“... anak keempat diharapkan terakhir, karena pada kelahiran anak ketiga...dan lima sampai tujuh riwayat bayi lahir prematur.. Usia kelahiran kedelapan sudah di atas 40 tahun (Ibu S, informan 1).

“...Ya. Anak kedelapan ini saya harapkan yang terakhir. Untuk itu saya berupaya agar istri tidak hamil lagi...” (Bpk D, informan 3)

Informan 1 3, 4, dan 5 secara garis besar jawabannya sama, yaitu bersama-sama dengan pasangannya dalam menghadapi dan menentukan jumlah anak. Hanya seorang informan yang menjawab suami lebih dominan. Berikut jawaban informan tersebut :

“...ya dominan. Pengennya tiga saja...” (Ibu M, informan 2)

Sedangkan informan kunci menyatakan sebagai berikut :

“...agar suami tidak terlalu dominan..., maka pihak perempuan (ibu) ketika menikah minimal telah berumur 20 tahun dan mempunyai latar belakang pendidikan minimal 9 tahun (lulus SMP) agar mampu menjadi mitra dengan suami dalam memutuskan masalah keluarga termasuk dalam menentukan jumlah anak...” (Bapak R, informan kunci).

Kesimpulan. Riwayat kehamilan atau melahirkan merupakan salah satu pertimbangan dalam menentukan jumlah anak. Perlu adanya pembicaraan bersama dengan pasangannya dalam menentukan jumlah anak karena menyangkut berbagai faktor, antara lain masa depan anak tersebut. Agar suami tidak dominan dalam menentukan jumlah anak, informan kunci menyarankan agar pihak perempuan (ibu) ketika menikah hendaknya minimal telah berumur 20 tahun dan mempunyai latar belakang pendidikan minimal 9 tahun (lulus SMP). Hal ini dapat menggambarkan kematangan dan mengurangi kebodohan dari pihak istri. Menurut penulis, perencanaan keluarga berkualitas perlu adanya pengaturan jarak kelahiran untuk istri berumur 20-30 tahun, dan masa mengakhiri kehamilan untuk istri di atas 35

tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian dari Hamid S, *et.al* (2011) yang menyatakan bahwa terdapat pembicaraan dengan pasangannya dalam menentukan jumlah anak, niat menggunakan kontrasepsi, dan menggunakan kontrasepsi yang dipilihnya.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Terdapat berbagai alasan sosial yang menyebabkan PUS mempunyai banyak anak yaitu anak adalah rezeki dari Allah SWT sebagai sebuah titipan yang harus dijaga dan dirawat; adanya pendapat ketidaksetujuan kalau KB sebagai pembatasan jumlah anak. Jumlah anak yang direncanakan oleh para PUS adalah 2-5 orang dengan jenis kelamin yang diinginkan laki-laki dan perempuan. Penilaian tokoh masyarakat menurut para informan secara garis besarnya menyarankan memiliki 2-4 anak saja, akan tetapi juga ada yang menyetujui pendapat banyak anak, banyak rezeki. Sedangkan penilaian dari tenaga medis/kesehatan pada intinya sama yaitu : jaraknya jangan terlalu dekat, dan jangan menambah anak lagi. Kedua, ditinjau dari segi ekonomi untuk kebutuhan primer seperti sandang dan pangan seluruh informan merasa sudah mampu untuk memenuhi kebutuhan anak-anaknya, asalkan mengikuti sistem atau pola yang diterapkan. Misalnya konsep kesederhanaan. Akan tetapi untuk pemenuhan kebutuhan sekunder dan tersier tidak semua PUS mampu memenuhinya. Ketiga, ditinjau dari segi budaya, di Kabupaten Bantul tradisi untuk mempunyai dua anak saja sudah cukup baik. Hal ini dilihat dari dukungan dari masyarakat, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas medis yang sering memberi penerangan mengharapkan masyarakat mengikuti program KB. Akan tetapi karena tradisi di Jawa yang menganut paternalistik, maka anak dengan jenis kelamin

laki-laki tetap didambakan. Keempat, riwayat kehamilan dan atau melahirkan merupakan salah satu pertimbangan dalam menentukan jumlah anak. Suami dan istri harus saling membicarakannya secara bersama-sama dalam menentukan jumlah anak.

Saran

Bagi PUS yang mempunyai banyak anak, akan tetapi dari segi sosial ekonomi belum mampu secara optimal memenuhi kebutuhan anaknya, hendaknya konsep kesederhanaan tetap diterapkan, dengan mempertimbangkan langkah ke depan. Misalnya: anak sebagai investasi sehingga harus tetap berkualitas terutama pendidikannya minimal SMU, anak dapat sebagai penerus usaha keluarga apabila sudah dewasa

DAFTAR RUJUKAN

- Adhikari, R. 2010. Demographic, socio-economic, and cultural factors affecting fertility differentials in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10: 19.
- Arjoso. 2005. *Angka Kelahiran Belum Ideal*, (Online), (<http://www.suarapembaharuan.com/news/03/04/editor/edit05>), diakses 23 April 2009.
- Azwar, S. 2003. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- BKKBN. 2000. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia*. BKKBN: Jakarta.
- BKKBN. 2005. *Panduan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi Berwawasan Gender di Tempat Kerja (klinik kias)*. BKKBN: Jakarta.
- Depkes RI. 2001. *Perawatan Kebidanan yang Berorientasi pada Keluarga*

- Pusdiknakes: Jakarta.
- Dinas Kesehatan. 2008. *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta*. Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta: Yogyakarta.
- Hamid, S., Stephenson, R., Rubenson, B. 2011. Marriage decision making, spousal communication, and reproductive health among married youth in Pakistan, *11* (4): 5079.
- Mohamad, K. 2007. *Kesehatan dan Hak Reproduksi Perempuan*. Yayasan Jurnal Perempuan: Jakarta.
- Moleong, L. 2004. *Metode Penelitian Kualitatif*. Rosdakarya: Bandung.
- Manuaba, I. B. G. 1999. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Arcan: Jakarta.
- Notoadmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Notoadmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- PLKB. 2009. *Rekapitulasi Pendataan Keluarga Tahun 2008*. PLKB Kecamatan Banguntapan: Yogyakarta.
- Pusat Pelatihan dan Informasi Islam dan Hak-hak Perempuan. 2005. *Melahirkan Bukan Menjempit Kematian*, (Online), (<http://www.rahima.co.id/Sr/09/03/fokus>), diakses 15 April 2009.
- Sugiyono. 2003. *Statistika untuk Penelitian*. CV Alfabeta: Bandung.
- WHO. 2005. *The Health of Young People Aspec Challenge An Astero-klerosis Promise*. Geneva: Jakarta.

JKK 7.1.2011

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN IBU TENTANG ASUPAN GIZI DENGAN STATUS GIZI BALITA

Sugiyanto

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.

E-mail: sgyt@yahoo.co.id

Abstract: This research aimed to examine the correlation between the level of mother knowledge of nutrition with children nutrition status in Imogiri I Health Center, Bantul, Yogyakarta. The research design used correlation analytic survey with a cross sectional method. The study was conducted mothers and toddlers aged 0-5 years (N=38). Data was collected with closed questionnaire and data analysis includes three level of editing, coding, and tabulating. Statistical test using Kendall Tau analysis. The result show that there is positive correlation between the level of mother knowledge of nutrition and children nutrition status. Finally, the important of education level have adaptive to improve the level of mother knowledge.

Keywords: the level of mother knowledge, children nutrition status

Abstrak: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi dengan status gizi balita di Puskesmas Imogiri I Bantul. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *survey analitik korelasi* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Subjek penelitian berjumlah sebanyak 38 orang yang terdiri dari ibu-ibu dan anak balitanya yang berumur 0-5 tahun. Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner tertutup. Pengolahan data meliputi empat tahap yaitu *editing*, *coding*, dan *tabulating*. Uji statistik menggunakan analisis Kendall Tau. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi dengan status gizi balita.

Kata kunci: tingkat pengetahuan ibu, status gizi balita

PENDAHULUAN

Paradigma pembangunan nasional tidak akan terlaksana tanpa adanya peningkatan sumber daya manusia (SDM). Salah satu indikator pengukur tinggi rendahnya kualitas SDM adalah indeks kualitas hidup (Human Development Index-HDI). Pada tahun 2000, peringkat HDI Indonesia sangat rendah yaitu urutan ke-109 dari 174 negara. Sementara HDI negara-negara ASEAN berada di urutan lebih tinggi,

seperti Malaysia pada peringkat 56, Filipina 77, Thailand 67, Singapura 22, dan Brunai 25. Menurut UNDP, terdapat tiga faktor utama penentu HDI yaitu pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Ketiga faktor tersebut erat kaitannya dengan status gizi masyarakat. Status gizi masyarakat dapat digambarkan terutama pada status gizi balita dan wanita hamil (Depkes RI & WHO, 2000).

Perbaikan keadaan gizi sangat penting untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil, menurunkan angka kematian bayi dan balita, meningkatkan kemampuan tumbuh kembang fisik, mental dan sosial anak, dan meningkatkan produktifitas kerja serta prestasi akademik. Oleh karena itu, keadaan gizi merupakan salah satu ukuran penting dari kualitas sumber daya manusia (Kristijono, 2002). Masalah gizi di Indonesia dan di negara berkembang pada umumnya masih didominasi oleh masalah kekurangan energi protein, masalah anemia zat besi, masalah gangguan akibat kurang Iodium (GAKI), masalah kurang vitamin A (KVA) dan masalah obesitas terutama di kota-kota besar (Supariasa dkk., 2001).

Perbaikan gizi di usia balita perlu mendapatkan perhatian yang cukup serius. Hal ini disebabkan usia balita merupakan usia yang rawan. Di usia balita ini, pertumbuhan seorang anak akan berpengaruh terhadap perkembangannya di masa remaja dan di masa dewasa. Pertumbuhan sel otak akan berlangsung terus hingga usia 3-4 tahun. Gizi makanan sangat mempengaruhi pertumbuhan sel otak. Oleh karena itu, perlu diperhatikan agar sel otak dapat tumbuh dengan sempurna sehingga menjadi dasar bagi kecerdasan (Soenardi, 2000).

Di Indonesia, jumlah anak usia balita yang mengalami gizi buruk mengalami lonjakan dari 1,8 juta pada tahun 2005 menjadi 2,3 juta pada tahun 2006. Selain itu, terdapat 5 juta lebih anak yang juga mengalami gizi kurang. Jumlah bayi berstatus gizi buruk dan gizi kurang ini sekitar 28 persen dari total bayi yang ada di seluruh Indonesia. Sekitar 10 % dari total bayi berstatus gizi buruk dan gizi kurang ini, pada akhirnya mengalami kematian. Bahkan separuh dari setiap kelahiran yaitu sekitar 35 per 1 000 kelahiran mengalami gizi buruk (Samhadi, 2006). Kematian pada balita ini amat erat kaitannya dengan kekurangan gizi (Suhardjo, 2005).

Upaya perbaikan gizi telah lama dilaksanakan oleh pemerintah Indonesia, melalui Departemen Kesehatan, sejak Pelita I sampai dengan Pelita VI. Upaya ini terutama diarahkan untuk menanggulangi 4 (empat) masalah gizi utama di Indonesia, yaitu : Kurang Energi Protein (KEP), Kurang Vitamin A (KVA), Anemia Gizi Besi dan Gangguan Akibat Kurang Iodium (GAKI) (Kristijono, 2002). Mulai tahun 1998 upaya penanggulangan balita gizi buruk mulai ditingkatkan dengan penjarangan kasus, rujukan dan perawatan gratis di Puskesmas maupun Rumah Sakit, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) serta upaya-upaya lain yang bersifat *Rescue*. Namun, semua upaya tersebut nampaknya belum mampu mengatasi masalah dan meningkatkan kembali status gizi masyarakat, khususnya pada balita (Sururi, 2006).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Imogiri I Bantul, terlihat bahwa terdapat ibu-ibu yang mempunyai balita masih melakukan kesalahan dalam pemberian makanan. Hal ini terjadi karena ketidaktahuan akan asupan gizi balita. Data yang diperoleh peneliti menunjukkan bahwa sekitar 66,70% ibu-ibu tidak tahu tentang asupan nutrisi yang baik bagi balita. Mengingat penyebabnya sangat kompleks, perbaikan gizi buruk memerlukan kerja sama yang komprehensif dari semua pihak, termasuk pengetahuan ibu tentang kesehatan dan asupan gizi yang baik untuk balita (Soenardi, 2000).

Berdasarkan penjabaran dari Departemen Kesehatan dan WHO pada tahun 2001, status gizi seseorang secara langsung dipengaruhi oleh asupan makanan. Menurut Jelliffe dalam Supariasa, dkk. (2001), faktor ekologi yang berhubungan dengan penyebab gangguan gizi (*malnutrition*) yaitu keadaan infeksi, konsumsi makanan, pengaruh budaya, sosial ekonomi, produksi pangan, serta kesehatan dan pendidikan. Namun,

terdapat beberapa faktor yang sangat berpengaruh terhadap status gizi balita, salah satu diantaranya ialah tingkat pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki oleh orangtua. Tingkat pendidikan, khususnya tingkat pendidikan wanita akan mempengaruhi derajat kesehatan. Menurut Atmarita (2004) bahwa angka melek huruf merupakan salah satu indikator penting dalam mewujudkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Hal serupa dikemukakan oleh Moehji (2005) yang mengatakan bahwa ketidaktahuan akan hubungan makanan dengan kesehatan juga berpengaruh terhadap status gizi. Keadaan ini menunjukkan bahwa ketidaktahuan akan faedah makanan bagi kesehatan merupakan penyebab buruknya mutu gizi makanan keluarga. Dengan kata lain, tingkat pengetahuan ibu terhadap asupan gizi memegang peranan penting dalam pemberian gizi terhadap balita.

Tujuan dari penelitian ini dipilah menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan tentang asupan gizi dengan status gizi balita di Puskesmas Imogiri I Bantul Yogyakarta. Tujuan khususnya adalah untuk (1) mengetahui tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi di Puskesmas Imogiri I Bantul Yogyakarta; (2) mengetahui status gizi balita usia 1-5 tahun di wilayah Puskesmas Imogiri I Bantul Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain survey analitik korelasi dengan metode pendekatan waktu cross sectional. Metode ini bertujuan untuk menemukan adanya hubungan. Apabila terdapat hubungan seberapa erat hubungan tersebut dan berarti atau tidak hubungan tersebut. Subjek dalam penelitian ini adalah ibu-ibu beserta anak balitanya yang berumur 0-5 tahun. Teknik

pengambilan sampel menggunakan sampling jenuh yaitu dengan mengambil semua anggota yang ada dalam populasi. Jumlah subjek penelitian sebanyak 35 orang dengan kriteria berasal dari wilayah kecamatan Imogiri, tingkat pendidikan SLTP-SMA, dan bersedia menjadi responden.

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas, variabel terikat dan variabel pengganggu. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan ibu, variabel terikat ialah status gizi balita, dan variabel pengganggu ialah asupan zat gizi, keadaan infeksi, faktor budaya, faktor sosial, faktor ekonomi, produksi pangan, pelayanan kesehatan, dan genetik. Sementara itu, instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tertutup dengan pertanyaan yang sudah disediakan jawaban sehingga responden tinggal memilih. Kuesioner ini terdiri dari identitas dan pernyataan mengenai pengetahuan ibu tentang asupan gizi. Jumlah pertanyaan terdiri dari 33 butir pertanyaan. Pengumpulan data untuk mengetahui status gizi balita dengan cara menimbang balita pada alat timbangan dacin. Hasil penimbangan dan pengukuran dicatat dalam lembar catatan hasil penimbangan BB dan umur balita untuk disesuaikan dengan standar baku Nasional Indonesia sesuai nilai rujukan WHO-NCHS.

Pengolahan data terdiri dari tahap penyuntingan, pengkodean, dan tabulasi. Sementara analisis data meliputi (1) analisis variabel tingkat pengetahuan tentang asupan gizi yaitu dengan memberikan skor 1 untuk jawaban yang sesuai dan skor 0 untuk jawaban yang tidak sesuai; (2) analisis variabel status gizi diukur dengan menggunakan berat badan per umur. Uji statistik yang dilakukan dengan menggunakan uji statistik Kendal Tau yaitu untuk mencari hubungan dua variabel atau lebih apabila data berbentuk data ordinal maupun nominal.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian akan diuraikan dalam beberapa bagian yaitu : 1) Gambaran Umum Lokasi Penelitian, 2) Karakteristik Responden, 3) Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Asupan Gizi, 4) Status Gizi Balita, 5) Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Asupan Gizi dengan Status Gizi Balita di Posyandu Podhang Wilayah kerja Puskesmas Imogiri 1 Bantul.

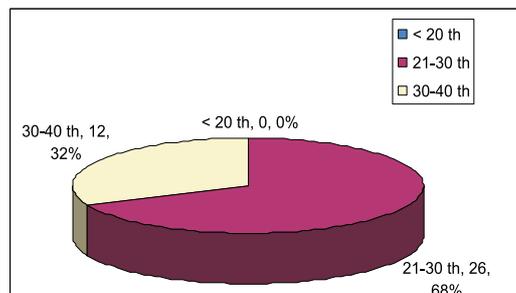
Gambaran umum lokasi penelitian

Posyandu Podhang merupakan salah satu kegiatan kesehatan yang dilakukan masyarakat Podhang Dusun Payaman yang berada di wilayah kerja Puskesmas Imogiri 1 Bantul. Pelayanan di Posyandu Podhang merupakan pelayanan 5 meja yang meliputi pendaftaran, penimbangan, pemberian makanan tambahan, pencatatan, dan pelayanan kesehatan. Posyandu Podhang mempunyai kader 5 orang dengan jumlah balita kurang lebih 35 anak. Kader Posyandu tersebut aktif mengikuti pembinaan kesehatan yang dilaksanakan oleh petugas kesehatan Puskesmas.

Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga dan jumlah anak. Hasil penyebaran kuesioner dapat dideskripsikan sebagai berikut :

Karakteristik responden berdasarkan umur ibu

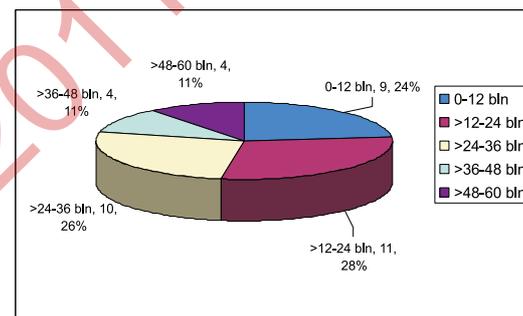


Gambar 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Ibu di Po-

syandu Podhang Wilayah Kerja Puskesmas Imogiri 1 Tahun 2010

Secara garis besar, berdasarkan ketiga kategori yang ditentukan oleh peneliti, responden penelitian berusia antara 21-30 tahun yaitu sebesar 68%. Sementara responden yang berusia antara 30-40 tahun sejumlah 32%. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa subjek penelitian tidak ada yang berusia kurang dari 20 tahun. Hal ini dapat dikatakan bahwa ibu-ibu yang mempunyai balita berusia di atas 20 tahun dan tidak ada yang berusia di bawah 20 tahun.

Karakteristik responden berdasarkan umur balita

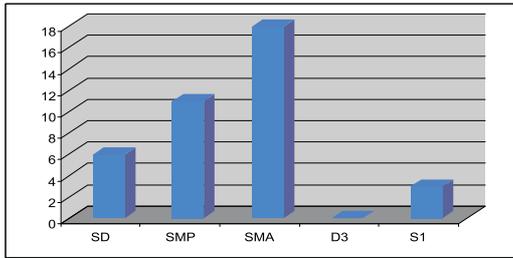


Gambar 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Balita di Posyandu Podhang Wilayah kerja Puskesmas Imogiri 1 Tahun 2010

Gambar 2 memberikan penjelasan bahwa sebagian besar responden mempunyai balita yang berusia antara 12-24 bulan yaitu sebesar 28%. Kemudian diikuti oleh balita yang berusia antara 24-36 bulan yaitu sebesar 26% dan berusia 0-12 bulan sebesar 24%. Jumlah yang paling sedikit ialah balita yang berusia 34-48 bulan dan 48-60 bulan yaitu sebesar 11%.

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan ibu

Pendidikan dalam penelitian ini hanya meliputi pendidikan ibu. Berdasarkan hasil penelitian, dapat dilihat karakteristik responden berdasarkan tingkat pengetahuan ibu.

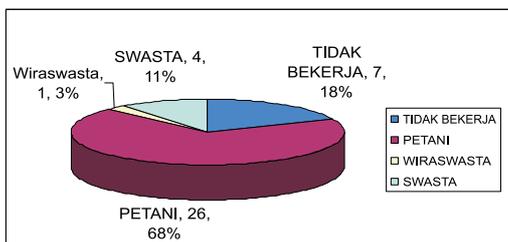


Gambar 3. Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu di Posyandu Podhang Wilayah Kerja Puskesmas Imogiri 1 Tahun 2010

Gambar 3 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu dapat digolongkan menjadi 5 kategori yaitu SD, SMP, SMA, Diploma, dan Sarjana. Berdasarkan hasil analisis dapat diketahui bahwa sebagian besar responden penelitian memiliki tingkat pendidikan jenjang Sekolah Menengah Atas (SMA) yaitu sebesar 47%. Sementara jumlah yang paling sedikit ialah yang mempunyai jenjang pendidikan sarjana yaitu sebesar 8%. Hal ini dapat dikatakan bahwa sebagian besar responden penelitian mempunyai jenjang pendidikan SD, SMP, SMA (92%), sedangkan sisanya 8% berpendidikan sarjana.

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ibu

Berdasarkan hasil penelitian, karakteristik pekerjaan ibu dapat dideskripsikan sebagai berikut:

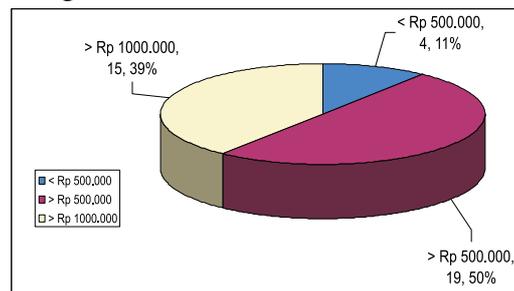


Gambar 4. Karakteristik responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu di Posyandu Podhang Wilayah Kerja Puskesmas Imogiri 1 Tahun 2010

Gambar 4. menunjukkan karakteristik responden penelitian berdasarkan pekerjaan ibu. Berdasarkan diagram pada gambar 4 menunjukkan bahwa responden yang bekerja sebagai petani, yaitu sebesar 68 % dari seluruh responden. Sementara sebanyak 18% responden menyebutkan tidak bekerja, 11% bekerja di sektor swasta dan responden yang bekerja sebagai wiraswasta sebesar 3%. Hal ini dapat diketahui bahwa sebagian responden penelitian memiliki pekerjaan sebagai petani dan tidak bekerja (sebagai ibu rumah tangga).

Karakteristik responden berdasarkan penghasilan keluarga

Penghasilan keluarga dalam penelitian ini merupakan penghasilan dari ayah dan penghasilan dari ibu. Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat dideskripsikan karakteristik responden penghasilan keluarga di Posyandu Podhang dalam diagram Pie sebagai berikut :



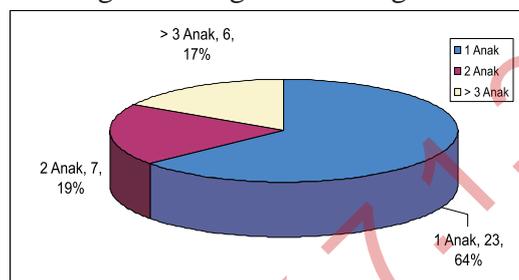
Gambar 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Penghasilan Keluarga di Posyandu Podhang Wilayah Kerja Puskesmas Imogiri 1 Tahun 2010

Gambar 5 menunjukkan kisaran penghasilan yang dimiliki oleh responden

yang terbagi menjadi tiga kategori yaitu memiliki penghasilan kurang dari Rp. 500.000,00, berpenghasilan lebih dari Rp. 500.000,00 dan berpenghasilan lebih dari Rp. 1000.000,00. Berdasarkan data dari gambar 5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai penghasilan keluarga >Rp 500.000,00 yaitu sebesar 19 responden (50%). Sebanyak 15,39 % responden mempunyai penghasilan lebih dari Rp. 1000.000, sementara responden yang memiliki penghasilan <Rp 500.000,00 sebanyak 4 responden (11%).

Karakteristik responden berdasarkan jumlah anak

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat dideskripsikan karakteristik responden berdasarkan jumlah anak di Posyandu Podhang dalam diagram *Pie* sebagai berikut:



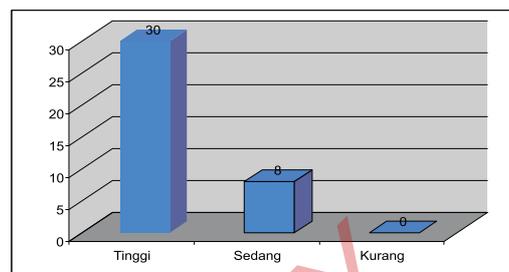
Gambar 6. Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Anak di Posyandu Podhang Wilayah Kerja Puskesmas Imogiri 1 Tahun 2010

Gambar 6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai 1 orang anak yaitu 23 responden (64%) dan jumlah anak yang paling sedikit dimiliki responden ialah lebih dari 3 anak yaitu sebanyak 6 responden (17%).

Tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi

Tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi dikelompokkan dalam 3 kate-

gori, yaitu tinggi, sedang, dan rendah. Berdasarkan hasil penelitian, dapat dideskripsikan tingkat pengetahuan ibu tentang Asupan gizi di Posyandu Podhang dalam diagram batang sebagai berikut :

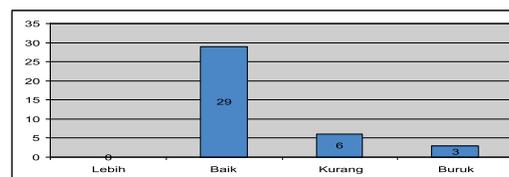


Gambar 7. Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Asupan Gizi di Posyandu Podhang Wilayah Kerja Puskesmas Imogiri 1 Tahun 2010

Gambar 7 menunjukkan bahwa sebagian responden mempunyai tingkat pengetahuan tinggi terhadap asupan gizi balita, yaitu sekitar 79%. Hasil juga menunjukkan bahwa tidak ada responden yang memiliki tingkat pengetahuan asupan gizi kategori kurang. Sementara sekitar 21% memiliki tingkat pengetahuan asupan gizi yang sedang. Dengan kata lain lebih dari 50% responden penelitian mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi akan asupan gizi.

Status Gizi Balita

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat dideskripsikan status gizi balita dalam diagram batang sebagai berikut :



Gambar 8. Status Gizi Balita di Posyandu Podhang Wilayah Kerja Puskesmas Imogiri 1 Tahun 2010

Status gizi balita di Posyandu Podhang mempunyai status gizi yang baik yaitu sebesar 29 responden (76%). Sementara responden yang mempunyai status gizi buruk hanya 3 responden atau sekitar 8%. Di samping itu, tidak ada responden yang memiliki status gizi lebih.

Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Asupan Gizi dengan Status gizi Balita

Hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi dengan status gizi Balita di Posyandu Podhang Wilayah kerja Puskesmas Imogiri 1 tahun 2010 terlihat pada tabel 1.

Tabel 1. Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Asupan Gizi dengan Status Gizi Balita

Status Gizi	Tingkat Pengetahuan					
	Tinggi		Sedang		Total	
	F	%	F	%	F	%
Gizi Baik	27	71.06	2	5.26	29	76.32
Gizi Kurang	2	5.26	4	10.53	6	15.79
Gizi Buruk	1	2.63	2	5.26	3	7.89
Total	30	78.95	8	21.05	38	100

Sumber: Data Primer, 2010

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi dengan status gizi baik yaitu sebanyak 27 responden (71,06%), diikuti dengan responden yang memiliki pengetahuan tinggi dan status gizi sedang yaitu sebesar 5,26 %. Sementara jumlah yang paling sedikit ialah responden yang mempunyai tingkat pengetahuan tinggi tetapi status gizi balita buruk yaitu sebanyak 1 responden (2,63%).

Selanjutnya untuk menguji hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi dengan status gizi balita dilakukan pengujian hipotesis dengan menggunakan korelasi *Kendal Tau*. Dari uji statistik didapatkan korelasi *Kendal Tau* sebesar 0,603 dengan P sebesar 0,00. Harga positif pada harga *Kendal Tau* menunjukkan arah hubungan yang positif, artinya semakin tinggi tingkat

pengetahuan ibu tentang asupan gizi maka akan semakin baik status gizi balita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan ibu di Posyandu Podhang wilayah kerja Puskesmas Imogiri 1 sebagian besar berada dalam kategori tingkat pengetahuan tinggi, yaitu 30 responden (79%), sementara responden yang mempunyai tingkat pengetahuan sedang memiliki persentase yang sedikit, yaitu 8 responden (21%) dan tidak ada yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang.

Hal ini didukung dengan tingkat pendidikan ibu sebagian besar adalah SMA, yaitu 18 responden (47%) dari seluruh responden. Tingkat pendidikan merupakan salah satu upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat (Soekanto *et al* Ameliah, 2005). Tingkat pengetahuan

ibu memang memiliki peranan penting dalam pemberian makanan bagi anak. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa status gizi balita di Posyandu Podhang wilayah kerja Puskesmas Imogiri I berada dalam kategori baik yaitu sekitar 76%. Sementara hanya 8% responden yang memiliki status gizi buruk. Hal tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor baik secara langsung seperti asupan gizi dan infeksi penyakit maupun tidak langsung seperti ketahanan pangan di keluarga, pengetahuan ibu tentang asupan gizi serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Sri Endar Sukarsih (2005) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi balita dengan status gizi balita usia 1-3 tahun. Penelitian yang sama juga dilakukan oleh Suci Kartika tahun 2006. Penelitian tersebut memberikan gambaran bahwa terdapat hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita dengan status gizi balita. Moehji (2002) juga menyatakan bahwa ketidak-tahuan akan hubungan makan dengan kesehatan akan mempengaruhi status gizi.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi dengan status gizi balita di Posyandu Podhang wilayah kerja Puskesmas Imogiri I. Semakin baik tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi, maka status gizi balita akan semakin membaik. Hal tersebut dikarenakan pengetahuan ibu tentang asupan gizi yang baik dapat dilihat dari beberapa keadaan. Keadaan tersebut meliputi kemampuan ibu dalam memberikan makanan, susunan hidangan dengan menu seimbang, bentuk dan porsi yang disesuaikan dengan daya terima, toleransi, dan keadaan balita, memberikan makan dengan gizi seimbang yang disukai balita, membeikan makanan selingan yang melengkapi pemasukan zat gizi yang kurang pada saat makan utama.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi di Posyandu Podhang wilayah kerja Puskesmas Imogiri I tahun 2010 berada pada kategori tinggi yaitu sebanyak 30 responden (79%). Sementara status gizi balita di Posyandu Podhang wilayah kerja Puskesmas Imogiri I tahun 2010 berada pada kategori baik sebesar 76%. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara tingkat pengetahuan tentang asupan gizi dengan status gizi balita di Posyandu Podhang wilayah kerja Imogiri I tahun 2010. Hal ini ditunjukkan dengan hasil Z skor $>$ Z -tabel ($5,331 > 1,96$) pada taraf signifikansi 5%.

Saran

Bagi Puskesmas Imogiri I diharapkan lebih meningkatkan program penjangkaran status gizi balita terutama balita dengan status gizi buruk dapat diberikan intervensi lebih lanjut dengan meningkatkan kerjasama dengan pemerintah setempat atau kelompok-kelompok PKK atau dasa wisma.

Bagi Tenaga Kesehatan Puskesmas Imogiri I diharapkan dapat melakukan pembinaan melalui penyuluhan atau melalui kader-kader kesehatan kepada ibu balita di wilayahnya, mengenai asupan gizi untuk balita secara menyeluruh dan memberikan contoh-contoh menu seimbang seimbang untuk balita sesuai umurnya dan bagaimana menciptakan menu-menu makanan yang bervariasi, bergizi dan disukai balita. Menu makanan yang bervariasi akan membuat balita senang dan tidak malas makan. Diharapkan pula tenaga kesehatan untuk mengembangkan kerjasama lintas sektoral terutama dalam hal peningkatan gizi dan penanggulangan gizi buruk pada balita.

Bagi ibu balita di Posyandu Podhang, disarankan apabila ibu balita di Posyandu Podhang ada yang memiliki balita dengan

status gizi buruk untuk segera memeriksakan balitanya ke Puskesmas Imogiri I. Bagi peneliti selanjutnya, hendaknya dapat melakukan penelitian mengenai status gizi balita dengan mengendalikan semua variabel pengganggu. Selain itu hendaknya mengambil variabel selain tingkat pengetahuan ibu tentang asupan gizi, menggunakan metode pengolahan dan analisa data yang berbeda dengan penelitian ini. Hal ini diharapkan dapat mengidentifikasi variabel apa saja yang berpengaruh terhadap status gizi.

DAFTAR RUJUKAN

- Ameliyah, L. 2005. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Premenstrual Sindrom Dengan Mekanisme Koping Pada Santri Di Asrama Muallimat MAR'YAH QIBTIYAH Suronatan Yogyakarta Tahun 2005*. Karya Tulis Ilmiah. Yogyakarta: STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Atmarita., & Falah, T. S. 2004. *Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Makalah disajikan pada Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII, (Online), (<http://gizi.depkes.go.id/kep/download/makalah-wnpg8.doc>), diakses tanggal 4 April 2010.
- Depkes RI., & WHO. 2000. *Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2001-2005*. Jakarta: Depkes RI.
- Kartika, S. 2006. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Gizi Balita dengan Status Gizi Balita di Wilayah RW VIII Suronatan Ngampilan Kota Yogyakarta tahun 2006*. Karya Tulis Ilmiah. STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta: Yogyakarta.
- Kristijono, A. 2002. Karakteristik Balita Kurang Energi Protein (KEP) yang Dirawat Inap di RSUD Dr. Pirngadi Medan. *Artikel Hasil Penelitian*, (Online), (http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/05_KarakteristikBalitaKEP.pdf/05_KarakteristikBalitaKEP.pdf), diakses tanggal 8 April 2010.
- Moehji, S. 2002. *Ilmu Gizi*. Papas Sinar Sakti: Jakarta.
- Samhadi, S. H. (Sabtu, 7 Oktober 2006). *Malnutrisi, Keteledoran Sebuah Bangsa*, (Online), (<http://www.kompas.com>), diakses tanggal 4 April 2010.
- Soenardi, T. 2002. *Makanan Balita untuk Tumbuh Sehat dan Cerdas*. Gramedia Pustaka Utama: Jakarta.
- Sukarsih, S. E. 2005. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Gizi Balita dengan Status Gizi Balita Usia 1-3 tahun di Desa Argodadi Puskesmas Sedayu Bantul Yogyakarta tahun 2005*. Karya Tulis Ilmiah. Yogyakarta: STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Supariasa, I. D. N., Bakri, B., & Fajar, I. 2001. *Penilaian Status Gizi*. EGC Penerbit Buku Kedokteran: Jakarta.
- Sururi, M. 2006. *Penanggulangan Balita Gizi Buruk*, (Online), (<http://www.dinkespurworejo.go.id/index.php>), diakses tanggal 26 September 2010.

PERSEPSI PERAWAT TENTANG PENILAIAN KINERJA PERAWAT DENGAN MENGGUNAKAN DAFTAR PENILAIAN PELAKSANAAN PEKERJAAN (DP3)

Tenti Kurniawati, Junaiti Sahar, Novy Helena C.D.

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.

E-mail: tenti_a@yahoo.co.id

Abstract: This research aimed to get description of the importance and the meaning of perception based on nurses experiences about performance evaluation by using an assessment list of work implementation. This research used descriptive phenomenology. The participants were seven nurses whose performance assessed using the DP3, which is obtained by purposive sampling. Method used in this research was in-depth interview with semistructure type of questions. The interview results in the form of transcripts were analyzed using Collaizi technique. Research result identified 13 themes, they are: assess performance, motivation, human resource planning, the basis of the award, negative response, positiv response, standard of competence, standard of service and nursing care, provision of information, establishment, reward, communication gap, and the leadership role.

Keywords: nurse, perception, nurse performance evaluation, DP3.

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran arti dan makna persepsi berdasarkan pengalaman perawat tentang penilaian evaluasi kinerja perawat dengan menggunakan daftar penilaian pelaksanaan pekerjaan (DP3). Penelitian ini dengan desain fenomenologi deskriptif. Partisipan adalah perawat yang kinerjanya dinilai dengan menggunakan DP3, yang didapatkan dengan cara *purposive sampling* sebanyak 7 orang. Metodenya *indepth interview*. Tipe pertanyaan *semistructure*. Hasil wawancara dalam bentuk transkrip dianalisis dengan menggunakan teknik Collaizi. Hasil penelitian mengidentifikasi 13 tema yaitu menilai kinerja, motivasi, perencanaan SDM, dasar pemberian penghargaan, respon negatif, respon positif, standar kompetensi, standar pelayanan dan asuhan keperawatan, pemberian informasi, pembinaan, penghargaan, kesenjangan komunikasi, dan peran pimpinan.

Kata kunci : perawat, persepsi, penilaian kinerja perawat, DP3

PENDAHULUAN

Saat ini setiap organisasi dituntut untuk mampu berkompetisi, sehingga dapat tetap bertahan dalam persaingan global. Peranan sumber daya akan sangat menentukan keberhasilan atau kegagalan organisasi dalam merealisasikan visi dan misi organi-

sasi. Jika sumber daya manusia yang dimiliki organisasi tidak berkualitas atau tidak kompeten akan menuai kegagalan dalam mencapai visi dan misi yang ditetapkan. Sekalipun, telah memiliki sumber daya yang berkualitas, tetapi tanpa pengelolaan secara

optimal tentu kontribusi terhadap organisasi akan jauh dari harapan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sejauh mana keberadaan, peran, dan kontribusi sumber daya manusia dalam mencapai keberhasilan organisasi, karena tanpa adanya pengukuran kinerja dalam mencapai tujuan organisasi, maka tidak dapat diketahui penyebab atau kendala kegagalan organisasi dalam mencapai tujuan (Sudarmanto, 2009).

Kinerja didefinisikan sebagai tindakan menyelesaikan tugas sesuai dengan pekerjaannya. Pekerjaan tersebut dilakukan sebagai bentuk tanggungjawab pegawai dan ditujukan untuk mencapai tujuan organisasi dalam merefleksikan misi, visi, dan nilai-nilai organisasi. Kinerja memerlukan kejelasan komunikasi, observasi yang efektif, dan umpan balik yang sesuai serta kriteria kinerja yang sesuai dengan pekerjaan (Huber, 2006). Salah satu bentuk evaluasi kinerja adalah Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3).

Permasalahan mendasar yang ditemui di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah adanya fakta yang menunjukkan bahwa penilaian kinerja perawat dengan menggunakan DP3 belum menunjukkan perbaikan kinerja perawat. Fakta lain yang menunjang adalah masih adanya komplain dari pasien terkait sikap dan ketrampilan perawat, begitu juga komplain dari dokter terkait dengan *soft skill* dan ketrampilan perawat. Hasil observasi juga menunjukkan bahwa sebagian perawat ketrampilannya dinilai masih kurang. Umpan balik dari penilaian yang diberikan oleh penilai dirasakan perawat tidak memberikan efek terhadap peningkatan kerja.

Fenomena ini menjadi menarik untuk dikaji lebih mendalam, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran arti dan makna persepsi berdasarkan pengalaman perawat tentang penilaian evaluasi kinerja perawat dengan menggunakan daftar

pelaksanaan pekerjaan (DP3).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif untuk mengeksplorasi secara langsung, menganalisis, dan mendeskripsikan persepsi perawat tentang penilaian kinerja perawat dengan menggunakan DP3, mengungkap informasi secara mendalam terkait pendapat partisipan dengan mempertimbangkan pengalaman masing masing partisipan secara subyektif dan unik, sehingga diperoleh makna dan pemahaman melalui tahapan mengeksplor, menganalisis dan mendeskripsikan fenomena yang ditemukan.

Penentuan partisipan dalam penelitian ini dengan teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi yaitu perawat di RSU PKU Muhammadiyah yang memiliki pengalaman pernah dievaluasi kerjanya dengan menggunakan DP3 minimal 3 kali, lama bekerja minimal 6 tahun, pendidikan minimal S1 Keperawatan, mampu mengkomunikasikan dengan baik pengalaman yang dimilikinya dan bersedia berbagi pengalaman dengan peneliti. Partisipan yang dilibatkan pada penelitian ini berjumlah 7 perawat

Penelitian ini dilaksanakan sejak awal Desember 2009 dan berakhir pada bulan Juli 2010, sehingga pelaksanaan penelitian ini seluruhnya terhitung 30 minggu, sejak studi pendahuluan sampai dengan pengumpulan tesis. Tempat penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta karena fenomena yang melatarbelakangi perlunya dilakukan penelitian terkait persepsi perawat tentang evaluasi kinerja perawat menggunakan DP3 mendukung dilakukan di RS tersebut.

Alat pengumpul data pada penelitian ini, peneliti menggunakan diri sendiri sebagai alat utama dalam melakukan wawancara. Alat bantu yang digunakan dalam wawan-

cara adalah pedoman wawancara, serta catatan lapangan (*field note*), alat tulis, dan video. Wawancara dilakukan 2 (dua) kali untuk setiap partisipan, satu kali untuk pengumpulan data awal dan satu kali untuk validasi data. Setelah data hasil wawancara diperoleh, maka data tersebut dibuat dalam bentuk transkrip. Analisa data dalam penelitian ini dilakukan oleh peneliti mengacu pada Collaizzi (1978 dalam Polit & Beck, 2004), terdiri dari membuat transkrip dan membaca berulang-ulang hasil transkrip wawancara dan catatan lapangan, mengidentifikasi kutipan kata dan pernyataan yang bermakna, membuat kategori-kategori, menentukan sub tema dan tema utama.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 7 orang. Semua partisipan bertempat tinggal di wilayah Kotamadia Daerah Istimewa Yogyakarta. Partisipan seluruhnya adalah perawat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang bekerja pada ruang perawatan yang berbeda-beda. Partisipan terdiri dari 1 laki-laki dan 6 perempuan. Pendidikan partisipan seluruhnya S1 keperawatan. Usia partisipan termuda adalah 35 tahun dan usia tertua 42 tahun. Lama bekerja di rumah sakit yang terendah adalah 13 tahun dan tertinggi 21 tahun. Frekuensi dinilai dengan DP3 yang terendah 5 kali dan yang terbanyak 12 kali.

Peneliti mengidentifikasi ada 13 tema sebagai hasil dari penelitian ini.

Tema 1 : Menilai kinerja

Tema menilai kinerja teridentifikasi dari sub tema memonitor. Sub tema ini tergambar dari kategori prestasi kerja dan bukti penilaian. Kategori prestasi kerja tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut:

“..... tujuannya untuk penilaian secara berkala, maksudnya untuk monitoring dari kinerja perawat,

kemudian kedisiplinan, kemudian selain dari pekerjaan juga dilihat dari mungkin kegiatan ibadahnya, kemampuan bekerjasama, memberikan pelayanan ke pasien seperti itu, walaupun disitu sebenarnya ada beberapa hal yang tidak terinklud disitu ya, karena disitu disebutkan hal-hal secara umum saja seperti kedisiplinan, kemampuan bekerjasama, terus kedisiplinan dia seperti itu.” (P6)

Kategori bukti penilaian tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“...melihat langsung otentiknya seperti apa kinerja kita..” (P1)

Tema 2 : motivasi

Tema motivasi teridentifikasi dari sub tema internal dan eksternal. Sub tema internal tergambar dari kategori kepuasan dan terpacu untuk meningkat. Sub tema eksternal tergambar dari kategori tidak dinilai negatif.

Kepuasan partisipan tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

“...kalau itu nilainya bagus seperti nya ada kepuasan tersendiri, o.. ternyata benar ya puas dengan hasilnya (P1)

Terpacu untuk meningkat tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut:

“Menurut saya ternyata saya dinilai seperti itu dari teman saya, berarti mungkin saya kurang nilainya belum untuk rengnya maunya saya sekian tapi ternyata dinilai dibawah itu, nek saya ya oh berarti saya kurang saya harus lebih lagi, saya terpacu untuk mencapai segitu.(P5)

Tidak dinilai negatif tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

“...DP3 saya baik ya berarti saya naik, nggak dapat cap negatif, kalau DP3 saya jelek berarti saya ada masalah...” (P2)

Tema 3 : Perencanaan SDM

Tema perencanaan SDM teridentifikasi dari sub tema rekrutmen dan pengembangan. Sub tema rekrutmen memiliki kategori penentuan status. Sub tema pengembangan memiliki tiga kategori yaitu promosi, pemilihan pegawai teladan, dan kelayakan naik golongan/pangkat. Penentuan status tergambar dari pernyataan partisipan sebagai berikut:

“...pegawai kontrak untuk memperpanjang kontraknya akan diperpanjang atau tidak...” (P2)

Promosi dinyatakan partisipan dalam bentuk disekolahkan, tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

“.....pegawai yang akan disekolahkan, diberikan reward disekolahkan, itu juga harus dilihat grafik DP3 nya dari tahun ke tahun.”(P4)

Pemilihan pegawai teladan tergambar dalam pernyataan partisipan berikut :

“.....akan mengadakan pemilihan pegawai teladan, itu juga dilihat nilai DP3nya selama ini...” (P4)

Kelayakan naik golongan/pangkat tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“...penilaian itu layak atau tidak seorang karyawan untuk naik ke golongan yang lebih tinggi dari sebelumnya.”(P1)

Tema 4 : Dasar pemberian penghargaan

Tema dasar pemberian penghargaan teridentifikasi dari sub tema penyesuaian gaji/insentif. Sub tema ini teridentifikasi dari

kategori kenaikan gaji. Peningkatan gaji tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“.....setiap dua tahunan itu untuk menilai karyawan dalam rangka peningkatan gaji, peningkatan kerja dulu kalau baik nanti imbalannya cukup.”(P3)

Tema 5 : Respon negatif

Tema respon negatif terhadap penilaian teridentifikasi dari sub tema hasil penilaian bias/tidak mengukur. Sub tema hasil penilaian bias/tidak mengukur teridentifikasi dari kategori kurang obyektif (subyektif), kurang puas, tidak adil, belum mengukur, dan tidak berdampak pada kinerja. Penilaian kurang obyektif (subyektif) tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“.....memang ada obyektifnya dan subyektifnya jadi nggak murni, karena memang tidak ada acuannya harus menilainya seberapa, yang dikatakan rajin seperti apa, yang dikatakan malas seperti apa, jadi kecenderungan obyektif dan subyektifnya juga ada disitu.”(P1)

“.....karena itu lebih condong ke subyektif. Beda kalau memang penilaian itu dilakukan secara transparan ada tolak ukurnya, kemudian jelas bahwa dia tidak bisa melakukan ini gitu kan jelas.”. (P2)

Respon ketidakpuasan partisipan terhadap penilaian DP3 sebagaimana tergambar dalam pernyataan partisipan berikut :

“.....kalau menilai sesuatu kurang jelas perasaan saya, jadi penilainya jadi kurang obyektif dalam menilai sesuatu, jadi kurang puas gitu, harusnya sejak awal kerja sudah dikasih tahu point-pointnya seperti ini.....”. (P1)

Ketidakadilan tergambarkan dalam pernyataan partisipan sebagai berikut:

“.....rasanya nggak adil, padahal saya di ruang ini kan baru setahun, satu tahun kan kita bersama-sama di satu ruangan itu kan belum tentu belum bisa dipastikan bahwa saya dinilai bersama si A ini dalam satu bulan sekian kali dia mengerti saya sekian kali frekuensi ketemu saya itu kan masih sangat sedikit...”.(P3)

Penilaian kinerja perawat dengan DP3 dipersepsikan oleh seluruh partisipan belum mengukur kinerja perawat yang sesungguhnya. Penilaian belum mengukur teridentifikasi karena belum adanya standar penilaian khusus untuk perawat, penilaian dengan DP3 dipersepsikan untuk menilai kinerja secara umum. Penilaian perawat dengan DP3 belum mengukur kinerja perawat, tergambar dalam pernyataan partisipan :

“Jadi ya belum bisa untuk mengukur karena nggak ada standar, standarnya masih terlalu umum.”(P3)

Partisipan menyatakan bahwa tidak ada dampak penilaian DP3 dengan peningkatan kinerja perawat yang dapat dilihat dari tidak adanya perubahan kearah yang baik bagi orang yang dinilai kurang, dan perawat dalam mendokumentasikan aspek dinilai belum sesuai yang diharapkan. Fenomena tersebut tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Nggak ada dampaknya yang saya rasakan, misalnya sebagai peringatan. Dampaknya misalnya seseorang ada perbaikan gitu kan, itu nggak ada.” (P4)

Tema 6 : Respon positif

Tema respon positif terhadap penilaian teridentifikasi dari sub tema peningkatan

kesejahteraan. Sub tema ini teridentifikasi dari kategori dampak finansial dan kenaikan golongan. Dampak finansial dari penilaian kinerja tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“ Yang jelas untuk meningkatkan kesejahteraan, disini kan sudah ada aturannya karyawan yang sudah tetap setiap 2 tahun sekali berhak untuk menerima mendapatkan kenaikan berkala itu, nanti disitu kan berpengaruh baik itu terhadap tunjangan fungsional dia maupun gaji dia...”(P6)

Pernyataan partisipan yang terkait dengan dampak penilaian untuk kenaikan golongan adalah :

“Saya diberi tahu bahwa saya menerima surat, bahwa tahun ini anda berhak naik golongan maka akan dilakukan penilaian DP3”(P2)

Tema 7 : Standar kompetensi

Tema standar kompetensi teridentifikasi dari sub tema jenjang kompetensi. Sub tema ini teridentifikasi dari kategori kinerja sesuai kompetensi.

Kinerja sesuai kompetensi tergambar dari pernyataan partisipan sebagai berikut :

“.....ketrampilan kinerjanya, tapi ketrampilan person itu satu ruangan dengan ruangan lain itu kan lain, seperti kayak di IMC itu kan seperti di ICU jadi secara imergensinya itu mereka harus lebih berbeda dengan yang lain.”(P1)

Tema 8 : Standar pelayanan dan asuhan keperawatan

Tema standar pelayanan dan asuhan teridentifikasi dari dua sub tema yaitu pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan. Sub tema pelayanan keperawatan teridentifikasi dari kategori kemampuan

manajerial. Sub tema asuhan keperawatan teridentifikasi dari kategori kemampuan asuhan keperawatan.

Kemampuan manajerial tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut:

"...manajemen artinya bagaimana dia mengelola, kalau sebagai pelaksana tentunya dia akan mengelola si klien dan keluarga kan, kalau dia sebagai koordinator shif dia akan mengelola tim kerjanya, kalau sebagai kepala ruang (supervisor) dia akan mengelola stafnya." (P2)

Kemampuan asuhan keperawatan tergambar dari pernyataan partisipan sebagai berikut :

"Mestinya kalau mengukur kan dinilai dari segi kompetensi yang dimiliki pegawai, misalnya perawat ya perawat dinilai dari penerapan asuhan keperawatannya.."(P4)

"Jadi merawat pasien dari masuk sampai pulang...jadi kemampuan melakukan asuhan keperawatan." (P5)

Tema 9 : Pemberian informasi

Tema pemberian informasi teridentifikasi dari sub tema lisan dan tertulis. Sub tema lisan teridentifikasi dari kategori pemanggilan dan diberi masukan, teguran serta nasehat. Sub tema tertulis teridentifikasi dari kategori nilai ditunjukkan. Pemanggilan dan diberi masukan tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

".....pernah mendengar ada teman yang dinilai kurang dipanggil kepegawaian terus suruh memperbaiki diri karena penilainya kurang."(P1)

Teguran tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

".....cuman kalau kita sudah me-

lakukan kesalahan atau tidak memenuhi kewajiban dan itu langsung kita oleh kepegawaian.... kita tahu karena ada teguran dari seseorang" (P2)

Pernyataan partisipan tentang nasehat adalah :

".....pernah ada kejadian memang temen dikasih tahu kalau kamu nggak bisa naik golongan karena nilaimu sangat kurang banget, terus dikembalikan hasilnya kekepegawaian, nanti kepegawaian yang menentukan akan dinilai lagi kapan..."(P1)

Nilai ditunjukkan tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

"...jadi dilembar terakhir itu kan ada rata-rata dari ketiga penilai rata-ratanya berapa akhirnya ditotal ini lho nilaimu ditunjukkan, tanda tangan dan saya tahu nilainya berapa." P2).

Tema 10 : Pembinaan

Tema ini teridentifikasi dari sub pembinaan. Sub tema ini teridentifikasi dari kategori gaji tidak naik dan dipindahkan/dikeluarkan.

Pernyataan partisipan yang menggambarkan gaji tidak naik adalah :

"teman-teman saya... nilainya kurang, setelah nilainya kurang yang saya ketahui saat itu e...gaji belum bisa naik, tetapi kemudian dipanggil kepegawaian, diberi masukan anda pada penilaian sekarang belum bisa dinaikan, tapi anda diberi kesempatan untuk memperbaiki diri.."(P3).

Dipindahkan/dikeluarkan tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Paling phol (ujung-ujungnya) lapor pimpinan terus dipindah atau sampai dikeluarkan.”(P4)

Tema 11 : Penghargaan

Tema penghargaan teridentifikasi dari sub tema kenaikan gaji/insentif dan promosi. Sub tema kenaikan gaji/insentif teridentifikasi dari kategori peningkatan golongan/pangkat dan peningkatan gaji. Sub tema promosi teridentifikasi dari kategori peningkatan posisi/status. Peningkatan golongan/pangkat tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Kalau dari penilai nggak ada, cuman kalau dari RS berkaitan dengan kenaikan berkala maupun golongan.”(P7)

Peningkatan gaji tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“....yang penting giliran DP3 dikumpulkan, nanti saya turun rapelan (P3)

Peningkatan posisi/status tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Misalnya ada pelatihan, misalnya ada jatah pelatihan PPGD misalnya, atasan saya akan mempromosikan saya untuk diikutkan pelatihan PPGD, yang jelas promosi untuk pelatihan-pelatihan, kemudian dipromosikan untuk menjabat suatu struktural, misalnya dipromosikan untuk jadi kepala ruang misalnya seperti itu, kemudian dipromosikan di sekolahkan.” (P4)

Tema 12 : Kesenjangan komunikasi

Tema Kesenjangan komunikasi teridentifikasi dari sub tema tidak adanya transparansi hasil penilaian dan tidak adanya umpan balik. Sub tema tidak adanya transparansi hasil penilaian teridentifikasi dari

kategori nilai dirahasiakan, kurang penjelasan dan tidak diberikan kesempatan merespon. Sub tema tidak adanya umpan balik teridentifikasi dari kategori umpan balik secara langsung, pujian, umpan balik konstruktif. Nilai tidak diberitahukan/dirahasiakan tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Nggak pernah dikasih tahu nilainya.”(P1)

“Ada Kaur malah justru dirahasiakan, jadi nilai tidak diperlihatkan.”(P4)

Nilai kurang penjelasan teridentifikasi pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Nggak pernah tahu apakah selama ini DP3 saya sampai sekarang itu ada peningkatan atau tidak itu saya nggak pernah tahu.”(P2)

Tidak diberikan kesempatan untuk merespon hasil penilaian tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Nggak pernah monggo (silahkan) mbak ini hasilnya mau dilihat dulu boleh, kurangnya apa seperti apa silahkan.” (P1)

“Tidak diberi kesempatan khusus untuk merespon umpan balik...”(P2)

Tidak adanya umpan balik secara langsung dari penilai tergambar pada pernyataan partisipan :

“..Kepala bidang cuman tanda tangan aja nggak ada respon apa pun.”(P1)

“tidak diberikan feedback seperti itu dari hasil DP3 yang didapatkan, jadikan kita tidak tahu apa yang kurang dari diri saya dari yang dinilai itu, jadikan si yang dievaluasi

itu tidak tahu apa yang harus lebih diperbaiki.”(P7)

Tidak ada pujian yang diberikan penilai terhadap hasil kinerja yang baik tergambar pada pernyataan partisipan :

“....wah nilai anda bagus gitu, terima kasih gitu kayaknya nggak ada.”(P2)

“.....kepala ruang atau penilai memberikan support jarang..nggak pernah...”(P4)

Kurangnya umpan balik konstruktif tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Ketrampilannya kurang dapat pembinaan itu kok tidak ada.”(P2)

Tema 13 : Peran pimpinan

Tema peran pimpinan teridentifikasi dari 4 sub tema yaitu penilaian obyektif, sistem penghargaan, memfasilitasi komunikasi, dan memfasilitasi dukungan. Penilaian obyektif teridentifikasi dari kategori kejelasan indikator penilaian, kriteria penilai, dan kejelasan hasil penilaian. Sub tema sistem penghargaan teridentifikasi dari kategori pujian, promosi dengan kriteria jelas, dan peningkatan kompetensi. Sub tema memfasilitasi komunikasi teridentifikasi dari kategori komunikasi. Sub tema memfasilitasi dukungan teridentifikasi dari kategori bimbingan/pembinaan dan kejelasan alur pembinaan. Kejelasan indikator penilaian tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

“....alangkah lebih baiknya disitu lebih dijelaskan lagi hal hal yang perlu, jadi kayak petunjuk penilaiannya ada, jadikan ketika orang menilai dia itu dia bisa melakukan pengukuran itu, dia bisa lebih terinci” (P6)

Kriteria penilai tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut:

“Ya kalau menilai itu pimpinan harus tahu yang dinilai siapa, pimpinan itu tahu anak buah yang ini gimana, yang ini gimana, jadi kalau yang nilai orang lain seperti ini itu sebenarnya pas nggak untuk si A maksud saya gitu, jadi bidang keperawatan tahu anak buahnya si A si B mungkin saya, kalau saya dinilai oleh yang lain teman saya, ternyata saya dinilai seperti ini, bidang keperawatn itu tahu saya seperti ini kok nggak sesuai atau gimana berlebih atau kurang itu seharusnya dia sebagai penengah.” (P5)

Kejelasan hasil penilaian tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut:

“....dijelaskan, nilainya seperti ini itu karena apa...”(P1).

Tidak adanya pujian tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Reward itu kan, atas suatu nilai yang baik itu kan bukan hanya suatu materiya, tapi suatu pujian yang positif sudah membuat bangga seseorang, ada perhatian dari seorang pimpinan.”(P1)

Promosi dengan kriteria jelas tergambar pada pernyataan partisipan sebagai berikut:

“....Kinerja baik ada penghargaan... kesempatan melanjutkan studi jelas....”(P2)

“Belum ada kesempatan yang sama, masih subyektif, belum ada kriteria yang jelas.”(P3)

Peningkatan kompetensi tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

“.....teori selama ini kan tidak pernah disinggung, jadi yang lulusan baru dan lulusan lama itu tidak pernah kelihatan, sebenarnya lulusan lama itu juga butuh refreasing, refreasing SI yang sekarang begini, teori D3 baru segini....” (P3)

Harapan untuk terbinanya komunikasi pimpinan dan staf dipersepsikan adanya waktu khusus dari pimpinan untuk merespon kinerja perawat dan terfasilitasinya komunikasi antara bawahan dan atasan untuk menyampaikan apa saja yang staf ingin sampaikan kepada pimpinan. Komunikasi tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut:

“....ada waktu khusus untuk merespon baik dari atasan langsung maupun kepegawaian.”(P2)

“.....kita pingin juga ada ajang silaturahmi, jadi disitu kita bisa ber-cuhat.”(Respon non verbal partisipan: tersenyum saat menyampaikan).(P6)

Bimbingan/pembinaan tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

“.....jadi harusnya kan penilaian itu ada feedbacknya ya, dilakukan penilaian itu ketika ada kekurangan pada diri kita, jika ada kekurangan dari orang yang dinilai itu kan bisa dilakukan evaluasi, dilakukan instropeksi mungkin ternyata saya kurang dalam hal ini, ini, ini, jadi lebih dia untuk meningkatkan yang kurang tadi...”(P6)

Kejelasan alur pembinaan dalam penilaian kinerja tergambar dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Setahu saya selama ini mereka hanya dipanggil tapi bukan oleh

kepala bidang sih, justru kepala kepegawaian yang manggil kemudian diberitahu kalau nilainya kurangminimal ke kepala ruang dulu baru ke kepala bidang nggak langsung ke kepala kepegawaian.”(P1)

Pembahasan

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa tujuan penilaian kinerja dengan menggunakan DP3 adalah untuk menilai kinerja. Persepsi partisipan tersebut sesuai dengan makna penilaian pelaksanaan pekerjaan (P3) yang dikeluarkan oleh BKN (2007), yaitu penilaian individu mengenai pekerjaan di tempat kerja dan kesanggupan untuk memperoleh kemajuan secara sistematis sesuai standar yang ditetapkan sebagai pertimbangan yang obyektif dalam pembinaan PNS berdasarkan sistem karier dan sistem prestasi kerja. Hasil penilaian kinerja menurut Rivai et al (2008) penting digunakan untuk memperoleh data yang pasti, sistematis, dan faktual dalam penentuan “nilai” suatu pekerjaan, melihat prestasi seseorang secara realistis, memeriksa kemampuan individu karyawan.

Evaluasi kinerja dapat digunakan untuk memotivasi pegawai, mengembangkan inisiatif, rasa tanggungjawab sehingga mereka terdorong untuk meningkatkan kinerjanya (Ivancevich, 1992 dalam Dharma 2010). Tujuan penilaian kinerja yang lain adalah untuk perencanaan SDM, terkait dengan rekrutmen dan pengembangan. Ivancevich (1992 dalam Dharma 2010) menyatakan bahwa evaluasi kinerja dapat digunakan untuk pengembangan keahlian dan ketrampilan serta perencanaan SDM. Tujuan penelitian yang dilakukan di RS PKU terkait dengan pengembangan yaitu adanya yaitu promosi seperti disekolahkan, pemilihan pegawai teladan, dan kelayakan naik golongan/pangkat. Pangkat adalah kedudukan yang menunjukkan tingkat

seseorang PNS berdasarkan jabatannya dalam rangkaian susunan kepegawaian yang digunakan sebagai dasar penggajian. Kenaikan pangkat adalah penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian PNS terhadap negara, yang dimaksudkan sebagai dorongan kepada PNS untuk lebih meningkatkan prestasi kerja dan pengabdian. Tujuan penilaian kinerja teridentifikasi sebagai dasar pemberian penghargaan terkait penyesuaian gaji/insentif. Idealnya informasi penilaian yang akurat menjadi dasar organisasi untuk mengaitkan *reward* dengan kinerja. Hal senada juga diungkapkan oleh BKN (2007) bahwa penggunaan DP3 yaitu sebagai bahan dalam melaksanakan pembinaan/pengembangan karier PNS salah satunya in untuk pertimbangan kenaikan pangkat.

Hasil penelitian ini mengidentifikasi adanya respon negatif terhadap proses pelaksanaan evaluasi kinerja perawat dengan menggunakan DP3 yaitu berupa hasil penilaian yang bias/tidak mengukur, yang merupakan salah satu ciri dari penilaian yang bersifat subyektif. *Judgment* atau putusan menunjukkan evaluasi pribadi, sedangkan *rating* atau penilaian menunjukkan pernyataan publik tentang kinerja yang dinilai (Mohram & Lawler, 1983 dalam Rivai et al, 2008). Penilaian DP3 termasuk jenis metode penilaian kinerja yang berorientasi masa lalu, artinya menilai kinerja seseorang berdasarkan kinerja masa lalu (Rivai et al, 2008). Penilaiannya berdasarkan pendapat para penilai, dan seringkali kriterianya tidak berkaitan langsung dengan hasil kerja. Kriteria yang spesifik mungkin dihilangkan untuk membuat formulir dapat digunakan untuk berbagai jenis pekerjaan, sehingga penilaian yang deskriptif ini dipengaruhi oleh penafsiran dan prasangka individu yang akan mengakibatkan adalah kecenderungan membatasi umpan balik yang spesifik dan penilaian didasarkan pada kepribadian

individu, dan berakhir pada melemahkan arti dan penilaian itu sendiri.

Penilaian yang dilakukan dengan ukuran subyektif akan berpeluang untuk terjadinya bias. Bias dalam proses penilaian yang tergambar pada penelitian ini adalah *Halo Effect* (kesan pertama), *Error of Central Tendency* (kesalahan akibat kecenderungan menilai tengah), dan *Leniency and Strictness Bias* (bias terlalu longgar atau terlalu ketat), *Friendly* (kedekatan hubungan), (Rivai et al, 2008; Marquis & Huston, 2009). Penilaian kinerja yang tidak efektif sangat tergambar pada proses penilaian yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, salah satunya adalah karena sistem penilaiannya subyektif. Penilaian yang subyektif tampak pada ketidakjelasan komponen kriteria penilaian, ketidakjelasan kriteria penilai muncul sebagai fenomena karena tidak ada ketentuan penilai secara jelas, menilai berdasarkan persepsi dan pertimbangan pribadi, penilai tidak tahu kinerja yang dinilai, ada intervensi pimpinan terhadap penilaian. Fenomena lain yang mendukung subyektifitas penilaian adalah adanya ketidakjelasan target kinerja karena tidak ada informasi tentang target kinerja, tidak ada penjelasan tentang konsekuensi target. Khususnya terkait dengan kinerja perawat seperti pendokumentasian asuhan keperawatan tidak ada ukuran penilaiannya dan tidak dilakukan penilaian.

Respon positif terhadap penilaian dipersepsikan partisipan karena berdampak pada finansial dan kenaikan golongan, sebagaimana kita ketahui evaluasi kinerja dapat digunakan sebagai dasar untuk pemberian penghargaan untuk proses penentuan kenaikan gaji, insentif. Evaluasi kinerja dapat digunakan sebagai informasi untuk menentukan apa 0.42" yang harus diberikan kepada pegawai yang berkinerja tinggi salah satunya dengan prinsip pemberian kompensasi yang adil menurut

Ivancevich (1992 dalam Dharma 2010).

Kebutuhan perawat dalam penilaian kinerja pada hasil penelitian ini tergambar dari dalam kebutuhan akan adanya standar kompetensi dan standar pelayanan dan asuhan keperawatan. Kebutuhan perawat terkait penilaian kinerja perawat telah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh PPNI. Standar kompetensi perawat menunjukkan kompetensi yang diharapkan dimiliki oleh individu yang akan bekerja di bidang pelayanan keperawatan. Standar praktik keperawatan merupakan komitmen profesi keperawatan dalam melindungi masyarakat terhadap praktik yang dilakukan. (PPNI, 2010; ANA, 2004 dalam Marquis & Huston, 2009). Standar kerja perlu dibuat dalam pengukuran evaluasi kinerja, karena standar akan menjabarkan tentang pekerjaan yang mencakup dalam satu pekerjaan tertentu. Tanpa standar, masalah kinerja dapat menjadi sangat rancu (Pophal, 2008).

Hasil penelitian ini menggambarkan umpan balik yang diterapkan dalam penilaian kinerja bagi karyawan adalah pemberian informasi dalam bentuk lisan dan tertulis, pembinaan, dan penghargaan. Umpan balik dalam penelitian ini tentunya telah sesuai dengan tujuan penilaian kinerja yaitu sebagai dasar dalam memperbaiki perilaku negatif atau kurang sesuai dengan perilaku yang optimal, dan juga menjadi dasar dalam pemberian penghargaan (Huber, 2006; Robbins & Judge, 2008; Tomey 2009; Marquis dan Huston, 2009).

Pada hasil penelitian ini hambatan untuk merespon umpan balik teridentifikasi dari adanya kesenjangan komunikasi. Hasil penilaian kinerja menurut Rivai, et al (2008) sesungguhnya memiliki manfaat untuk karyawan yang dinilai maupun untuk penilai. Hasil riset manajemen telah memperlihatkan beberapa faktor yang berpengaruh terhadap hasil akhir penilaian dalam meningkatkan motivasi dan produktivitas (Marquis &

Huston, 2009) dikatakan bahwa karyawan harus percaya bahwa penilaian didasarkan pada standar untuk menilai karyawan dalam klasifikasi yang sama dan dapat dipertanggungjawabkan. Standar harus dikomunikasikan dengan jelas pada karyawan pada waktu mereka di rekrut dan mungkin deskripsi pekerjaan atau tujuan individual staf untuk tujuan penilaian kinerja. Karyawan harus terlibat dalam mengembangkan standar atau tujuan kinerja yang digunakan untuk menilai, ini penting sekali untuk profesional pekerja. Karyawan harus mengetahui kemajuan dan apa yang terjadi jika standar kinerja yang diharapkan tidak di capai. Karyawan perlu mengetahui bagaimana informasi akan diperoleh untuk memberikan gambaran kinerja.

Pada fase *controlling* dalam proses manajemen, kinerja diukur dengan menggunakan standar yang telah ditentukan sebelumnya, dan akan diambil tindakan untuk memperbaiki ketidaksesuaian antara standar dan kinerja nyata (Marquis & Huston, 2009). Evaluasi kinerja melibatkan peran manajer untuk memperjelas harapan yang mereka inginkan dari stafnya dan para karyawan dapat mengkomunikasikan harapan mereka dalam pekerjaannya terkait bakat pribadi yang dapat dimanfaatkan organisasi, tujuannya untuk mencapai suatu konsensus. (Drucker, 1995 dalam Dharma, 2010).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Tujuan penilaian kinerja dengan DP3 yaitu untuk menilai kinerja, motivasi, perencanaan SDM, dan dasar pemberian penghargaan, sehingga dijadikan dasar pengembangan SDM rumah sakit apabila dilakukan sesuai prinsip DP3. Respon dan persepsi perawat tentang proses pelaksanaan evaluasi kinerja perawat dengan menggunakan DP3 yaitu respon negatif dan respon positif. Respon tidak mendukung

tergambar dari adanya penilaian subyektif, sehingga banyak terjadi penyimpangan dalam penilaian, berakhir pada melemahkan arti dari penilaian itu sendiri. Respon mendukung terhadap penilaian tergambar dari adanya keuntungan yang dirasakan dari orang yang dinilai. Kebutuhan perawat dalam penilaian kinerja yaitu standar kompetensi, standar pelayanan dan asuhan keperawatan. Standar kompetensi perawat merefleksikan standar minimal yang diharapkan dimiliki oleh individu yang akan bekerja di bidang pelayanan keperawatan dan standar praktik keperawatan merupakan komitmen profesi keperawatan dalam melindungi masyarakat terhadap praktik yang aman.

Umpan balik yang diterapkan dalam penilaian kinerja bagi karyawan yaitu pemberian informasi, pembinaan dan penghargaan. Hasil penelitian ini menunjukkan umpan balik yang diterapkan untuk memperbaiki perilaku negatif atau kurang sesuai dengan perilaku yang optimal, dan juga menjadi dasar dalam pemberian penghargaan apabila dilakukan sesuai prinsip DP3. Hambatan untuk merespon umpan balik terjawab dalam kesenjangan komunikasi. Hasil ini menunjukkan penilai kurang memahami pentingnya hasil penilaian DP3 untuk meningkatkan kinerja staf, disisi lain kurang memahaminya staf untuk mendapat umpan balik. Harapan perawat pelaksana terhadap pimpinan keperawatan terkait penilaian kinerja yang dilakukan terjawab dalam peran pimpinan yang diharapkan obyektif, memberikan penghargaan, memfasilitasi komunikasi, dan memberikan dukungan. Hasil penelitian ini menunjukkan peran pimpinan sebagai pengelola yang akan mengayomi dalam membina interaksi, mengayomi dalam melakukan asuhan keperawatan dan lebih bersifat empati.

Saran

Pengelola pelayanan di rumah sakit

yaitu melalui komite keperawatan, dikembangkan adanya instrumen/alat ukur untuk kinerja perawat yang sesuai dengan perawat atau DP3 dibuatkan protap panduan sesuai uraian tugas perawat, dan perlu dipertimbangkan adanya renumerasi didasarkan pada penilaian kinerja untuk memberikan penghargaan pada perawat. Dilakukan penilaian kinerja perawat berdasarkan instrumen kinerja yang telah ditentukan, dengan menerapkan prinsip-prinsip penilaian yang obyektif baik dari standar yang digunakan untuk menilai, proses penilaiannya, dan juga umpan balik yang diberikan.

Ditingkatkannya peran pimpinan dalam memfasilitasi komunikasi yaitu dengan menciptakan adanya komunikasi dua arah antara pimpinan dan bawahan, dengan diberikannya kesempatan staf untuk merespon hasil penilaian dan adanya waktu khusus bagi penilai untuk memberikan respon dan umpan balik terhadap hasil penilaian. Selain itu difasilitasinya komunikasi dengan diselenggarakannya forum komunikasi yang memungkinkan atasan dan staf berkomunikasi secara terbuka, sehingga staf dapat menyampaikan apa yang menjadi inspirasinya dan pimpinan dapat menjadikan masukan staf sebagai bahan pertimbangan dalam proses berorganisasi.

Peran pimpinan yang lebih ditingkatkan juga terkait dengan peran pengarahan dan *controlling* dalam evaluasi kinerja. Peran pengarahan melibatkan peran manajer untuk memperjelas apa yang diharapkan dari staf dalam penilaian kinerja dan staf dapat mengkomunikasikan harapan mereka dalam pekerjaannya, sehingga manajer dan staf bertindak secara kemiteraan. PPNI diharapkan dapat memfasilitasi adanya instrumen standar kompetensi perawat yang dapat diaplikasikan di tatanan pelayanan, sehingga perawat memiliki instrumen penilaian kinerja jelas yang dapat mengukur kinerja perawat yang diharapkan dan memberikan dampak pada

peningkatan kinerja yang diharapkan.

Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan mengidentifikasi dampak penilaian kinerja perawat dengan DP3 terhadap asuhan keperawatan yang diberikan perawat terhadap klien, sehingga dapat memberikan informasi yang lebih komprehensif untuk melengkapi hasil penelitian sebelumnya. Penelitian dapat dilakukan dengan metode pengumpulan data yang berbeda baik kuantitatif maupun kualitatif atau kombinasi keduanya.

DAFTAR RUJUKAN

- Badan Kepegawaian Negara (BKN). 2007. *Materi Diklat Teknis Manajemen Kepegawaian*. Author: Yogyakarta.
- Dharma, S. 2010. *Manajemen Kinerja: Falsafah Teori dan Penerapannya*. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Huber, D. L. 2006. *Leadership and Nursing Care Management*. 3rd ed. Elsevier: Philadelphia.
- Marquis, B. I & Huston, C. J. 2009. *Leadership Role and Management Function in Nursing*. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Pophal, L. G. 2008. *Human Resources Book : Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Bisnis*. Ed.1. Prenada Media: Jakarta.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. 2004. *Nursing Research Principles and Methods*. 7thed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2010. *Standar Profesi dan Kode Etik Keperawatan Indonesia*. Authors: Jakarta.
- Rivai, V., Basri, A. F. M., Sagala, E. J., & Murni, S. 2008. *Performance Appraisal: Sistem yang Tepat untuk Menilai Kinerja Karyawan dan Meningkatkan Daya Saing Perusahaan*. Ed.2. PT. Raja Grafindo Persada: Jakarta.
- Robbins, S. P., & Jugde, T. A. 2008. *Perilaku Organisasi*. (Diana Angelica, Ria Cahyani, Abdul Rosyid, Penerjemah). Ed.12. Salemba: Jakarta.
- Sudarmanto. 2009. *Kinerja dan Pengembangan Kompetensi SDM: Teori, Dimensi Pengukuran, dan Implementasi dalam Organisasi*. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Tomey, A. M. 2009. *Guide to Nursing Management and Leadership*. 8th ed. Mosby Elsevier: Philadelphia.

HUBUNGAN ANTARA FREKUENSI INTERAKSI DENGAN MEDIA PORNOGRAFI TERHADAP SIKAP TENTANG PERILAKU SEKS BEBAS PADA REMAJA DI SMUN 2 RANGKABITUNG

Meilinda Widiyastuty

Program Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran

Email: lind_bid@yahoo.com

Abstract: This study aims to determine the relationship between frequency of interaction with the media of pornography on attitudes about sex behavior in adolescents. This research is type of quantitative research with cross sectional design. Samples from this study were students SMUN 2 Rangkasbitung, amounting to 110 students. The data used primary data using a questionnaire. Analysis method using Chi-Square test. The results showed that there is a relationship between frequency of interaction with the media of pornography on attitudes about sex behavior in adolescents, with a value of 5.2 and OR 95% CI 1.7 to 15.6 and $\tilde{n} = 0.004$.

Keywords: pornography media, free sex, adolescent

Abstrak: Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara frekuensi interaksi dengan media pornografi terhadap sikap tentang perilaku seks bebas pada remaja. Jenis penelitian ini kuantitatif dengan desain *cross sectional*, sampelnya adalah siswa SMUN 2 Rangkasbitung berjumlah 110 siswa. Data yang digunakan data primer dengan menggunakan kuesioner. Metode analisis uji *Chi-Square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara frekuensi interaksi dengan media pornografi terhadap sikap tentang perilaku seks bebas pada remaja, dengan nilai OR 5,2 dan CI 95% 1,7-15,6 serta $\tilde{n}=0,004$.

Kata kunci : media pornografi, perilaku seks bebas, remaja

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan salah satu dari 178 negara di dunia yang telah ikut menandatangani rencana aksi dari Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan atau *International Conference Population Development (ICPD)* di Kairo pada tahun 1994. Rencana aksi ICPD mengisyaratkan bahwa negara-negara di dunia didorong untuk menyediakan informasi yang lengkap kepada remaja mengenai

bagaimana mereka dapat melindungi diri dari kehamilan yang tidak diinginkan, Infeksi Menular Seksual (IMS) dan *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)*.

Pemerintah Indonesia melalui Peraturan Presiden Republik Indonesia (PPRI) Nomor 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) 2005-2009 menyatakan bahwa salah satu

arah RPJM adalah meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi remaja. Kondisi seperti ini memberikan kerangka legal bagi pengakuan dan pemenuhan hak-hak reproduksi dan seksual remaja di Indonesia (Okanegara, 2007). BKKBN juga telah mencanangkan program kesehatan reproduksi remaja sebagai salah satu program untuk terwujudnya visi “Keluarga Berkualitas 2015”. Program kesehatan reproduksi remaja ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan reproduksi.

Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) yang merupakan salah satu unsur Kesehatan Reproduksi (Kespro) sudah digencarkan sejak diratifikasi pada tahun 1994 dan diresmikan sebagai program Pemerintah pada tahun 2000. Filosofi Program KRR adalah remaja harus mendapatkan pengetahuan seksualitas dan Kespro sesuai dengan kerangka kerja ICPD agar remaja tidak melakukan seks bebas dan mengalami berbagai masalah kespro. Remaja yang mendapat penjelasan tentang KRR ini diberikan informasi tentang perubahan fisik dan psikis remaja; alat kelamin (organ reproduksi), proses reproduksi; kehamilan dan cara pencegahan Kehamilan Tidak Dikehendaki (KTD), ‘aborsi aman’; homo dan lesbi; seks bebas yang ‘aman’; juga info tentang berbagai penyakit menular seksual serta cara pencegahannya (Handayani, 2009).

Seks bebas yang dijelaskan dalam KRR justru menjadi pokok pangkal berbagai masalah KRR dan semakin marak dalam kehidupan remaja. Hal ini dapat terlihat dari bukti-bukti bahwa terjadi peningkatan persentase remaja yang melakukan seks bebas sebesar 32,7-52,7 persen. Tahun 1992, sebelum ada program KRR, berdasarkan penelitian Yayasan Kita dan Buah hati (YKB) di 12 kota besar Indonesia, terdapat 10-31 persen seks bebas.

Tahun 2008, setelah 14 tahun KRR digencarkan, meningkat menjadi 62,7 persen. Hal ini terjadi karena informasi yang dijelaskan dalam KRR kurang tepat diantaranya informasi tentang seks bebas dan aborsi yang aman. Secara tidak disadari, hal ini akan meningkatkan kejadian seks bebas.

Berdasarkan hasil survey Komisi Perlindungan Anak (KPA) di 33 propinsi (Mubarak, 2009) tingginya perilaku seks bebas di kalangan remaja ini juga diperparah oleh sikap para orang tua yang mulai cenderung longgar dalam melakukan pengawasan. Saat ini muncul anggapan bahwa anak-anak pacaran merupakan hal yang biasa. Padahal, kebebasan berpacaran membuka peluang remaja melakukan hal-hal yang tidak diinginkan tersebut. Kondisi ini semakin diperparah oleh adanya pengaruh media masa terhadap kehidupan kaum remaja.

Ditinjau dari segi perkembangan, masa remaja merupakan masa transisi yang memiliki rentang dari masa kanak-kanak yang bebas dari tanggung jawab sampai pencapaian tanggung jawab pada masa dewasa. Remaja secara umum mencakup individu berusia antara 10-19 tahun (Glasier, 2004). Salah satu ciri remaja adalah memiliki rasa keingintahuan yang besar dan rasa haus akan informasi. Era globalisasi saat ini, para remaja sangat mudah untuk mendapatkan informasi baik dari media cetak maupun elektronik. Informasi dari seluruh dunia dapat diakses, dalam waktu yang sangat singkat (Sartika, 2009).

Media massa dan segala hal yang bersifat pornografis secara tidak langsung akan menguasai pikiran remaja yang kurang kuat dalam menahan pikiran emosinya. Semakin sering seseorang tersebut berinteraksi atau berhubungan dengan pornografi maka akan semakin beranggapan positif terhadap hubungan seks secara bebas. Bahkan, apabila anak remaja sering dihadapkan pada hal-hal yang pornografi baik berupa

gambar, tulisan, atau melihat aurat, kemungkinan besar dorongan untuk berhubungan secara bebas sangat tinggi. Padahal, mereka belum boleh melakukan hubungan seks karena adanya norma-norma, adat, hukum dan juga agama. Namun apabila seseorang tersebut jarang berinteraksi dengan pornografi maka mereka akan beranggapan negatif terhadap hubungan seks secara bebas.

Hal-hal yang merugikan dari perilaku terhadap seks bebas tidak akan terjadi, apabila individu memiliki kesadaran bertanggung jawab yang kuat. Apabila remaja dihadapkan pada rangsangan sosial yang tidak baik seperti seks bebas maka remaja akan dapat menentukan sikap yang tepat. Sikap tersebut diantaranya sikap negatif atau tidak mendukung perilaku seks bebas. Sebaliknya bila remaja memiliki sikap dengan tanggung jawab yang rendah maka terbentuklah pribadi yang lemah sehingga mudah terjerumus pada pergaulan yang salah (Nameid, 2008).

Informasi untuk kaum remaja akan mencapai hal terbaik apabila program tersebut memberikan pendidikan mengenai keterampilan untuk menghadapi kehidupan selain informasi dan pelayanan kesehatan seksual. Informasi tersebut harus membantu remaja untuk memotivasi generasi muda agar menunda aktivitas seksual. Hal ini akan memberikan pengaruh jangka panjang terhadap kesehatan reproduksi dan pentingnya merencanakan masa depan. Baik remaja putri maupun putra memerlukan informasi kesehatan reproduksi termasuk seksualitas, kontrasepsi, reproduksi, menahan untuk tidak berhubungan seksual, aborsi, PMS dan peran-peran gender. Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui frekuensi interaksi dengan media pornografi terhadap sikap tentang perilaku seks bebas pada remaja.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian

analitik kuantitatif tipe *cross sectional*. Subyek penelitian ini adalah SMUN 2 Rangkasbitung tahun 2010, baik yang berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan, dari kelas 1 sampai kelas 3, berjumlah 796 orang dan diambil dengan cara Stratifikasi Random Sampling. Rumus pengambilan sampel yang digunakan menggunakan Lameshow sehingga didapatkan sampel berjumlah 110 orang. Variabel bebas dalam penelitian ini ialah frekuensi interaksi dengan media pornografi, sedangkan variabel terikat adalah sikap tentang perilaku seks bebas pada remaja. Data yang dikumpulkan peneliti berasal dari data primer, yaitu kuesioner. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang berisi pertanyaan dan pernyataan sikap yang harus dijawab oleh responden.

Pernyataan dalam kuesioner yang berbentuk tabel bernilai skor minimal 15 dan maksimal 60. Pernyataan yang mendukung ke arah perilaku seks bebas bernilai tinggi, dengan penilaian sebagai berikut: Sangat Setuju bernilai 4, Setuju bernilai 3, Tidak Setuju bernilai 2, Sangat Tidak Setuju bernilai 1. Begitu juga sebaliknya, jika pernyataan yang tidak mendukung ke arah perilaku seks bebas bernilai rendah, dengan penilaian sebagai berikut: Sangat Setuju bernilai 1, Setuju bernilai 2, Tidak Setuju Bernilai 3, Sangat Tidak Setuju bernilai 4. Penelitian ini menggunakan analisis bivariat yaitu menggunakan tabulasi silang, dan uji statistik *Chi Square* (X^2) dengan tingkat kemaknaan (*p-value*) $p < 0,05$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di SMUN 2 Rangkasbitung pada periode Maret-Juli 2010 dengan 110 subyek penelitian.

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebanyak 18,2% siswa menonton pornografi sebanyak lebih dari 3 kali atau termasuk dalam kategori sering. Sementara sebanyak 90 siswa (81,8%) mengaku tidak sering

menonton media pornografi. Hal ini ditunjukkan dengan frekuensi menonton kurang dari atau sama dengan 3 kali.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Siswa Berdasarkan Frekuensi Menonton Pornografi

No.	Frekuensi Menonton	Jumlah	Persentase (%)
1.	> 3 kali (sering)	20	18,2
2.	≤ 3 kali (tidak sering)	90	81,8
Total		110	100

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Siswa Berdasarkan Sikap Terhadap Perilaku Seks Bebas

No.	Sikap	Jumlah	Persentase (%)
1.	Setuju/Mendukung Terhadap Seks Bebas	48	43,6
2.	Tidak Setuju/Tidak Mendukung	62	56,4
Total		110	100

Tabel 2 memberikan gambaran tentang frekuensi menonton media pornografi siswa di SMUN 2 Rangkasbitung, tabel 2 memberikan gambaran tentang sikap terhadap perilaku seks bebas. Berdasarkan distribusi frekuensi, menunjukkan bahwa sebanyak 48 siswa (43,6%) menyatakan setuju terhadap perilaku seks bebas. Hampir 50% siswa memberikan sikap positif terhadap seks bebas. Sementara, siswa yang menunjukkan tidak setuju terhadap perilaku seks bebas sebanyak 56,4% (62 siswa)

Analisis ini juga dilakukan analisis secara bivariat untuk melihat ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dapat dilihat dalam tabel 3 berikut ini.

Secara deskriptif tabel 3 menunjukkan bahwa siswa yang sering menonton tayangan pornografi memiliki proporsi lebih besar (75%) yang memiliki sikap setuju terhadap perilaku seks bebas, bila dibandingkan dengan siswa yang tidak sering menonton tayangan pornografi, hanya 36,7% yang memiliki sikap setuju terhadap perilaku seks bebas.

Secara bivariat antara frekuensi menonton tayangan porno dengan sikap setuju terhadap perilaku seks bebas, terdapat hubungan yang bermakna ($p < \alpha$). Nilai OR sebesar 5,2 berarti bahwa siswa yang sering menonton tayangan porno akan memiliki resiko lima kali lebih besar untuk bersikap setuju terhadap perilaku seks bebas.

Tabel 3. Hubungan Antara Frekuensi Interaksi dengan Media Pornografi Terhadap Sikap tentang Perilaku Seks Bebas

Frekuensi Menonton	Sikap		Σ	χ^2	Nilai p	OR (CI 95%)
	Setuju	Tidak Setuju				
Sering (>3 kali)	15 (75%)	5 (25%)	20 (100%)	8,3	0,004	5,2 (1,7-15,6)
Tidak sering (\leq 3 kali)	33 (36,7%)	57 (63,3%)	90 (100%)			
Jumlah	48 (43,6%)	62 (56,4%)	110 (100%)			

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa ternyata masih banyak (18,2%) terdapat siswa SMUN 2 Rangkasbitung yang sering menonton tayangan pornografi. Alasan menonton tayangan porno adalah karena iseng, sekedar ingin tahu, diajak oleh teman dan sebagainya. Hal ini sesuai dengan Farraqina (2009) yang menyatakan bahwa hasil data dari pertemuan konselor remaja Yayasan Kita dan Buah Hati menyebutkan bahwa 1.625 siswa yang berada di Jabodetabek, sepanjang 2008 ternyata 66% dari mereka menyatakan pernah menyaksikan pornografi lewat berbagai media, yaitu 24% lewat komik, 18% lewat games, 16% situs porno, 14% film, 10% VCD dan DVD, 8% handphone, 4-6% majalah dan koran. Alasan mereka ingin melihatnya adalah 27% menjawab karena iseng. 10% karena terbawa teman, serta 4% karena takut dibilang kuper. Remaja merupakan suatu masa yang menjadi bagian dari kehidupan manusia yang di dalamnya penuh dengan dinamika. Dinamika kehidupan remaja ini akan sangat berpengaruh terhadap pembentukan diri remaja itu sendiri. Masa remaja dapat dicirikan dengan banyaknya rasa ingin tahu pada diri seseorang dalam berbagai hal, tidak terkecuali bidang seks (Chelsea, 2009).

Menurut Iskandar (2009) pada masa remaja terjadi perubahan-perubahan yang

terjadi karena interaksi yang kompleks dari hormon-hormon atau kimiawi tubuh yang dilepaskan ke dalam aliran darah oleh kelenjar seksual. Efeknya bukan terjadi pada fisik saja, melainkan juga pada mental serta emosi. Secara emosional remaja masih belum dewasa dan ini menimbulkan konflik dan tidak bias mengendalikan situasi. Kondisi mental remaja juga sering membingungkan orang. Kemurungan normal biasanya bersifat temporer dan bisa mengakibatkan remaja melontarkan gagasan yang tidak semestinya. Remaja mulai ada dorongan seksual dan minat terhadap lawan jenis. Naluri seksual membuat anak bingung, malu dan pemarah. Penyebab terjadinya masalah seksualitas pada remaja timbul karena berbagai faktor seperti perubahan hormonal yang meningkatkan libido seksualitas remaja akan tetapi penyaluran itu tidak dapat segera dilakukan karena adanya penundaan usia perkawinan, baik secara hukum maupun norma sosial.

Remaja yang tidak dapat menahan diri memiliki kecenderungan untuk melanggar larangan-larangan tersebut. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa hampir sebagian siswa 43,6% memiliki sikap setuju terhadap perilaku seks bebas. Hal ini diduga karena semakin sering seseorang tersebut berinteraksi atau berhu-

hubungan dengan pornografi maka akan semakin beranggapan positif terhadap hubungan seks bebas, demikian juga sebaliknya jika seseorang tersebut jarang berinteraksi dengan pornografi maka akan beranggapan negatif terhadap seks bebas. Banyak remaja yang terjerumus ke dalam hubungan seks dini.

Kartono (2006) menjelaskan bahwa dorongan seks pada remaja begitu dahsyat bagaikan nyala api. Dorongan seksual juga seperti kuda liar yang tidak terkendali, tetapi bisa juga tenang jika terkendali. Bobak (2006) menjelaskan bahwa seksualitas merupakan komponen identitas personal individu yang tidak terpisahkan, berkembang dan semakin matang sepanjang kehidupan individu. Seksualitas tidak sama dengan seks, seksualitas lebih kepada interaksi faktor-faktor biologi, psikologi personal dan lingkungan. Faktor biologis mengacu kepada kemampuan individu untuk memberi dan menerima kenikmatan dan untuk bereproduksi. Psikologis mengacu pada pemahaman dalam diri individu tentang seksualitas seperti cinta diri, identifikasi sebagai pria dan wanita dan pembelajaran peran-peran maskulin atau feminisme.

Sikap setuju atau tidak setuju merupakan hak seseorang, sesuai dengan pendapat Azwar (2008) yang menyatakan bahwa sikap mempunyai dua arah kesetujuan yaitu apakah setuju atau tidak setuju, apakah mendukung atau tidak mendukung, apakah memihak atau tidak memihak terhadap sesuatu atau seseorang sebagai objek. Orang yang setuju atau mendukung atau memihak terhadap suatu objek sikap berarti memiliki sikap yang arahnya positif terhadap objek sikap sebaliknya mereka yang tidak setuju atau tidak mendukung dikatakan memiliki sikap yang arahnya negative terhadap objek sikap. Namun faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain

yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu. Sedangkan menurut Sianipar (2009) menyebutkan bahwa sikap seseorang dapat berubah dengan diperolehnya tambahan informasi tentang sesuatu hal melalui persuasi serta tekanan dari kelompok sosialnya.

Menurut Bobak (2007) media baik elektronik maupun non elektronik dapat mempengaruhi sikap remaja terhadap seksualitas. Media massa membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru terhadap terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat akan memberi dasar afktif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu. Di tengah arus globalisasi yang tidak mungkin dibendung, jika informasi Kesehatan Reproduksi Remaja tidak diberikan secara tepat akan berdampak akan berdampak merugikan pada remaja itu sendiri. Media massa mempunyai pengaruh yang lebih besar dalam kehidupan remaja daripada sumber informasi yang lain. Beberapa penelitian SKRRI, BPS (2004) menemukan 21-30% remaja Indonesia di kota besar seperti Bandung, Jakarta, Yogyakarta telah melakukan hubungan seks pranikah. Beberapa pakar berpendapat bahwa angka yang diperoleh melalui penelitian itu hanyalah puncak dari sebuah gunung es, yang kakinya masih terbenam dalam samudera (BKKBN,2004).

Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian Nameid (2008) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang sangat positif antara frekuensi interaksi dengan media pornografi dan sikap terhadap perilaku seks bebas pada remaja. Hal ini menunjukkan bahwa semakin sering

berinteraksi dengan media pornografi maka semakin positif atau mendukung perilaku seks bebas begitu sebaliknya. Hal ini juga sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Muzayyanah (2008) yang menyatakan bahwa semakin sering berhadapan dengan rangsangan seks seperti suara, pembicaraan, tulisan, foto, sentuhan, dan lainnya, maka akan mendorong remaja terjebak dengan kegiatan seks yang haram.

Semakin sering seseorang tersebut berinteraksi atau berhubungan dengan pornografi maka akan semakin beranggapan positif terhadap hubungan seks secara bebas. Namun, jika seseorang tersebut jarang berinteraksi dengan pornografi maka akan semakin beranggapan negatif terhadap hubungan seks secara bebas. Apabila anak remaja sering dihadapkan pada hal-hal yang pornografi baik berupa gambar, tulisan, atau melihat aurat, kemungkinan besar dorongan untuk berhubungan secara bebas sangat tinggi. Hal-hal merugikan dari perilaku terhadap seks bebas tidak akan terjadi, apabila individu memiliki kesadaran bertanggung jawab yang kuat. Apabila remaja dihadapkan pada rangsangan sosial yang tidak baik seperti seks bebas maka remaja akan dapat menentukan sikap yang tepat yaitu sikap yang negatif atau tidak mendukung perilaku terhadap seks bebas. Sebaliknya apabila remaja memiliki sikap dengan tanggung jawab yang rendah maka terbentuklah pribadi yang lemah sehingga mudah terjerumus pada pergaulan yang salah.

Akhir-akhir ini perilaku seksual di kalangan remaja menjadi populer, hal tersebut dapat dilihat dengan meningkatnya kejadian kehamilan sebelum menikah, perkawinan dini, melahirkan usia muda, aborsi, bahkan penyakit menular seksual. Kehamilan sebelum menikah dan *induced* aborsi tidak hanya berdampak negatif pada kesehatan remaja tetapi juga menjadi masalah sosial yang berkepanjangan. Perilaku

seksual sebelum menikah juga meningkat sejalan dengan modernisasi dan globalisasi sosial saat ini (Iswarati, 2008).

Dampak dari perilaku seks bebas antara lain kehamilan yang tidak diinginkan. Muzayyanah (2008) menjelaskan bahwa pengetahuan remaja mengenai dampak seks bebas masih sangat rendah. Tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi nampaknya juga cukup memprihatinkan. Sekitar 86% remaja baik laki-laki maupun perempuan yang tidak mengerti tentang kapan terjadinya masa subur. Di samping itu hanya satu diantara 2 remaja yang mengetahui adanya kemungkinan hamil apabila melakukan hubungan seks meskipun cuma sekali. Sikap remaja tentang aspek mental kesehatan reproduksi meliputi sikap tentang ketertarikan dengan lawan jenis, pacaran, ungkapan cinta dan hubungan seksual, dorongan seksual, orientasi seksual, persiapan kehamilan, narkoba dan pelecehan seksual. Hal ini sesuai dengan salah satu ciri perubahan psikologis yang terjadi pada remaja yaitu tumbuhnya ketertarikan dengan lawan jenis dan keinginan untuk menjalin hubungan yang lebih dekat dengan lawan jenisnya.

Negara maju seperti Amerika terdapat 75 persen gadis mengandung di luar nikah, setiap hari terjadi 1,5 juta hubungan seks dengan pelacuran. Sejak tahun 1996 penyakit syphilis meningkat hingga 486 persen terjadi di Negara Inggris. Setiap tahun ada sekitar 2,3 juta kasus aborsi di Indonesia di mana 20 persennya dilakukan remaja. Peningkatan perenstase tersebut menunjukkan adanya perubahan sikap tentang kesehatan reproduksi. Hal tersebut dapat disebabkan oleh remaja masih malu untuk bertanya tentang masalah hubungan seksual, dorongan seksual, orientasi seksual. Begitu pula dengan orang tua yang masih menganggap hal tersebut tabu untuk dibicarakan dengan anak-anaknya (Indrasari, 2004).

Beragamnya sumber-sumber informasi seks tidak menjamin bahwa kecenderungan perilaku seks remaja akan menurun. Seseorang yang “mengonsumsi” pornografi sesekali dampaknya mungkin tidak terlalu besar. Dampak akan menjadi besar apabila orang terdorong untuk terus menerus “mengonsumsi” pornografi yang mengakibatkan dorongan untuk menyalurkan hasrat seksualnya pun menjadi besar. Apabila remaja terus menerus “mengonsumsi” pornografi, sangat mungkin ia terdorong untuk melakukan hubungan seks pada usia terlalu dini (Smallcrab, 2009). Teknologi informasi memungkinkan setiap orang dapat berkomunikasi secara interaktif mengenai hal-hal yang berorientasi seksual secara online melalui internet (Syarif, 2008).

Nameid (2008) menjelaskan bahwa media massa dan segala hal yang bersifat pornografis akan menguasai pikiran remaja yang kurang kuat dalam menahan pikiran emosinya, karena mereka belum boleh melakukan hubungan seks yang sebenarnya yang disebabkan adanya norma adat, norma hukum dan norma agama. Semakin sering seseorang tersebut berinteraksi atau berhubungan dengan pornografi maka akan semakin beranggapan positif terhadap hubungan seks bebas. Ketika informasi yang diterima remaja bukan merupakan informasi yang transparan maka kecenderungan remaja untuk melakukan seks bebas semakin tinggi. Informasi-informasi tentang seks yang diperoleh dengan cara mengonsumsi media bertema seksual memicu anak remaja untuk melakukan perilaku seksual. Keadaan ini sebagai akibat dari banyaknya remaja yang menonton adegan seks, baik melalui film, internet, maupun di majalah dewasa kemudian ingin menirukan adegan yang dilihatnya baik dengan pacar, atau dengan anak yang lain (Siahaan, 1996).

Gambaran di atas mengindikasikan bahwa pemahaman remaja terhadap KRR

masih rendah. Selayaknya para remaja itu memperoleh informasi tentang kesehatan reproduksi. Pendekatan yang bisa dilakukan diantaranya melalui institusi keluarga, teman sebaya (*peer group*), institusi sekolah, Kelompok Kegiatan Remaja, LSM peduli remaja dan tempat kerja (BKKBN, 2003). Walaupun pemerintah telah mencanangkan program kesehatan reproduksi remaja, namun dampaknya belum dapat dirasakan sepenuhnya oleh semua remaja di Indonesia. Di Institusi sekolah pendidikan seksual dapat menjadi suatu cara yang efisien untuk mencapai remaja dan keluarganya. Program pendidikan seksual berbasis sekolah yang berkurikulum, dengan waktu yang baik dan dengan infrastruktur yang terlatih dan suportif dapat mempengaruhi sikap remaja serta membantu mencegah terjadinya kehamilan dini, HIV/AIDS dan PMS (Reproductive Health Outlook, 2004). Menurut Notoatmodjo (2002) keberhasilan suatu pendidikan dipengaruhi oleh strategi, metode dan alat bantu pengajaran. Metode pengajaran yang biasa digunakan dalam pendidikan kesehatan reproduksi adalah ceramah kenyataannya tidak begitu efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap peserta didik tetapi yang lebih efektif adalah metode diskusi kelompok.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 18,2% siswa sering menonton tayangan pornografi dengan frekuensi lebih dari tiga (3) kali. Sikap remaja terhadap perilaku seks bebas juga menunjukkan bahwa sebagian besar setuju terhadap perilaku seksual dengan prosentase 43,6. Frekuensi sering menonton pornografi mempunyai hubungan bermakna dengan sikap siswa terhadap perilaku seks bebas. Siswa yang sering menonton tayangan pornografi memiliki proporsi lebih besar (75%) dari

sikap setuju terhadap perilaku seks bebas, sedangkan siswa yang tidak sering menonton tayangan pornografi, hanya 36,7% yang menyatakan sikap setuju terhadap perilaku seks bebas.

Saran

Hasil ini bisa menjadi rekomendasi dalam pengambilan keputusan/pembuat kebijakan untuk tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang menyeluruh termasuk Kesehatan Reproduksi Remaja. Dan kepada tenaga kesehatan (bidan) dalam menangani remaja dan permasalahannya di zaman globalisasi ini, seperti melaksanakan penyuluhan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat mengenai kesehatan reproduksi karena sudah selayaknya bidan memberikan pelayanan yang menyeluruh termasuk Kesehatan Reproduksi Remaja.

DAFTAR RUJUKAN

- Alubo, O., Oyediran.K., Odiachi. A. 2002. Adolescent Sexuality and Reproductive Health in Benue State, Nigeria. *CEDPA Nigeria*, (Online), (http://www.cedpa.org/publication/pdf/nigeria_adolescentsexuality.pdf), diakses 9 Mei 2009
- Azwar, Saifuddin. 2009. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Bobak, I. dkk. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Maternity Nursing)*. Edisi 4. EGC: Jakarta.
- Darwis., & Danim, S. 2003. *Metode Penelitian Kebidanan: Prosedur, Kebijakan, dan Etik*. EGC: Jakarta.
- Glasier, A., dkk. *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Edisi 4. EGC: Jakarta.
- Handayani, S. A. 2009. *Peran Orang Tua dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja*. BKKBN: Yogyakarta.
- Hastono, S. P. 2001. *Analisis Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat UI: Jakarta.
- Iskandar, Y. 2009. *Pustaka Kesehatan Populer: Kehamilan dan TumbuhKembang Anak*. Penerbit PT Bhuana Ilmu Populer untuk Gramedia: Jakarta.
- Iswarati , T. Y., & Prihyugiarto. 2008. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap terhadap perilaku seksual pranikah pada remaja di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, Tahun II* (2).
- Kartono, K. 2006. *Psikologi Wanita 1: Mengenal Gadis Remaja dan Wanita Dewasa*. Penerbit Mandar Maju: Bandung.
- Machfoedz, I. 2007. *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan dan Kebidanan*. Penerbit Fitramaya: Yogyakarta.
- Maramis, W. 2006. *Ilmu Perilaku dalam Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press: Surabaya.
- Mubarak. 2009. *Menyoal RUU Kesehatan dan Isu 'Kesehatan Reproduksi'*.
- Muzayyanah, N. 2008. *Dampak Perilaku Seks Bebas bagi Kesehatan Remaja*.
- Nameid. 2008. Hubungan antara frekuensi interaksi dengan media pornografi dengan sikap terhadap perilaku seks bebas pada remaja. *Skripsi*;
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.

- Okanegara. Kondisi Remaja Indonesia Saat Ini: Renungan untuk Hari Remaja Internasional 12 Agustus; 2007.
- Sartika. Pemanfaatan Sumber Informasi, Sikap Remaja tentang Kesehatan Reproduksi; 2009.
- Sianipar, K. 2009. Sikap Wanita Pekerja Seks Terhadap Pengguna Kondom untuk Pencegahan IMS di Marihat Bukit Kecamatan Simalingan. *Media Komunikasi Bidan dan Keluarga Indonesia*, XIII (6).

JKK 7.1.2017 SAY

HUBUNGAN LAMA HOSPITALISASI DENGAN TINGKAT KECEMASAN PERPISAHAN AKIBAT HOSPITALISASI PADA ANAK USIA PRA SEKOLAH DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL

Asmayanty, Mamnu'ah
Rumah Sakit Premier Bintaro.
E-mail: yanty_1612@yahoo.com.

Abstrak: Tujuan penelitian diketahuinya hubungan lama hospitalisasi dengan tingkat kecemasan perpisahan akibat hospitalisasi. Penelitian ini menggunakan rancangan non experimental. Instrument dalam penelitian ini menggunakan kuesioner. Dalam penelitian ini responden ditetapkan dengan menggunakan "aksidental sampel" dan didapat 22 responden. Teknik untuk menguji hipotesis dalam penelitian ini menggunakan uji statistik *Kendal Tau*. Hasil dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa nilai *Correlation Coefficient* adalah 0,027. Karena nilai *Correlation Coefficient* lebih kecil (<) dari 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima atau ada hubungan antara lama hospitalisasi dengan tingkat kecemasan perpisahan akibat hospitalisasi pada anak usia pra sekolah di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta tahun 2009. Saran bagi RSU PKU Muhammadiyah Bantul hendaknya menyediakan ruang khusus bermain anak agar tingkat kecemasan dapat diminimalisasi sehingga akan mengurangi lama perawatan.

Kata kunci : lama hospitalisasi, tingkat kecemasan

Abstract: The study aimed to identify the relation between length of hospitalization and anxiety level of parting as the effect of hospitalization. This research employed non experimental design. Instrument of the research was questionnaire. In this research, the respondents were decided by accidental sample and reached 22 respondents. Technique to test the hypotheses in this research applied Kendall statistic test. This research resulted in the value of *Correlation Coefficient* as 0.027. As the value of *Correlation Coefficient* is less than (<) 0.05, so H_0 is rejected and H_a is accepted; in other word, there is relation between length of hospitalization and anxiety level of parting as the effect of hospitalization on pre-school children in Muhammadiyah Bantul Hospital in 2009. For Muhammadiyah Bantul Hospital, there should be special playground for children, so that anxiety level can be reduced in order to minimize the length of treatment.

Keywords: length of hospitalization, anxiety level

PENDAHULUAN

Sehat dalam keperawatan anak adalah adalah keadaan kesejahteraan optimal baik sehat dalam rentang sehat sakit. Sehat fisik, mental maupun sosial yang harus

dicapai sepanjang kehidupan anak dalam rangka mencapai tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang optimal sesuai dengan usianya (Supartini, 2004). Menurut WHO konsep sehat adalah keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan dan kecacatan. Kondisi fisik dan psikis terdapat saling berhubungan dalam masalah kesehatannya (Notosoedirjo & Latipun, 2001). Menurut Notosoedirjo dan Latipun (2001), ditemukan dalam penelitian Hall dan koleganya bahwa diantara pasien yang sakit secara medis menunjukkan adanya gangguan mental seperti depresi, gangguan kepribadian, sindroma otak organik dan lain-lain. Sehingga untuk mengembalikan derajat kesehatan manusia yang optimal perlu dilaksanakan pelayanan kesehatan, salah satu pelayanan tersebut adalah rumah sakit.

Sakit dan dirawat di rumah sakit merupakan krisis utama yang tampak pada anak. Anak yang sakit dan harus dirawat di rumah sakit akan mengalami masa yang sulit karena anak tidak dapat melakukan kebiasaan seperti biasanya. Anak yang dirawat di rumah sakit akan mudah mengalami stres akibat perubahan baik terhadap status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan sehari-hari. Sebagian besar stres yang terjadi pada anak usia pertengahan sampai anak periode pra sekolah adalah kecemasan karena perpisahan. Karena hubungan anak dengan ibu adalah sangat dekat. Akibatnya perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan pada anak akan orang terdekat bagi dirinya dan akan lingkungan yang dikenal olehnya. Sehingga pada dirinya akan menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa cemas (Nursalam, 2005).

Ketakutan dan kecemasan perpisahan yang biasa terjadi pada anak-anak pra sekolah disebabkan oleh karena hampir

semua tindakan yang dilakukan pada anak untuk menyembuhkan penyakit dan untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya. Hal tersebut seringkali merupakan tindakan yang membuat trauma, menyakitkan, mengecewakan dan bahkan menakutkan (Wong, 2004). Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit memegang peranan yang sangat penting dalam upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi aspek biopsiko-sosio-spiritual yang ada dalam diri manusia. Selain itu juga diperlukan kejelian dari perawat untuk dapat mengenali tingkat stresor yang timbul selama anak dalam masa perawatan. Namun demikian untuk dapat melaksanakan suatu proses keperawatan secara efektif dengan pendekatan secara individual memerlukan bagian-bagian yang lain yang penting bagi pasien seperti keluarga, kelompok, bahkan masyarakat jika diperlukan (Nursalam, 2005).

Upaya untuk meminimalkan terjadinya distress psikologi yang dialami oleh anak sebagai pemberi asuhan keperawatan perlu memberi perawatan secara terapeutik di semua setting dengan cara mencegah atau meminimalkan perpisahan anak dan keluarga, meningkatkan kontrol diri, mencegah atau meminimalkan cedera tubuh. Perkembangan keperawatan anak tidak lepas dari proses perawatan anak yang terjadi di rumah sakit. Fungsi dari rumah sakit adalah melengkapi suatu lingkungan di mana anak yang sakit dapat dibantu untuk mengatasi atau meringankan penyakitnya, dengan tujuan untuk memperbaiki status fisik dan mental sehingga anak dapat berkembang dalam keterbatasannya dan mempercepat proses penyembuhan anak (Nelson, 2000). Hasil studi pendahuluan di RSUD Muhammadiyah Bantul berdasarkan wawancara dengan orang tua anak usia pra sekolah menyatakan bahwa sebagian besar anak yang dirawat di rumah sakit mengalami

kecemasan. Pada anak usia pra sekolah menunjukkan reaksi kecemasan perpisahan yang tampak dari perilaku anak seperti: menginginkan orang tua selalu berada di dekatnya, menangis bahkan menjerit-jerit, menolak didekati perawat atau orang yang dianggap asing dan menunjukkan perilaku tidak kooperatif terhadap petugas kesehatan seperti: protes, menangis, meronta-ronta, anak juga menolak memberikan anggota tubuhnya untuk dilakukan prosedur keperawatan. Hal tersebut terutama terjadi pada masa-masa awal perawatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan lama hospitalisasi dengan tingkat kecemasan perpisahan akibat hospitalisasi pada anak usia pra sekolah di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang mempunyai anak usia pra sekolah (3-6 tahun) yang sedang menjalani perawatan di bangsal anak RSUD PKU Muhammadiyah Bantul pada bulan Januari sampai dengan November tahun 2009. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 224 orang anak. Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2006). Menurut Arikunto (2006), bahwa jika populasinya lebih dari 100 maka dapat diambil 10-25% dari populasi. Pada penelitian ini diambil 10% yaitu 22 orang. Teknik pengambilan sampling dalam penelitian ini adalah aksidental sampel. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Untuk mengetahui hubungan lama hospitalisasi dengan tingkat kecemasan perpisahan digunakan uji statistik *Kendal Tau*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

RSU PKU Muhammadiyah Bantul

terletak di jalan Jenderal Sudirman no. 124 Bantul. Penelitian ini dilakukan di bangsal anak di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta. Di bangsal tersebut terdiri dari kelas VIP yang terdiri dari 1 ruangan, kelas I terdiri dari 2 ruangan, kelas II terdiri dari 8 ruangan dan kelas III terdiri dari 7 ruangan, serta dilengkapi dengan ruang isolasi dan ruang untuk bermain anak. Akan tetapi ruangan tersebut sudah tidak digunakan, karena alat-alat permainan yang telah disediakan sebagian besar rusak dan hilang. Peneliti melakukan penelitian di semua ruangan kecuali di ruang VIP.

Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi umur, pendidikan, pengalaman merawat anak, dan lama rawat anak dapat dilihat pada tabel 1.

Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Responden di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2009

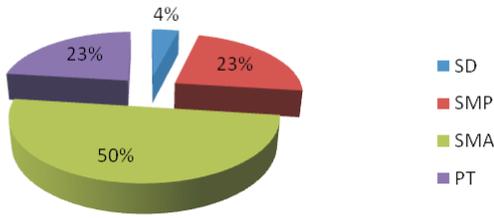
Statistik	Nilai
Minimal	26
Maksimal	43
Mean	32,95
Median	31,5
Modus	30

Sumber: Data Primer diolah, 2009

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa usia termuda responden 26 tahun dan usia tertua adalah 43 tahun. Berdasarkan nilai modus, maka kebanyakan responden berusia 30 tahun dengan rata-rata usia responden adalah 32,95 tahun.

Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan



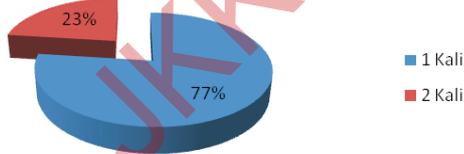
Sumber: Data Primer, 2009

Gambar 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Responden di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2009

Berdasarkan gambar 1. dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai pendidikan SMA yaitu 11 responden (50%) dan sebagian kecil mempunyai pendidikan SD sebanyak satu responden (4%).

Karakteristik Responden Berdasarkan Pengalaman merawat anak

Pengalaman merawat anak



Sumber: Data Primer diolah, 2009

Gambar 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengalaman Merawat Anak di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2009

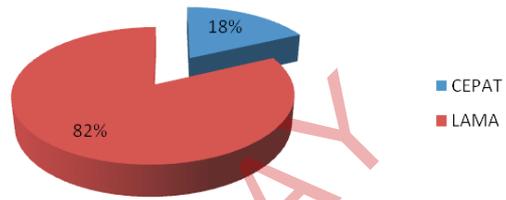
Berdasarkan gambar 2. dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai pengalaman merawat anak pertama kali sebanyak 17 responden (77,%) dan sebagian kecil mempunyai

pengalaman merawat anak dua kali sebanyak 5 responden (23%).

Lama Hospitalisasi

Lama hospitalisasi anak dapat didiskripsikan pada gambar 3.

Lama Hospitalisasi



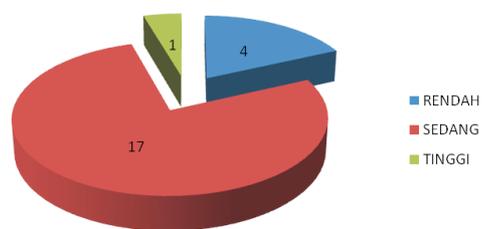
Sumber: data primer, 2009

Gambar 3. Distribusi Frekuensi Lama Hospitalisasi Anak di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2009

Berdasarkan gambar 3 dapat diketahui bahwa sebagian besar anak dirawat dalam kategori lama yaitu sebanyak 18 orang (82%) dan sebagian kecil anak dirawat dalam kategori cepat yaitu sebanyak 4 orang (18%).

Tingkat Kecemasan Perpisahan Anak Usia Pra Sekolah

Tingkat kecemasan perpisahan anak usia pra sekolah dapat dilihat pada gambar 4.



Sumber: Data Primer, 2009

Gambar 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan Anak di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2009

Berdasarkan gambar 4 didapatkan gambaran bahwa sebagian besar anak mengalami kecemasan pada tingkat sedang

yaitu 17 anak (77,27%), dan sebagian kecil mengalami kecemasan pada tingkat berat yaitu satu anak (4,55%).

Analisis Bivariat Antara Lama Hospitalisasi dengan Tingkat Kecemasan Perpisahan.

Tabel 2 Lama Hospitalisasi dengan Tingkat Kecemasan Perpisahan Akibat Hospitalisasi pada Anak Usia Pra Sekolah di RSUD Muhammadiyah Bantul Tahun 2009.

Lama Hospitalisasi	Tingkat Kecemasan Perpisahan						Total	Correlation Coefficient	
	Ringan		Sedang		Berat				
	n	%	n	%	n	%			
Cepat	1	4,5	2	9	0	0	3	13,5	0,027
Lama	3	13,6	15	68	1	4,5	19	86,1	
Total	4	18,1	17	77	1	4,5	22	100	

Tabel 2 menggambarkan bahwa anak yang lama dihospitalisasi mempunyai tingkat kecemasan sedang sebanyak 15 anak (68%) sedangkan anak yang mengalami hospitalisasi cepat maka tingkat kecemasan anak ringan sebanyak 1 anak (4,5%). Hasil uji kendal tau diperoleh angka p value 0,027 kesimpulannya ada hubungan lama hospitalisasi dengan tingkat kecemasan perpisahan akibat hospitalisasi pada anak usia pra sekolah.

Lama Hospitalisasi

Gambar 3 dapat diketahui bahwa sebagian besar anak dirawat dalam kategori lama yaitu sebanyak 18 orang (82%), hal ini akan mempengaruhi kecemasan anak. Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Bowlby dan Spliz menunjukkan bahwa hospitalisasi yang memerlukan jangka waktu yang panjang dan pemisahan anak dengan ibunya ini dapat menimbulkan efek yang sangat besar sekali dan sering kali *irreversible* (Wilson & Kneisl, 1983 dalam Rondhianto, 2004). Kadang kala anak harus

bertemu dengan orang-orang yang belum dikenalnya juga. Akibatnya proses keperawatan yang dilakukan tidak berjalan lancar sehingga tujuan yang diharapkan tidak tercapai.

Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa hospitalisasi akan menyebabkan anak usia pra sekolah berupaya untuk dapat mengontrol lingkungan dan mengembangkan kemandiriannya dalam mengatasi masalah fisik dan emosional yang muncul. Namun demikian keterbatasan yang disebabkan oleh lingkungan rumah sakit akan menyebabkan anak usia pra sekolah mengalami *distress* (Wong, 2007).

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lama rawat anak didapatkan hasil bahwa sebagian besar anak dirawat dalam kategori lama yaitu > 3 hari. Hal ini sesuai dengan tabel 3 dapat diketahui bahwa pada penelitian ini karakteristik responden berdasarkan lama rawat anak sebagian besar anak dirawat dalam kategori lama yaitu sebanyak 18 orang (82%) dan sebagian kecil anak dirawat dalam kategori cepat yaitu se-

banyak 4 orang (18%).

Berdasarkan gambar 2 dapat diketahui bahwa pada penelitian ini karakteristik responden berdasarkan pengalaman merawat anak yang sedang sakit di rumah sakit paling banyak responden mempunyai pengalaman pertama kali yaitu sebanyak 17 responden (77%). Hal ini menunjukkan pengalaman merawat anak di rumah sakit ini mempengaruhi lama hospitalisasi. Orang tua yang mempunyai pengalaman yang lebih dari pada orang tua yang belum pernah mempunyai pengalaman itu akan berbeda dalam merawat anaknya yang dirawat di rumah sakit. Sehingga dari pengalaman orang tua lebih banyak mengetahui tentang bagaimana cara merawat anaknya yang sedang sakit. Hal ini dapat mempengaruhi dukungan terhadap anak dalam menghadapi proses hospitalisasi karena kehadiran dan peran serta orang tua dalam tindakan keperawatan dibutuhkan untuk mendukung kesembuhan anak.

Sesuai dengan gambar 1. bahwa pada penelitian ini diketahui pendidikan orang tua anak sebagian besar adalah berpendidikan SMA sebanyak 11 responden (50%). Pendidikan dapat mempengaruhi dukungan terhadap anaknya yang sakit dan dirawat di rumah sakit, hal ini disebabkan semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin mudah untuk menyerap berbagai sumber informasi dan mempunyai pola pikir yang lebih maju dibanding dengan tingkat pendidikan yang rendah.

Tingkat Kecemasan Perpisahan Anak Usia Pra Sekolah

Berdasarkan gambar 4 yaitu tentang tingkat kecemasan perpisahan pada anak usia pra sekolah didapatkan gambaran bahwa tingkat kecemasan anak yang menjalani hospitalisasi di bangsal anak di RSUD Muhammadiyah Bantul yaitu sebanyak 22 responden. Sebagian besar

anak mengalami kecemasan pada tingkatan sedang yaitu 17 orang anak (77,27%), dan sebagian kecil mengalami kecemasan pada tingkatan berat yaitu 1 orang anak (4,55%).

Pada dasarnya dampak psikologis yang terjadi salah satunya saat anak menjalani hospitalisasi adalah peningkatan kecemasan. Khususnya pada anak usia pra sekolah yang merasakan kecemasan biasanya cenderung mengalami klemahan fisik, tidak kooperatif, menolak pelayanan atau perawatan, gangguan pola tidur dan makannya berkurang.

Menurut Muscari (2005), selama anak menjalani perawatan di rumah sakit, mereka akan mengalami distress, baik distress psikologis maupun fisik. Anak takut dan cemas berpisah dengan orang tua dan menginterpretasikan perpisahan dengan orang tua sebagai kehilangan kasih sayang. Kecemasan perpisahan tersebut akan semakin meningkatkan kecemasan anak usia pra sekolah terhadap lingkungan rumah sakit yang dianggap asing. Teori tersebut berbeda dengan hasil penelitian Huriah (2000), yang menyatakan bahwa ada banyak faktor yang mempengaruhi kecemasan ketika anak dirawat di rumah sakit diantaranya: faktor perpisahan/hospitalisasi, ketidakmampuan karena penyakitnya, immobilitas, tingginya tingkat ketergantungan pada orang lain, kekhawatiran tentang kerusakan tubuh, adanya salah pengertian mengenai tujuan perawatan dan prosedur medis. Akan tetapi yang paling mempengaruhi kecemasan anak ketika dihospitalisasi adalah faktor kekhawatiran mengenai kerusakan tubuhnya. Sedangkan dari hasil penelitian ini, faktor perisahan/hospitalisasi mempengaruhi kecemasan anak saat dihospitalisasi.

Faktor hospitalisasi mempengaruhi kecemasan, hal ini sesuai dengan teori Nelson (2000), bahwa pada dasarnya dukungan orang tua yang diberikan terhadap

anaknyanya merupakan suatu sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga yang sakit sehingga anak yang sakit dapat dibantu untuk memberikan support atau meringankan penyakitnya, dengan tujuan untuk memperbaiki status fisik dan mental sehingga anak dapat berkembang dalam keterbatasannya dan mempercepat proses penyembuhan anak.

Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Rhondianto (2004), yang menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang diterima oleh pasien anak usia pra sekolah yang dirawat di bangsal Ibnu Sina RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta kebanyakan dalam kategori tinggi sedangkan kecemasan perpisahan yang dialami oleh anak usia pra sekolah berada dalam kategori sedang. Jadi semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan maka akan menekan munculnya kecemasan perpisahan pada pasien anak usia pra sekolah.

Hubungan Lama Hospitalisasi dengan Tingkat Kecemasan Perpisahan Akibat Hospitalisasi pada Anak Usia Pra Sekolah di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara lama hospitalisasi dengan tingkat kecemasan perpisahan akibat hospitalisasi pada anak usia pra sekolah di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul yang ditunjukkan dengan nilai *Correlation Coefficient* 0,027. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lama hospitalisasi anak mempunyai rata-rata 3-4 hari. Sehingga dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar mengalami kecemasan pada tingkatan sedang yaitu 17 orang anak (77,27%). Hal tersebut dikarenakan hospitalisasi anak pra sekolah mempunyai kategori yang lama yaitu > 3 hari, sehingga anak akan mengalami gangguan psikologis yang diwujudkan dengan adanya perubahan perilaku pada saat

anak di rumah sakit.

Sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa hospitalisasi yang memerlukan jangka waktu yang panjang dan pemisahan anak dengan ibunya ini dapat menimbulkan gangguan kecemasan yang pada akhirnya akan menimbulkan gangguan psikologis yang diwujudkan dengan adanya perubahan perilaku pada saat anak di rumah sakit maupun pada saat anak keluar dari rumah sakit (Wilson & Kneisl, 1983 dalam Rhondianto, 2004). Gangguan kecemasan perpisahan pada akhirnya akan menimbulkan gangguan psikologis yang diwujudkan oleh adanya perubahan perilaku pada saat anak di rumah sakit maupun pada saat anak keluar dari rumah sakit.

Menurut Wong (2007), anak yang mengalami kecemasan dalam tingkat tinggi akan dapat menimbulkan trauma yang mendalam dan dapat menghambat proses tumbuh kembangnya karena pada tahap ini anak mempunyai ingatan yang kuat sehingga kejadian yang pernah dialami pada masa kecil akan selalu terbawa sampai dewasa. Hal tersebut akan berdampak sangat buruk bagi kesehatannya dan tumbuh kembangnya, karena selain dapat memperlambat penyembuhan anak kecemasan juga dapat menguras energi anak baik melalui fisik maupun pikirannya yang seharusnya digunakan untuk pemulihan kesehatannya.

Berdasarkan pengujian hipotesis dengan statistik *Kendal Tau*. Menggunakan *SPSS For Windows Release 11.5* didapatkan hasil bahwa nilai *Correlation Coefficient* adalah 0,027. Karena nilai *Correlation Coefficient* lebih kecil (<) dari 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima atau ada hubungan lama hospitalisasi dengan tingkat kecemasan perpisahan akibat hospitalisasi pada anak usia pra sekolah di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta tahun 2009.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat diambil kesimpulan bahwa lama rawat anak usia pra sekolah di RSUD Muhammadiyah Bantul sebagian besar adalah masuk dalam kategori lama rawat > 3 hari sebanyak 18 anak (82%). Kecemasan perpindahan akibat hospitalisasi pada anak usia pra sekolah sebagian besar mengalami kecemasan pada tingkat sedang sebanyak 17 anak (77,2 %). Ada hubungan lama hospitalisasi dengan tingkat kecemasan perpindahan akibat hospitalisasi pada anak usia pra sekolah di RSUD Muhammadiyah Bantul dengan menunjukkan nilai *Correlation Coefficient* adalah 0,027 dengan taraf kepercayaan 95%.

Saran

Bagi orang tua diharapkan memberikan dukungan dan selalu mendampingi anak untuk dapat meminimalisir terjadinya kecemasan perpindahan sehingga dapat menurunkan angka lama rawat pada anak. Bagi direktur RSUD Muhammadiyah Bantul sebaiknya dibuat kebijakan perlunya meningkatkan keterlibatan dukungan orang tua dan keluarga dalam setiap tindakan keperawatan yang bersifat atraumatik dan memfasilitasi ruang bermain dan permainannya untuk meminimalisir kecemasan anak selama dirawat. Bagi perawat agar mengikutsertakan orang tua pada saat memberikan tindakan keperawatan. Bagi peneliti selanjutnya sebaiknya mengendalikan semua variabel pengganggu dan jumlah sampel yang banyak.

DAFTAR RUJUKAN

Huriah, T. 2000. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan*

Pada Anak Usia Pra Sekolah Yang Dirawat di Bangsal Perawatan Anak RS. Dr. Sardjito Yogyakarta. Tidak diterbitkan. FK UGM: Yogyakarta.

Muscari, M. E. 2005. *Panduan Belajar Keperawatan Pediatrik.* Edisi 3. EGC: Jakarta.

Nelson. 2000. *Ilmu Kesehatan Anak : Ilmu Pediatrik Perkembangan.* Edisi 2. EGC: Jakarta.

Notosoedirjo, M., & Latipun. 2001. *Kesehatan Mental; Konsep dan Penerapan.* Edisi ke-3. Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang: Malang.

Nursalam, M. N., et al. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (Untuk perawat dan bidan).* Edisi 1. Salemba Medika: Jakarta.

Rondhianto. 2004. *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Perpindahan Akibat Hospitalisasi Pada Pasien Anak Usia Pra Sekolah Di Bangsal Anak RSUD Muhammadiyah Yogyakarta.* Tidak Diterbitkan. FK UGM: Yogyakarta.

Sugiyono. 2006. *Statistik Untuk Penelitian.* Cetakan Ke-9. Alfabeta: Bandung.

Supartini, Y. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak.* EGC: Jakarta.

Wong. 2007. *Nursing Care Of Infant and Childrent.* Eight Edition. Volume 1. Mosby: Canada.

Wong, D. L. 2004. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik.* Edisi 4. EGC: Jakarta.

JKK 7.1.2017 SAY

Petunjuk bagi Penulis

JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

1. Artikel yang ditulis dalam Jurnal Kebidanan dan Keperawatan meliputi hasil penelitian di bidang kebidanan dan keperawatan. Naskah diketik dengan program *Microsoft Word*, huruf *Times New Roman*, ukuran 12 pts, dengan spasi *At least* 12 pts, dicetak pada kertas A4 sepanjang lebih kurang 20 halaman dan diserahkan dalam bentuk *Print-Out* sebanyak 2 eksemplar beserta *softcopy*nya. Pengiriman *file* juga dapat dilakukan sebagai *Attachment e-mail* ke alamat : bp3m_stikesayo@yahoo.com
2. Artikel ditulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris. Sistematika artikel **hasil penelitian** adalah judul, nama penulis, abstrak disertai kata kunci, pendahuluan, metode penelitian, hasil dan pembahasan, simpulan dan saran, serta daftar pustaka.
3. Judul artikel dalam bahasa Indonesia tidak boleh lebih dari 14 kata, sedangkan judul dalam bahasa Inggris tidak boleh lebih dari 12 kata. Judul dicetak dengan huruf kapital di tengah-tengah, dengan ukuran huruf 14 poin.
4. Nama penulis artikel dicantumkan **tanpa** gelar akademik, disertai lembaga asal, dan ditempatkan di bawah judul artikel. Dalam hal naskah ditulis oleh tim, penyunting hanya berhubungan dengan penulis utama atau penulis yang namanya tercantum pada urutan pertama. Penulis utama harus mencantumkan alamat korespondensi atau *e-mail*.
5. Abstrak dan kata kunci ditulis dalam dua bahasa (Indonesia dan Inggris). Panjang masing-masing abstrak 75-100 kata, sedangkan jumlah kata kunci 3-5 kata. Abstrak minimal berisi judul, tujuan, metode, dan hasil penelitian.
6. Bagian pendahuluan berisi latar belakang, konteks penelitian, hasil kajian pustaka, dan tujuan penelitian. Seluruh bagian pendahuluan dipaparkan secara terintegrasi dalam bentuk paragraf-paragraf, dengan panjang 15-20% dari total panjang artikel.
7. Bagian metode penelitian berisi paparan dalam bentuk paragraf tentang rancangan penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, dan analisis yang secara nyata dilakukan peneliti, dengan panjang 10-15% dari total panjang artikel.
8. Bagian hasil penelitian berisi paparan hasil analisis yang berkaitan dengan pertanyaan penelitian. Setiap hasil penelitian harus dibahas. Pembahasan berisi pemaknaan hasil dan perbandingan dengan teori dan/atau hasil penelitian sejenis. Panjang paparan hasil dan pembahasan 40-60% dari panjang artikel.
9. Bagian simpulan berisi temuan penelitian yang berupa jawaban atas pertanyaan penelitian atau berupa intisari hasil pembahasan. Simpulan disajikan dalam bentuk paragraf. Saran ditulis secara jelas untuk siapa dan bersifat operasional. Saran disajikan dalam bentuk paragraf.
10. Daftar pustaka hanya memuat sumber-sumber yang dirujuk, dan semua sumber yang dirujuk harus tercantum dalam daftar pustaka. Sumber pustaka minimal 80% berupa pustaka terbitan 10 tahun terakhir. Pustaka yang digunakan adalah sumber-sumber primer berupa artikel-artikel penelitian dalam jurnal atau laporan penelitian (termasuk skripsi, tesis, disertasi). Artikel yang dimuat di Jurnal Kebidanan dan Keperawatan disarankan untuk digunakan sebagai rujukan.
11. Perujukan dan pengutipan menggunakan teknik rujukan berkurung (nama akhir, tahun). Pencantuman sumber pada kutipan langsung hendaknya disertai keterangan tentang nomor halaman tempat asal kutipan. Contoh: (Davis, 2003: 47).
12. Daftar pustaka disusun dengan tata cara seperti contoh berikut ini dan diurutkan secara alfabetis dan kronologis.

Buku :

Smeltzer, Suzane C. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth*. Edisi 8. EGC: Jakarta.

Buku Kumpulan Artikel :

Saukah, A. & Waseso, M.G (Eds). 2002. *Menulis Artikel untuk Jurnal Ilmiah* (edisi ke - 4, cetakan ke-1). Malang: UM Press.

Artikel dalam buku kumpulan artikel :

Russel, T.1998. An Alternative Conception : Representing Representation. Dalam P.J Black & A. Lucas (Eds). *Children's Informal Ideas in Science* (hlm.62-84). London: Routledge.

Artikel dalam jurnal atau majalah :

Kansil, C.L.2002. Orientasi Baru Penyelenggaraan Pendidikan Program Profesional dalam memenuhi Kebutuhan Industri. *Transport*, XX(4): 57-61

Artikel dalam Koran :

Pitunov, B.13 Desember, 2002. *Sekolah Unggulan ataukah Sekolah Pengunggulan?* Jawa Post, hlm. 4 & 11.

Tulisan/berita dalam Koran (tanpa nama pengarang)

Jawa Pos.22 April, 2006. *Wanita Kelas Bawah Lebih Mandiri*, hlm.3.

Dokumen Resmi:

Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa.1997. *Pedoman Penulisan Pelaporan Penelitian*.Jakarta : Depdikbud. *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 2 tentang Sistem Pendidikan Nasional*. 1990. Jakarta: PT Ammas Duta Jaya

Skripsi, Tesis, Disertasi, Laporan Penelitian

Sudyasih, T. 2006. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Tuberculosis Paru Dengan Sikap Orang Tua Anak (0-10 Tahun) Penderita Tuberculosis Paru Selama Menjalani Pengobatan di Puskesmas Piyungan Bantul Tahun 2006*. Skripsi Diterbitkan. Yogyakarta: PSIK-STIKES 'ASYIAH YOGYAKARTA

Makalah Seminar, Lokakarya, Penataran

Waseso, M.G. 2001. *Isi dan Format Jurnal Ilmiah*. Makalah disajikan dalam Seminar Lokakarya Penulisan Artikel dan Pengelolaan Jurnal Ilmiah, Universitas Lambungmangkurat, Banjarmasin, 9-11 Agustus

Internet (karya Individual)

Hitchcock, S., Carr, L.& Hall, W.1996. *A Survey of STM Online Journals, 1990-1995:The Calm before the Storm*,(Online), (<http://journal.ecs.soton.ac.uk/survey/survey.html>), diakses 12 Agustus 2006

Internet (artikel dalam jurnal online)

Kumaidi, 2004. Pengukuran Bekal Awal Belajar dan Pengembangan Tesnya. *Jurnal Ilmu Pendidikan*. (online), Jilid 5, No.4, (<http://www.malang.ac.id>), diakses 20 Januari 2000.

13. Tata cara penyajian kutipan, rujukan, tabel, gambar pada artikel berbahasa Indonesia menggunakan Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia Yang Disempurnakan (Depdikbud, 1987).
14. Semua naskah ditelaah secara anonim oleh mitra bebestari (*reviewers*) yang ditunjuk oleh penyunting menurut bidang kepakarannya. Penulis artikel diberi kesempatan untuk melakukan perbaikan (revisi) naskah atas dasar rekomendasi/saran dari mitra bebestari atau penyunting. Kepastian pemuatan atau penolakan naskah akan diberitahukan secara tertulis.
15. Segala sesuatu yang menyangkut perizinan pengutipan atau penggunaan *software* komputer untuk pembuatan naskah atau ihwal lain yang terkait dengan HaKI yang dilakukan oleh penulis artikel, berikut konsekuensi hukum yang mungkin timbul karenanya, menjadi tanggungjawab penuh penulis artikel.
16. Sebagai prasyarat bagi pemrosesan artikel, para penyumbang artikel wajib menjadi pelanggan minimal selama satu tahun (dua nomor). Penulis menerima nomor bukti pemuatan sebanyak 2 (dua) eksemplar dan cetak lepas sebanyak 2 (dua) eksemplar). Artikel yang tidak dimuat tidak akan dikembalikan, kecuali atas permintaan penulis.



JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

Jl. Munir No.267 Serangan Yogyakarta 55262 Telp. (0274) 374427; Fax. (0274) 389440

Bersama ini kami kirimkan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol. 6, No. 1, Juni 2010 sebanyak eks.

Untuk selanjutnya apabila Bpk/Ibu/Sdr/Institusi Anda berkenan melanggannya, mohon untuk mengisi blangko formulir berlangganan di bawah ini dan kirimkan ke alamat :

REDAKSI JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

Jl. Munir No. 267 Serangan Yogyakarta 55262 Telp. (0274) 374427 pasawat 216; Fax. (0274) 389440



FORMULIR BERLANGGANAN JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN

Nama :

Mahasiswa Individu Instansi

Alamat :

..... Telp. :

Akan Berlangganan JKK:

Vol. : No. s/d

Sejumlah : eks/penerbitan

Untuk itu saya akan mengirimkan biaya pengganti ongkos cetak dan ongkos kirim sejumlah : Rp.

Melalui : Transfer BRI Unit KH Ahmad Dahlan Yogyakarta
a.n Jurnal Kebidanan dan Keperawatan
No. Rek : 3005-01-013030-53-8

(fotokopi bukti pembayaran terlampir/dikirimkan ke alamat di atas)

Biaya berlangganan untuk satu tahun penerbitan: Rp. 60.000,00 (Jawa) dan Rp. 75.000 (Luar Jawa)



TANDA TERIMA

Telah terima Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol. 7, No. 1, Juni 2011

Sebanyak : eksemplar dengan baik.

Diterima di/tgl : (Harap dikembalikan ke alamat di atas, bila ada

Nama : perubahan Nama & alamat mohon ditulis)