

**Laporan Penelitian
Hibah Penelitian Dosen Muda**

**PENGARUH *MEDITATION HEALING EXERCISE* TERHADAP
TINGKAT STRES DAN KUALITAS HIDUP LANSIA
PENDERITA PENYAKIT KRONIS:
HIPERTENSI DAN DIABETES MELLITUS**



Oleh:

**Ni Putu Wulan Purnama Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIK. 911.11.0681**

**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS KATOLIK WIDYA MANDALA SURABAYA
2018**

**Dibiayai oleh Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat
Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya, sesuai dengan Surat Perjanjian Penelitian
Nomor: 030a/WM01.5/N/2018, tanggal 15 Januari 2018**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Pengaruh *Meditation Healing Exercise* terhadap Tingkat Stres dan Kualitas Hidup Lansia Penderita Penyakit Kronis: Hipertensi dan Diabetes Mellitus

Peneliti
a. Nama : Ni Putu Wulan Purnama Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
b. Unit Kerja : Fakultas Keperawatan
c. Email : wulanpurnama@ukwms.ac.id

Jangka Waktu Penelitian : 1 tahun

Dana yang Diusulkan : Rp. 15.000.000,00

Luaran : Manuskrip

Surabaya, 30 April 2018.

Peneliti,



D. B. Handoko Daeng, SpKJ(K)
NIK.911.08.0624.

Ni Putu Wulan Purnama Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIK.911.11.0681

Menyetujui:
Ketua LPPM,



Hastono Pranoto, Ph.D.
NIK.511.94.0218.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Tabel	iv
Daftar Lampiran	vi
<i>Abstract</i>	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.5 Ruang Lingkup	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Definisi Inti	9
2.2 <i>Literature Review</i>	9
BAB 3 METODOLOGI.....	16
3.1 Desain Penelitian.....	16
3.2 Populasi dan Sampel	16
3.3 Instrumen Penelitian	18
3.4 Pengumpulan Data.....	18
3.5 Analisis Data	19
3.6 Etika Penelitian.....	19
BAB 4 HASIL PENELITIAN	21
4.1 Sikap terhadap Meditasi.....	21
4.2 Pengaruh Meditasi terhadap Kualitas Hidup	24
4.3 Pengaruh Meditasi terhadap Tingkat Stres	31
BAB 5 PEMBAHASAN	38
5.1 Pengaruh Latihan Meditasi dengan Teknik SKT1 terhadap Kualitas Hidup	38
5.2 Pengaruh Latihan Meditasi dengan Teknik SKT1 terhadap Tingkat Stres	40
BAB 6 PENUTUP	43
6.1 Kesimpulan	43
2.2 Saran	44
Daftar Pustaka	46
Lampiran.....	48

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Desain Penelitian	16
Tabel 3.2. Distribusi Besar Sampel Penelitian	17
Tabel 4.1. Distribusi Sikap Responden Terhadap Meditasi	21
Tabel 4.2. Data Demografi Responden	22
Tabel 4.3. Gaya Hidup Responden	23
Tabel 4.4. Kategori Kualitas Hidup Setiap Domain	25
Tabel 4.5. Kualitas Hidup Sebelum Pemberian Intervensi	25
Tabel 4.6. Kualitas Hidup Setelah Pemberian Intervensi	26
Tabel 4.7. Komparasi Kualitas Hidup Sebelum dan Setelah Pemberian Intervensi ...	27
Tabel 4.8. Hasil Uji Statistika Deskriptif Data Kualitas Hidup <i>Pretest</i>	28
Tabel 4.9. Hasil Uji Statistika Deskriptif Data Kualitas Hidup <i>Post-test</i>	28
Tabel 4.10. Hasil Uji Normalitas Data Kualitas Hidup <i>Pretest</i>	28
Tabel 4.11. Hasil Uji Normalitas Data Kualitas Hidup <i>Post-test</i>	29
Tabel 4.12. Hasil Uji Beda Kualitas Hidup <i>Pretest</i>	29
Tabel 4.13. Hasil Uji Beda Kualitas Hidup <i>Post-test</i>	30
Tabel 4.14. Hasil Uji Pengaruh SKT1 terhadap Kualitas Hidup	30
Tabel 4.15. Tingkat Stres Sebelum Pemberian Intervensi	31
Tabel 4.16. Tingkat Stres Setelah Pemberian Intervensi	32
Tabel 4.17. Komparasi Tingkat Stres Sebelum dan Setelah Pemberian Intervensi...	32
Tabel 4.18. Hasil Uji Statistika Deskriptif Data Tingkat Stres <i>Pretest</i>	33
Tabel 4.19. Hasil Uji Statistika Deskriptif Data Tingkat Stres <i>Post-test</i>	33
Tabel 4.20. Hasil Uji Normalitas Data Tingkat Stres <i>Pretest</i>	34
Tabel 4.21. Hasil Uji Normalitas Data Tingkat Stres <i>Post-test</i>	34

Tabel 4.22. Hasil Uji Beda Tingkat Stres <i>Pretest</i>	34
Tabel 4.23. Hasil Uji Beda Tingkat Stres <i>Post-test</i>	35
Tabel 4.24. Hasil Uji Pengaruh SKT1 terhadap Tingkat Stres	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Persetujuan Menjadi Subjek Penelitian	48
Lampiran 2. Kuesioner Data Demografi	49
Lampiran 3. Sikap terhadap Meditasi	51
Lampiran 4. Kuesioner Penilaian Tingkat Stress (SPST-20)	52
Lampiran 5. Kuesioner Penilaian Kualitas Hidup (WHOQOL-BREF)	53
Lampiran 6. Lembar Observasi Harian	56
Lampiran 7. Prosedur Operasional Standard <i>Meditation Healing Exercise</i> dengan Teknik SKT1	57
Lampiran 8. Rekapitulasi Data Tingkat Stres <i>Pretest</i>	58
Lampiran 9. Rekapitulasi Data Tingkat Stres <i>Post-test</i>	60
Lampiran 10. Rekapitulasi Data Kualitas Hidup <i>Pretest</i>	62
Lampiran 11. Rekapitulasi Data Kualitas Hidup <i>Post-test</i>	64
Lampiran 12. Biodata Peneliti	66

The Effect of Meditation Healing Exercise (MHE) on Stress Level and Quality of Life in Elderly who are Live with Chronic Illness In Bangkok and Surabaya

Ni Putu Wulan Purnama Sari¹, Jintana Artsanthia²

¹Faculty of Nursing, Widya Mandala Catholic University Surabaya, Jl. Raya Kalisari Selatan 1, Pakuwon City, Surabaya, Indonesia

²Faculty of Nursing, Saint Louis College (SLC), 19 Sathorn Road, Yannawa, Bangkok, Thailand
wulanpurnama@ukwms.ac.id, jintana.a@slc.ac.th

ABSTRACT

Elderly with chronic illness like hypertension (HT) and diabetes mellitus (DM) was prone to stress that potentially decrease quality of life (QOL). This study aimed to compare and analyze the differences of stress level and QOL before and after practicing MHE, and analyze the effect of MHE on stress level and QOL in hypertensive and/or diabetic elderly between Bangkok and Surabaya. This pre-experimental study involved 96 and 100 elderly with HT and/or DM in communities of Bangkok and Surabaya respectively (n=196). 60 DM, 68 HT, and 68 DM&HT cases were compiled from both sites. Instrument used were SPST-20 (IOC=.78; **Cronbach's Alpha**=.94) and WHOQOL-BREF (IOC=.83; **Cronbach's Alpha**=.84). Descriptive statistic, independent sample T test, Mann-Whitney U test, paired T test, and Wilcoxon Signed Rank test were used for data analysis ($\alpha=.05$). During pretest, there were 6% and 0% mild stress, 64% and 29.17% moderate stress, 24% and 67.71% high stress, 6% and 3.13% severe stress were found in Bangkok and Surabaya respectively. Stress level was differ significantly between Bangkok and Surabaya ($p=.000$). During post-test, there were 9% and 20.83% mild stress, 85% and 60.42% moderate stress, 9% and 16.67% high stress, 0% and 2.08% severe stress found in Bangkok and Surabaya respectively. Stress level was not differ significantly between Bangkok and Surabaya ($p=.491$). MHE was effective for decreasing stress level in Bangkok and Surabaya (@ $p=.000$). During pretest, there were 25% and 0% low QOL, 52% and 91.67% moderate QOL, 23% and 8.33% good QOL were found in Bangkok and Surabaya respectively. QOL was differ significantly between Bangkok and Surabaya ($p=.000$). During post-test, there were no low QOL found in both sites. There were 44% and 93.75% moderate QOL, 56% and 6.25% good QOL found in Bangkok and Surabaya respectively. QOL was also differ significantly between Bangkok and Surabaya ($p=.000$). MHE was effective for improving QOL in Bangkok (@ $p=.000$), but insignificant result was found in Surabaya ($p=.977$). Stress level and QOL was frequently different significantly between Bangkok and Surabaya. Coping mechanism and life standard tends to be better and higher in Bangkok.

Keywords: elderly, meditation, quality of life, SKT, stress

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit kronis atau *non-communicable disease* (NCD) tidak ditularkan dari seseorang ke orang lain. Penyakit ini durasinya panjang dan pada umumnya prosesnya berlangsung lambat. Empat jenis penyakit kronis utama diantaranya penyakit kardio-vaskuler (misalnya Hipertensi / HT), kanker, penyakit pernafasan kronis dan Diabetes Mellitus (DM). Penyakit kronis menjadi penyebab utama kematian di dunia, yaitu sekitar 63% dari jumlah kematian pertahun. Penyakit kronis merupakan pembunuh sekitar 38 juta orang pertahun. Penyakit kronis telah secara tidak proporsional berdampak pada negara berpenghasilan menengah dan rendah dimana sekitar 80% dari semua kematian yang diakibatkan oleh penyakit kronis terjadi di negara-negara ini. 16 juta kematian akibat penyakit kronis terjadi sebelum usia 70 tahun, dimana 82% kematian yang bersifat prematur terjadi pada negara berpenghasilan menengah dan rendah. Dalam rangka mengatasi permasalahan ini, *World Health Organization* (WHO) mengembangkan strategi global menhadapi penyakit kronis untuk empat jenis penyakit kronis utama di atas ditambah obesitas. Dampak negatif dari pendekatan vertikal atau *silo approach* dari WHO ini adalah hilangnya area penting lain dalam sistem pelayanan kesehatan dari sumberdaya yang diperlukan masyarakat (Artsanthia & Sari, 2017).

Lebih jauh lagi, beban hidup akibat menderita penyakit kronis bersifat jamak dan jangka panjang, kesakitan serta penderitaan yang dirasakan individu juga banyak. Hanya pendekatan berbasis pelayanan kesehatan primer yang dikombinasi dengan kolaborasi bersama pasien dan keluarganya yang bisa berhasil diterapkan di komunitas. Penyakit kronis mengancam perkembangan pencapaian target *Miilenium Development Goals* (MDGs) dari

United Nation (UN) dan agenda pengembangan lainnya pasca tahun 2015. Kemiskinan sangat erat kaitannya dengan kejadian penyakit kronis. Peningkatan yang signifikan terhadap kasus penyakit kronis diprediksi bisa menghambat inisiatif pengentasan kemiskinan di negara berpenghasilan rendah, terutama dengan meningkatnya pengeluaran rumah tangga akibat meningkatnya biaya kesehatan. Kelompok rentan dan kurang berpengaruh secara sosial tampaknya lebih sakit dan meninggal lebih cepat dibandingkan kelompok masyarakat yang kedudukan sosialnya lebih tinggi, terutama karena mereka memiliki peluang lebih tinggi untuk terpapar dengan produk-produk yang tidak sehat, misalnya rokok / tembakau atau makanan yang tidak sehat, dan akses yang terbatas terhadap pelayanan kesehatan. Pada kondisi sumberdaya yang rendah, biaya kesehatan untuk manajemen penyakit kardiovaskuler, kanker, DM atau penyakit pernafasan kronis dapat dengan cepat menghabiskan sumberdaya rumah tangga hingga menyebabkan kemiskinan. Biaya manajemen penyakit kronis yang terlalu tinggi, termasuk terapi yang mahal dan perawatan jangka panjang, serta kehilangan pencari nafkah akibat kesakitan, telah membuat berjuta-juta orang jatuh dalam kemiskinan setiap tahunnya; hal ini mencegah pembangunan masyarakat (Artsanthia & Sari, 2017).

Jalan lain untuk mengurangi jumlah penderita penyakit kronis adalah dengan memberi intervensi yang berdampak luas, yang diberikan melalui pendekatan pelayanan kesehatan primer untuk memperkuat deteksi dini dan penanganan penyakit yang tepat waktu. Intervensi jenis ini merupakan investasi ekonomi yang baik karena jika diberikan pada penderita sejak dini maka dapat mengurangi kebutuhan perawatan yang lebih mahal di masa depan. Pemeriksaan kesehatan dalam rangka deteksi dini dapat dilakukan pada berbagai tingkatan pelayanan kesehatan; primer, sekunder dan tersier. Dampak terbesar dapat dicapai dengan cara membuat kebijakan kesehatan publik yang menekankan aspek pencegahan dan pengendalian penyakit kronis serta reorientasi sistem pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan penderitanya (Artsanthia & Sari, 2017).

Di Indonesia, terkait beban negara akibat penanganan penyakit kronis selama beberapa dekade terakhir, telah terjadi kemajuan yang fenomenal. Pada tahun 2010 telah terjadi peningkatan pendapatan perkapita yang sangat signifikan, mencapai sekitar USD 3,000 pertahun. Pada saat yang sama, fertilitas / laju pertumbuhan penduduk menurun sangat tajam, sedangkan angka harapan hidup meningkat dengan mantap. Dari perspektif individual, perubahan ini disambut dengan baik. DM menjadi penyakit yang mendapat perhatian khusus dari pemerintah hingga tahun 2030. Jumlah penderita DM hampir dua kali lipat dari sebelumnya; dari 7,6 juta di tahun 2013 menjadi 11,8 juta di tahun 2016. Pertumbuhan prevalensi DM di Indonesia sebesar 6% pertahun, angka ini jauh melebihi laju pertumbuhan penduduk pertahun (*Blueprint for Change Program*, 2013; dalam Artsanthia & Sari, 2017).

Biaya kesehatan akibat menderita penyakit kronis di Indonesia adalah besar. Berdasarkan perhitungan, lima domain besar penyakit kronis di Indonesia (penyakit kardiovaskuler, kanker, penyakit paru obstruktif kronis / PPOK, DM dan gangguan jiwa) akan membuat Indonesia mengeluarkan \$4.47 triliun (atau \$17,863 perkapita) dari tahun 2012 hingga 2030 (data untuk pengeluaran biaya kesehatan total didapat dari *the Global Health Expenditure Database / GHED*; WHO, 2014; dalam Artsanthia & Sari, 2017). Jika dibandingkan dengan negara tetangga dengan populasi yang besar seperti Indonesia, India dan Cina, beban akibat penyakit kronis di Indonesia jauh lebih besar. Indonesia akan menderita kerugian *output* total yang lebih besar dibandingkan India (\$4.47 triliun *versus* \$4.32 triliun) selama periode 2012-2030, dengan hanya seperlima jumlah populasi dan satu setengah kali *Gross Domestic Product / GDP* India pertahun (Artsanthia & Sari, 2017).

Meditasi adalah sebuah payung terminologi yang menekankan pada serangkaian praktik yang memiliki beberapa ciri khas, variatif dalam beberapa aspek penting sesuai peruntukan / tujuannya, serta praktiknya. Kurang spesifiknya konsep meditasi menghalangi perkembangan taksonomi lengkap dari praktik meditasi. Bagaimanapun, dalam rangka

menjawab pertanyaan dalam proses penelitian terkait meditasi dalam tatanan pelayanan kesehatan, kita perlu mengidentifikasi komponen yang sering digunakan dalam beberapa praktik dan diklaim sebagai praktik meditasi atau yang menggabungkan komponen meditatif, dan juga secara jelas membedakan praktik meditasi dari strategi terapeutik dan regulasi diri lainnya, seperti hipnosis diri atau visualisasi, dan dari teknik relaksasi lainnya yang tidak mengandung komponen meditatif. Terlepas dari kurangnya konsensus literatur yang spesifik tentang definisi meditasi, mayoritas peneliti setuju jika meditasi berarti suatu bentuk latihan mental yang membutuhkan pengosongan atau posisi pikiran tertentu, dan itu bertujuan untuk mencapai keadaan observasi terpisah dimana individu sadar terhadap lingkungannya namun tidak menjadi terlibat untuk memikirkannya. Seluruh jenis praktik meditasi tampaknya berdasarkan pada konsep observasi diri terhadap aktivitas fisik, melatih tingkat kesadaran seseorang, dan mengolah sikap penerimaan, lebih terhadap proses daripada isi (Albeniz & Holmes, 2000; dalam Artsanthia & Sari, 2017).

Cardoso, et al (2004) mengembangkan sebuah definisi operasional yang detail dan luas terhadap terminologi meditasi sehingga praktik tradisional berbasis kepercayaan juga termasuk di dalamnya, serta praktik lainnya yang telah dikembangkan secara spesifik agar dapat digunakan pada tatanan klinik. Dengan pendekatan sistematis berbasis teknik konsensus, mereka menyatakan praktik apapun dapat disebut sebagai meditasi jika: 1) menggunakan teknik yang spesifik dan didefinisikan dengan jelas, 2) melibatkan relaksasi otot di dalam prosesnya, 3) melibatkan relaksasi logis untuk menganalisis efek psikofisikal yang mungkin terjadi, hal ini tidak dimaksudkan untuk memastikan hasil yang mungkin didapat, juga tidak dimaksudkan untuk menciptakan harapan apapun terkait prosesnya, 4) keadaan yang diinduksi diri sendiri, dan 5) penggunaan keterampilan memfokuskan diri sendiri atau membuat “jangkar” perhatian. Dari perspektif kognitif dan psikologis, Walsh & Shapiro (2006) mendefinisikan meditasi sebagai praktik regulasi diri yang bertujuan untuk

membawa proses mental di bawah kendali diri sendiri melalui pemusatan perhatian dan kesadaran. Deskripsi perilaku lainnya menekankan pada komponen tertentu seperti relaksasi, konsentrasi dan keadaan kesadaran yang berubah, suspensi dari proses pemikiran yang logis dan pertahanan sikap observasi diri. Dari perspektif yang lebih umum, Manocha (2000) mendeskripsikan meditasi sebagai pengalaman yang diskrit dan terdefinisi dengan baik dari keadaan “kesadaran tanpa pemikiran” atau kediaman mental, dimana aktivitas pikiran diminimalisir tanpa menurunkan tingkat kesadaran. Meditasi juga didefinisikan sebagai latihan pengalaman dan realisasi diri oleh Kokoszka (1990).

Hasil dari 311 penelitian menunjukkan dampak psikologis dan neuropsikologis dari meditasi. Mayoritas penelitian tersebut dilakukan pada orang sehat. Hasil meta-analisis praktik meditasi pada orang sehat menunjukkan bahwa efek psikologis yang paling kuat dan konsisten adalah terjadinya penurunan denyut jantung, tekanan darah dan kolesterol. Efek neuropsikologis yang paling kuat adalah peningkatan kreativitas verbal. Ada juga beberapa hasil penelitian *pre-post test* yang mendukung hipotesis bahwa praktik meditasi tertentu mampu menurunkan waktu reaksi visual dan tekanan intraokular, serta meningkatkan waktu menahan nafas. Terkait penelitian dengan topik ini, rendahnya kualitas metodologi penelitian secara umum mengindikasikan kalau mayoritas penelitian mengalami masalah metodologis yang dapat berdampak pada overestimasi efek perlakuan atau mempengaruhi generalisasi hasil penelitian. Biasanya, kurangnya jumlah anggota kelompok kontrol pada penelitian *pre-post test* berdampak pada ketidakmampuan peneliti untuk mengendalikan tren temporer, regresi terhadap nilai Mean, dan sensitivitas metodologi penelitian. Maka dari itu, hasil meta-analisis dari efek psikologis dan neuropsikologis praktik meditasi harus diinterpretasi secara hati-hati. Sangat sedikitnya jumlah penelitian yang tersedia untuk setiap komparasi pengujian yang tidak diijinkan dapat menyebabkan bias publikasi (Artsanthia & Sari, 2017).

Di dalam penelitian ini, peneliti ingin mengaplikasikan konsep *meditation healing exercise* dengan menggunakan teknik khusus dari ahli meditasi Thailand yang bernama Somporn Kantrara D. Triamchaisri, sehingga tekniknya sering disebut dengan teknik SKT. Tujuannya adalah meningkatkan peran independen perawat dalam menggunakan *Complementary-Alternative Medicine* (CAM) untuk mengurangi konsumsi obat dan mendukung aspek psikologis para lansia yang menderita penyakit kronis, terutama HT dan DM.

1.2. Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh latihan meditasi dengan teknik SKT terhadap tingkat stres dan kualitas hidup lansia penderita HT dan/atau DM?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh latihan meditasi dengan teknik SKT terhadap tingkat stres dan kualitas hidup lansia penderita HT dan/atau DM.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Menerapkan cara baru dalam melakukan meditasi, yaitu dengan menggunakan teknik SKT pada lansia penderita HT dan/atau DM.
2. Mengidentifikasi tingkat stres dan kualitas hidup lansia penderita HT dan/atau DM sebelum dan sesudah latihan meditasi dengan teknik SKT.
3. Mengidentifikasi efektivitas latihan meditasi dengan teknik SKT dalam menurunkan tingkat stres dan meningkatkan kualitas hidup lansia penderita HT dan/atau DM.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat teoritis

1. Memperkuat konsep bahwa meditasi dapat menurunkan tingkat stres dan meningkatkan kualitas hidup individu penderita penyakit kronis, khususnya lansia yang menderita HT dan/atau DM.
2. Menambah pilihan intervensi keperawatan komplementer yang dapat diterapkan di tatanan praktik keperawatan komunitas dengan melibatkan partisipasi aktif dari para penderita penyakit kronis, khususnya lansia yang menderita HT dan/atau DM.

1.4.2. Manfaat praktis

1. Lansia yang menderita penyakit kronis, khususnya HT dan/atau DM, dapat merasa lebih tenang dan meningkatkan penerimaan diri atas penyakitnya, sehingga bisa memiliki kualitas hidup yang lebih baik.
2. Perawat komunitas dapat meningkat perannya dalam menerapkan asuhan keperawatan komplementer sebagai alat promosi kesehatan melalui praktik meditasi dengan teknik SKT yang berpotensi meningkatkan status kesehatan fisik dan mental, serta meningkatkan kualitas hidup.

1.5. Ruang Lingkup

Penelitian sebelumnya telah dilakukan dengan fokus pada analisis pengaruh latihan meditasi dengan teknik SKT terhadap parameter fisiologis seperti tekanan darah dan kadar gula darah pada populasi lansia penderita penyakit HT dan/atau DM di Bangkok dan Surabaya (Artsanthia & Sari, 2017). Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan dari penelitian tersebut yang menilai parameter psikologis, yang meliputi tingkat stress dan kualitas hidup terkait kesehatan. Desain penelitian pra-eksperimental akan diterapkan dalam penelitian ini. Tempat penelitian adalah pada komunitas di Bangkok dan Surabaya. Di

Surabaya, responden adalah para lansia yang tergabung dalam Posyandu Lansia Mekar Sari, di wilayah RW V Kelurahan Mojo, Surabaya. 33 lansia menderita HT, 30 lansia menderita DM, dan 33 lansia menderita HT dan DM. Besar sampel di Surabaya adalah 96 orang. Intervensi penelitian adalah latihan meditasi dengan teknik SKT1 selama 3 bulan. Pengukuran tingkat stres dan kualitas hidup dilakukan setelah 3 bulan intervensi. Efektivitas latihan meditasi dengan teknik SKT dalam menurunkan tingkat stres dan meningkatkan kualitas hidup lansia penderita penyakit HT dan/atau DM menjadi fokus penelitian ini. Hal ini dilakukan dalam rangka meningkatkan peran independen perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan komplementer pada konteks manajemen penyakit kronis di komunitas.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi Inti

Meditation healing exercise atau latihan meditasi dengan teknik SKT merujuk pada teknik pertama dari teknik meditasi yang diajukan ahli meditasi Thailand, Prof. Dr. Somporn Kantrara Dussadee Triamchaisri. Teknik ini sering disebut SKT1. Secara total ada 7 teknik SKT, namun yang diterapkan dalam penelitian ini hanya SKT1. Teknik SKT1 meliputi latihan pernafasan ritmik sebanyak 30-40 kali selama maksimal 30 menit, 3 kali sehari setiap hari, dalam posisi duduk atau tidur telentang.

Lansia penderita penyakit kronis (HT dan/atau DM) adalah individu berusia lebih dari 60 tahun yang telah didiagnosis HT dan/atau DM dan mengkonsumsi obat dalam kesehariannya untuk menatalaksanai penyakitnya, terlepas dari teratur atau tidak dalam mengkonsumsi obat tersebut.

2.2. Literature Review

2.2.1. *Self-reported health and satisfaction of patients with chronic diseases who meditate: a case-control study* (Lauche, et al, 2014)

Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional dengan desain *case-control*. Tujuan penelitian adalah mencari perbedaan pada aspek kualitas hidup, kesehatan mental, dan kepuasan hidup penderita penyakit kronis yang rajin melakukan meditasi dan yang tidak. Kelompok kasus (n = 115) beranggotakan orang dewasa yang menderita penyakit kronis, seperti: penyakit rheumatologi, gastrointestinal, kardiovaskuler, pulmonologikal, dan pasien lainnya dengan sindroma nyeri. Sedangkan kelompok kontrol (n = 115) diperoleh dari proses *matching* terhadap anggota kelompok intervensi. *Matching* dilakukan berdasarkan aspek

gender, diagnosis penyakit utama, tingkat pendidikan, dan usia. Variabel kualitas hidup diukur dengan kuesioner SF-36, kesehatan mental diukur dengan *Hospital Anxiety and Depression Scale*, sedangkan kepuasan terhadap kesehatan dan kehidupan diukur dengan *Questionnaire for Life*. Hasil penelitian menunjukkan kualitas hidup (terutama aspek nyeri fisik) dan kepuasan hidup yang lebih tinggi ditemukan pada kelompok kasus. Tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok kasus dan kontrol pada aspek lain dari penilaian kualitas hidup (ansietas, depresi, konsumsi obat, kepuasan terhadap kesehatan). Meditasi secara reguler tidak secara jelas berhubungan dengan persepsi terhadap kesehatan pada penderita penyakit kronis. Namun, responden yang melaksanakan meditasi secara reguler melaporkan kualitas hidup (terkait nyeri fisik) yang lebih baik dan lebih puas terhadap kehidupannya.

2.2.2. Immediate and Long-term Effects of Meditation on Acute Stress Reactivity, Cognitive Functions, and Intelligence (Singh, et al, 2012)

Kejadian dalam hidup yang menyebabkan stress dan stress yang dialami setiap hari tidak bisa dihilangkan sehingga membuat dampaknya terakumulasi di dalam tubuh. Tujuan penelitian ini adalah untuk mempelajari efek meditasi terhadap perubahan parameter fisiologis yang diinduksi oleh stress, fungsi kognitif, kecerdasan (IQ), dan *emotional quotients* (EQ). Pelaksanaan penelitian terdiri dari dua fase, dengan jarak satu bulan di antara kedua fase. Setiap partisipan bertindak sebagai kontrol, dan hasil pada fase pertama berfungsi sebagai kontrol pada fase kedua. Pada fase pertama, tim peneliti mempelajari dampak stressor (10 menit bermain *game* komputer) terhadap tingkat stress partisipan. Pada fase kedua, tim peneliti memeriksa efek meditasi terhadap tingkat stress. Para partisipan adalah 34 orang sehat, pria sukarelawan yang merupakan mahasiswa. Intervensi penelitian yang diberikan adalah meditasi jangka panjang dimana partisipan melakukan meditasi setiap hari selama satu bulan, antara fase 1 dan fase 2. Untuk memeriksa efek segera dari meditasi, partisipan

diminta bermeditasi selama 15 menit pasca bermain *game* komputer yang menginduksi stress. Tim peneliti memeriksa galvanic skin response (GSR), denyut nadi (HR), kadar kortisol dalam air ludah, dan memberikan tes IQ dan EQ, stress akut dan stress yang dipersepsikan (AS dan PS), fungsi kognitif (memori jangka pendek dan fleksibilitas kognitif). Dengan menggunakan desain penelitian pre-post, tim peneliti mengukur parameter pada: 1) awal dimulainya penelitian (baseline), 2) pada fase 1, setelah menginduksi stress, 3) pada bagian pertama dari fase 2, setelah bermeditasi setiap hari selama satu bulan, 4) pada bagian kedua dari fase 2, setelah menginduksi stress, keduanya pada 15 menit sebelum dan setelah meditasi selama 15 menit. Hasil penelitian menunjukkan induksi stress dengan bermain game computer mampu meningkatkan nilai parameter fisiologis (GSR dan HR) secara signifikan. Dalam jangka pendek, meditasi berhubungan dengan respon relaksasi fisiologis (penurunan GSR secara signifikan) dan peningkatan nilai tes Stroop (fleksibilitas kognitif) pada waktu reaksi. Dalam jangka panjang, meditasi memberi peningkatan signifikan pada IQ dan nilai fungsi kognitif, sedangkan terjadi penurunan pada tingkat stress (GSR dan AS). Tidak ada perubahan bermakna pada kadar kortisol air ludah dan denyut nadi. Kesimpulannya, latihan meditasi dapat mengurangi respon fisiologis stress dan meningkatkan fungsi kognitif, dimana efek ini terjadi jangka panjang, setelah 1 bulan bermeditasi.

2.2.3. Effect of a Single-session Meditation Training to Reduce Stress and Improve Quality of Life Among Health Care Professionals: A “Dose-ranging” Feasibility Study (Prasad, et al, 2011)

Tujuan utama penelitian adalah untuk mengkaji kemungkinan integrasi program latihan meditasi satu sesi ke dalam kegiatan sehari-hari para tenaga kesehatan yang bekerja di suatu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat tersier, mengkaji durasi meditasi yang paling sesuai, serta menganalisis efek meditasi terhadap stress yang dipersepsikan, kecemasan dan kualitas hidup secara keseluruhan. 17 karyawan wanita yang sehat direkrut sebagai

responden. Setelah satu sesi pemberian informasi dasar tentang meditasi dilakukan, *Paced Breathing Meditation* (PBM) diajarkan kepada para responden. Responden kemudian diminta untuk bermeditasi secara mandiri dengan bantuan DVD setiap hari selama 4 minggu. Di dalam DVD tersebut ada 3 program meditasi, yaitu: 5, 15 dan 30 menit dengan menu pilihan salah satu dari 3 program tersebut. Variabel yang diukur meliputi: catatan harian responden, *Perceived Stress Scale* (PSS), *Linear Analogue Self-assessment* (LASA), dan *Smith Anxiety Scale* (SAS). Hasil penelitian menunjukkan sesi meditasi 5 menit dilakukan oleh 14 responden dari total 137 kali meditasi selama masa percobaan 4 minggu. Sesi meditasi 15 menit dilakukan oleh 16 responden dari total 223 kali meditasi, dan sesi meditasi 30 menit dilakukan oleh 13 responden dari total 71 kali meditasi. Median hari latihan adalah 25 (rentang 10 – 28 hari), rata-rata lama waktu latihan total adalah 394 menit (rentang 55 – 850 menit). Pasca penelitian, nilai variabel berikut ini meningkat secara signifikan: PSS ($p=0.0001$), SAS ($p=0.0005$), dan LASA ($p=0.0005$). Tidak ada hubungan antara lama waktu latihan dengan peningkatan nilai tersebut. Meditasi selama 15 menit atau 2 kali sehari adalah waktu yang paling sesuai untuk bermeditasi setiap hari. Penelitian ini juga menyediakan data pendahuluan tentang efikasi meditasi terhadap peningkatan manajemen stress, kecemasan dan kualitas hidup.

2.2.4. Changes in Spirituality Partly Explain Health-related Quality of Life Outcomes after Mindfulness-based Stress Reduction (Greeson, et al, 2011)

Mindfulness-based stress reduction (MBSR) adalah program pengobatan perilaku sekuler yang berakar pada praktik spiritual meditasi. Karena itulah, spiritualitas dapat secara sebagian menjelaskan luaran dari MBSR. 279 responden penelitian (75% wanita, usia rata-rata 45 tahun ($SD = 12$)) melengkapi *online survey* sebelum dan sesudah 8 minggu mengikuti program MBSR. *Structural Equating Modeling* (SEM) digunakan untuk menguji hipotesis mengikuti MBSR, ada hubungan antara peningkatan pemusatan perhatian dan kualitas hidup

terkait kesehatan yang dimediasi oleh peningkatan pengalaman spiritual harian. Perubahan pada spiritualitas dan pemusatan perhatian secara signifikan berhubungan dengan peningkatan kesehatan mental. Walaupun hipotesis meditasi awal tidak terbukti, model alternatif memberi gambaran kalau peningkatan pemusatan perhatian secara sebagian memediasi hubungan antara peningkatan pengalaman spiritual harian dan kualitas hidup terkait kesehatan mental (efek tidak langsung: $\beta = 0.07$; $p=0.017$). Efek MBSR terhadap kualitas hidup terkait kesehatan fisik terbukti tidak signifikan. Hasil penelitian menunjukkan mekanisme baru dimana peningkatan pengalaman spiritual harian yang mengikuti MBSR dapat sebagian menjelaskan terjadinya peningkatan kesehatan mental sebagai manfaat dari pemusatan perhatian yang lebih besar.

2.2.5. Relationship between Mindfulness Practice and Levels of Mindfulness, Medical and Psychological Symptoms and Well-being in A Mindfulness-based Stress Reduction Program (Carmody & Baer, 2008)

Hubungan diinvestigasi antara latihan mindfulness meditation di rumah dan tingkat pemusatan perhatian, gejala medis dan psikologis, stress yang dipersepsikan, dan kesejahteraan psikologis pada 174 orang dewasa dalam program klinik MBSR. Program ini terdiri dari 8 sesi program kelompok untuk individu yang memiliki masalah terkait stress, gejala, dan kesejahteraan pada waktu sebelum dan sesudah MBSR, dan memantau latihan responden di rumah selama waktu intervensi. Waktu yang dihabiskan untuk berlatih meditasi yang formal di rumah (yoga, meditasi duduk, pemindaian tubuh) secara signifikan berhubungan dengan tingkat perbaikan pada sebagian besar aspek perhatian dan beberapa ukuran gejala dan kesejahteraan. Peningkatan pemusatan perhatian terbukti memediasi hubungan antara latihan meditasi formal dan peningkatan fungsi psikologis, menunjukkan kalau latihan meditasi mempengaruhi peningkatan pemusatan perhatian, yang berdampak pada penurunan gejala dan peningkatan kesejahteraan.

2.2.6. *Mindful Meditation: Healing Burnout in Critical Care Nursing (Davies, 2008)*

Profesi keperawatan sedang mengalami krisis, baik dalam hal sumberdaya manusia maupun kemampuan untuk menangkis dampak buruk dari stress. Para perawat profesional sering mengalami stress yang tidak biasa dalam lingkungan medis saat ini, dan beberapa hasil penelitian telah menemukan tingkat *burnout* sedang hingga berat di kalangan perawat. Perawat mengalami *burnout* karena beberapa alasan, beberapa berasal dari profesinya dan penyebab lain berhubungan dengan nilai-nilai kekinian yang mengharuskan adanya beberapa pencari nafkah dalam keluarganya. *Mindful meditation* merupakan terapi komplementer yang menunjukkan manfaat dalam menurunkan stress negatif dan faktor penyebab *burnout*. Praktik meditasi dengan memusatkan perhatian dapat menjadi sarana lain dimana perawat *critical care* dapat memperoleh kendali atas karirnya dan kehidupan pribadinya.

2.2.7. *Feasibility of an Online Mindfulness Program for Stress Management: A Randomized Controlled Trial (Morledge, et al, 2013)*

Program manajemen stress relatif mahal dan sulit diakses. Tujuan penelitian ini untuk menentukan fisibilitas dari program manajemen stress berbasis internet selama 8 minggu (ISM). Program ini berdasarkan pada prinsip pemusatan perhatian, seperti pada meditasi, untuk mengurangi stress dalam waktu 12 minggu, secara paralel, random, dengan control. Responden secara random dialokasikan pada kelompok ISM, ISM *plus online message board* (ISM+), atau kontrol. Stress yang dipersepsikan, transendensi diri, kesejahteraan psikologis, vitalitas, dan kualitas hidup diukur pada awal penelitian, minggu ke-8, dan minggu ke-12 menggunakan kuesioner yang valid dan terstandardisasi. Hasil penelitian menunjukkan kelompok ISM dan ISM+ mengalami peningkatan yang signifikan jika dibandingkan dengan kelompok kontrol pada semua variabel yang diukur, kecuali vitalitas dan kesehatan fisik. Program ISM terbukti efektif dan mampu bertahan dalam mengurangi stress. Besarnya perbaikan yang terjadi sebanding dengan program pemusatan pikiran tradisional, walaupun

lebih sedikit responden yang terlibat. Penelitian ini menyediakan pijakan yang kuat untuk pengembangan program manajemen stres berbasis *online*, yang mampu meningkatkan akses masyarakat karena biayanya relatif murah.

BAB 3

METODOLOGI

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian pra-eksperimental dengan pendekatan *pretest-posttest design* yang melibatkan tiga kelompok sampel yang dibedakan berdasarkan jenis diagnosisnya, yaitu: 1) Hipertensi (HT), 2) Diabetes Mellitus (DM), dan 3) Hipertensi dan Diabetes Mellitus. Gambaran desain penelitian dapat dilihat pada Tabel 3.1. di bawah ini.

Tabel 3.1. Desain Penelitian

Kelompok Sampel	Kelompok 1 (DM)	Kelompok 2 (HT)	Kelompok 3 (HT & DM)
Besarnya Sampel	n = 30	n = 33	n = 33
Pengukuran Tingkat Stres dan Kualitas Hidup	<i>Pretest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Pretest</i>
Pemberian Intervensi Penelitian Selama 3 Bulan	Latihan Meditasi menggunakan teknik SKT1, 2 kali sehari @ 30 menit	Latihan Meditasi menggunakan teknik SKT1, 2 kali sehari @ 30 menit	Latihan Meditasi menggunakan teknik SKT1, 2 kali sehari @ 30 menit
Pengukuran Tingkat Stres dan Kualitas Hidup	<i>Posttest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Posttest</i>

3.2. Populasi dan Sampel

3.2.1. Populasi

Populasi penelitian adalah semua lansia yang menderita penyakit kronis di wilayah kota Surabaya. Populasi terjangkau adalah semua lansia yang menderita HT dan/atau DM yang tergabung dalam Posyandu Lansia Mekar Sari, RW V Kelurahan Mojo, Surabaya, yang pada bulan Juli 2017 berjumlah \pm 106 orang.

3.2.2. Besar sampel

Besar sampel penelitian ini tidak dihitung menurut rumus tertentu. Roscoe (1975) memberikan acuan umum untuk menentukan besar sampel. Secara umum, besar sampel lebih dari 30 dan kurang dari 500 adalah tepat untuk kebanyakan penelitian. Untuk riset di komunitas maka besar sampel minimal adalah 30. Untuk perhitungan statistika parametrik maka sampel minimal adalah 30, jika kurang dari itu maka dapat mempengaruhi hasil penelitian.

Dalam penelitian ini, besar sampel di Surabaya adalah 96 orang dengan rincian: 33 lansia menderita HT, 30 lansia menderita DM, dan 33 lansia menderita HT dan DM. Penelitian ini juga mengambil lokasi di Bangkok, Thailand. Ada tiga *Public Health Center* (PHC) yang dijadikan lokasi penelitian. Besar sampel di Bangkok adalah 100 orang dengan rincian: 35 lansia menderita HT, 30 lansia menderita DM, dan 35 lansia menderita HT dan DM. Peneliti mengusahakan agar jumlah sampel pada setiap kelompok tidak kurang dari 30 orang dan beda antar kelompok selisihnya tidak terlalu jauh. Hal ini dilakukan agar tidak mempengaruhi hasil uji statistika parametrik yang digunakan untuk menganalisis data.

Tabel 3.1. Distribusi Besar Sampel Penelitian

Kasus	BANGKOK	SURABAYA	Total
DM	30	30	60
HT	35	33	68
DM&HT	35	33	68
Total	100	96	196

3.2.3. Kriteria sampel

Kriteria sampel meliputi kriteria inklusi, eksklusi dan *drop-out*. Kriteria inklusi sampel adalah lansia yang memiliki sikap positif terhadap aktivitas meditasi (menurut hasil skrining menggunakan kuesioner pada Lampiran 3). Kriteria eksklusi sampel meliputi:

1. Lansia yang menderita penyakit jantung, PPOK: asthma, TBC, dll.
2. Lansia yang menolak menandatangani *informed consent*.

Kriteria *drop-out* meliputi lansia yang tidak ingin berpartisipasi lebih lama lagi dalam penelitian karena alasan pribadi, misalnya tidak bersedia melanjutkan latihan meditasi atau tidak mau menjawab beberapa pertanyaan dalam kuesioner, maka responden bisa secara bebas berhenti berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa konsekuensi dan sanksi apapun dari peneliti. Semua calon responden yang memenuhi kriteria sampel dijadikan responden penelitian (*total sampling*).

3.3. Instrumen Penelitian

1. Kuesioner demografi (Lampiran 2).
2. Kuesioner sikap terhadap meditasi (Lampiran 3).
3. Kuesioner SPST-20 untuk mengukur tingkat stres (Lampiran 4).
4. Kuesioner WHOQOL-BREF untuk mengukur kualitas hidup (Lampiran 5).

3.4. Pengumpulan Data

3.4.1. Tempat dan waktu

Pengumpulan data dilaksanakan di Posyandu Lansia Mekar Sari, RW V Kelurahan Mojo, Surabaya. Pengumpulan data di Bangkok dilaksanakan di tiga wilayah kerja PHC. Lama pengumpulan data adalah tiga bulan, yaitu sejak bulan Januari-Maret 2018.

3.4.2. Tahapan

1. Melakukan skrining tentang sikap lansia terhadap aktivitas meditasi dan memilih sampel berdasarkan kriteria sampel.
2. Mengukur tingkat stres dan kualitas hidup sampel sebelum pemberian intervensi penelitian (*pretest*).

3. Melatih lansia untuk melakukan meditasi menggunakan teknik SKT1 dan meminta lansia untuk secara rutin melakukan aktivitas ini di rumah dua kali sehari @ maksimal 30 menit dalam posisi duduk bersila atau tidur telentang (sesuai SPO), serta bertemu mingguan untuk memotivasi lansia dan berlatih meditasi bersama selama tiga bulan.
4. Menilai variabel tingkat stres dan kualitas hidup di akhir bulan ketiga (*posttest*).

3.5. Analisis Data

Statistika deskriptif digunakan untuk menganalisis data demografi responden dan variabel dependen (tingkat stress dan kualitas hidup) yang terdiri dari tabel frekuensi, Mean dan Standard Deviasi (SD). Uji independent T test / Mann-Whitney U test / Kolmogorov-Smirnov Z test digunakan untuk menganalisis perbedaan antar kelompok responden di dua lokasi penelitian terkait tingkat stres dan kualitas hidup. Uji paired t test/ Wilcoxon Signed Rank test digunakan untuk mengetahui efektivitas/pengaruh intervensi penelitian terhadap tingkat stress dan kualitas hidup.

3.6. Etika Penelitian

3.6.1. Proteksi subjek penelitian: manusia

Protokol intervensi penelitian ini telah ditelaah oleh Komite Etik Saint Louis College, Bangkok, Thailand, pada penelitian sebelumnya yang berjudul: *The Effects of Meditation Healing Exercise in Elderly Who are Living with Non-communicable Disease in Bangkok and Surabaya* (Artsanthia & Sari, 2017). Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan dengan menggunakan protokol intervensi penelitian yang sama dengan penelitian sebelumnya, namun variabel dependen yang diukur berbeda.

Sebelum penelitian, responden diberi informasi yang cukup tentang tujuan, metode dan manfaat penelitian; *informed consent* diperoleh sebelum pengumpulan data. Responden

berhak menolak berpartisipasi dalam penelitian ini karena alasan pribadi, bebas mengundurkan diri kapanpun, tanpa konsekuensi/sanksi dari peneliti.

3.6.2. Confidentiality

Informasi yang diperoleh saat pengumpulan data bersifat rahasia dan hanya akan dipublikasikan bagian tertentu saja tanpa mengungkap identitas responden (anonim). Kerahasiaan data penelitian dijaga dengan cara menyimpan data-data hasil penelitian di tempat tertentu yang hanya bisa diakses oleh peneliti. Data hasil penelitian hanya akan disimpan selama dua tahun dan setelah itu akan dihancurkan.

3.6.3. Manajemen risiko

Tidak adanya risiko atas intervensi penelitian diupayakan semaksimal mungkin oleh peneliti. Responden yang potensial mengalami dampak negatif intervensi penelitian segera dihentikan partisipasinya. Pencegahan awal telah dilakukan dengan mengeksklusikan penderita penyakit jantung dan PPOK. Berkaitan dengan kuesioner, jika ada item pertanyaan yang dirasa mengganggu oleh responden sehingga mereka tidak bersedia menjawabnya maka peneliti tidak akan memaksa, namun responden tersebut akan dihentikan partisipasinya (*drop-out*).

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1. Sikap Terhadap Meditasi

Setelah dilakukan skrining sikap terhadap meditasi menggunakan kuesioner, sebelum penelitian diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4.1. Distribusi Sikap Responden Terhadap Meditasi

Item No.	Indikator Sikap	Bangkok (n=100)						Surabaya (n=96)						
		1	2	3	4	5	Mean	1	2	3	4	5	Mean	
1.	Merasa tenang saat melakukan meditasi	-	2	18	71	9	3.87	5	7	14	55	15	3.71	
2.	Merasa senang saat melakukan meditasi	-	4	23	63	10	3.79	4	2	21	56	13	3.76	
3.	Percaya bahwa tubuh dan pikiran dapat menyatu	-	-	20	68	12	3.92	6	2	16	55	17	3.79	
4.	Suka melakukan latihan meditasi	-	-	25	61	14	3.89	4	1	23	48	11	3.55	
5.	Percaya pada konsep bahwa dengan melakukan latihan meditasi dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan menyembuhkan gejala penyakit	-	1	18	65	16	3.96	4	6	7	49	30	4.00	
Rata-rata nilai per-item							3.88 (+)							3.76 (+)
Rata-rata nilai total							19.43 (Baik)							18.77 (Baik)

Keterangan:

- 1= Sangat tidak setuju
- 2= Tidak setuju
- 3= Netral
- 4= Setuju
- 5= Sangat setuju

Tabel 4.1. menunjukkan bahwa rata-rata nilai sikap responden baik di Surabaya maupun di Bangkok lebih dari 3 untuk setiap itemnya, sehingga tendensi sikap terhadap meditasi adalah positif. Namun, responden di Bangkok memiliki sikap yang lebih positif daripada responden di Surabaya yang ditunjukkan dengan nilai setiap item yang lebih besar, kecuali item No. 5 yaitu responden di Surabaya merasa sangat percaya pada konsep bahwa dengan melakukan latihan meditasi maka akan dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan bisa menyembuhkan gejala penyakit. Responden di Bangkok terbukti lebih suka berlatih meditasi dan hasil uji beda terhadap item No. 4 sangat signifikan ($p = 0,004$). Namun, secara keseluruhan tidak ada perbedaan sikap yang bermakna antara responden di Bangkok dan Surabaya ($p = 0,17$). Data disimpulkan bahwa 196 responden yang digunakan dalam penelitian ini sudah memenuhi kriteria inklusi, yaitu memiliki sikap positif terhadap meditasi. Selama proses pengambilan data, tidak ada responden yang memenuhi kriteria eksklusi maupun *drop out*, sehingga pada saat *post-test* besar sampel tetap 196 orang.

Tabel 4.2. Data Demografi Responden

Karakteristik	Bangkok (n=100)		Surabaya (n=96)	
	Σ	%	Σ	%
Jenis Kelamin				
- Laki-laki	20	20.0	11	11.45
- Perempuan	80	80.0	85	88.54
Usia (tahun)				
-60-69	48	48.0	75	78.13
-70 up	52	52.0	21	21.87
Tingkat Pendidikan				
- SD/SMP	53	53.0	25	26.04
- SMA	25	25.0	62	64.58
- S1	8	8.0	9	9.38
- Nihil	14	14.0	0	0

Karakteristik	Bangkok (n=100)		Surabaya (n=96)	
	Σ	%	Σ	%
Pekerjaan				
- Petani	1	1	0	0
- Dagang/wirausaha	10	10.0	12	12.50
- PNS	2	2.0	1	1.04
- Lain-lain: pensiun, IRT	87	87.0	83	86.46
Penghasilan perbulan				
- <2,000 THB (< IDR 800 ribu)	18	18.0	51	53.13
- 6,000- 2,000 THB (IDR 800 ribu – 2.4 juta)	43	43.0	31	32.29
- 10,000- 6,001 THB (IDR 2.41 – 4 juta)	19	19.0	10	10.42
- > 10,000 THB (> IDR 4 juta)	20	20.0	4	4.17
Riwayat Keluarga dengan DM/HT				
- Ya	66	66	29	30.21
- Tidak	34	34	67	69.79

Tabel 4.2. menunjukkan bahwa pada kedua lokasi penelitian responden perempuan jauh lebih banyak dari laki-laki. Secara tidak langsung hal ini mengindikasikan perempuan memiliki waktu harapan hidup lebih lama, dengan kecenderungan menderita penyakit kronis di usia lanjut. Rentang usia responden adalah 60-78 tahun. Riwayat keluarga menderita DM/HT tampak berbanding terbalik, dimana responden di Bangkok mayoritas memiliki riwayat namun sebaliknya untuk responden di Surabaya. Secara teoritis, DM khususnya tipe 2 tidak semata-mata dipengaruhi oleh faktor genetik, namun juga faktor gaya hidup; hal ini tampak pada responden di Surabaya. Tingkat pendidikan responden di Surabaya tampak mayoritas lebih tinggi daripada di Bangkok, namun penghasilan perbulan responden di Bangkok terbukti lebih tinggi walaupun dengan jenis pekerjaan yang relatif sama, yaitu sebagai pensiunan atau ibu rumah tangga (IRT). Hal ini mengindikasikan kesejahteraan lansia

di Surabaya perlu mendapat perhatian lebih, baik dari keluarga maupun pemerintah yang membuat sistem jaminan pensiun hari tua. Faktor ini juga dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia.

Tabel 4.3. Gaya Hidup Responden

Lokasi	Bangkok (n=100)						Surabaya (n=96)					
	Frekuensi per-minggu						Frekuensi per-minggu					
	5	4	3	2	1	Mean	5	4	3	2	1	Mean
Makan bervariasi	26	38	20	10	6	3.68	49	22	13	10	2	4.10
Makan sayur dan buah	33	25	25	13	4	3.80	39	14	30	9	4	3.78
Makan makanan manis	12	10	26	43	9	2.73	27	5	23	27	14	3.04
Makan gorengan atau yang berminyak	4	21	35	35	5	2.54	22	20	21	22	11	3.21
Makan panggangan / yang dibakar	2	10	25	45	18	2.33	14	14	5	38	25	2.52
Makan yang bersantan	1	12	28	39	20	2.35	15	13	15	40	13	2.76
Makan yang diawetkan	5	7	10	42	36	2.03	16	10	2	22	46	2.25
Minum soda / yang berpengawet	9	3	10	33	45	1.98	18	2	1	10	65	1.94
Minum alkohol	9	2	9	7	73	1.72	16	2	0	0	78	1.73
Berolahraga, seperti aerobik, berjalan, dll	24	13	22	27	14	3.06	29	15	20	26	6	3.36
Rata-rata						2.62						2.87

Keterangan:

- 5 = setiap hari
- 4 = 5-6 hari per-minggu
- 3 = 3-4 hari per-minggu
- 2 = 1-2 hari perminggu
- 1 = tidak sama sekali

Tabel 4.3. menunjukkan bahwa responden di Surabaya lebih suka mengonsumsi makanan manis, makanan berminyak, makanan yang dibakar, makanan bersantan, makanan awetan, serta minum soda dan/atau alkohol, tetapi pada saat yang sama juga makan lebih bervariasi, makan sayur dan buah lebih banyak, dan lebih rajin berolahraga jika dibandingkan dengan responden di Bangkok. Hasil ini mengindikasikan bahwa penyakit kronis yang diderita oleh responden di Surabaya pada saat usia lanjut potensial dipengaruhi gaya hidup yang diterapkan. Hal ini dapat dikonfirmasi dengan data demografi responden yang menunjukkan bahwa mayoritas responden di Surabaya tidak memiliki riwayat keluarga menderita DM/HT.

4.2. Pengaruh Meditasi Terhadap Kualitas Hidup

Kualitas hidup dinilai berdasarkan empat domain utama, yaitu fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Menurut WHO, berdasarkan hasil penghitungan setiap domain menggunakan instrumen WHOQOL-BREF maka kategori kualitas hidup dibedakan menjadi:

Tabel 4.4. Kategori Kualitas Hidup Setiap Domain

Komponen	<i>Poor QOL</i>	<i>Moderate QOL</i>	<i>Good QOL</i>
1 Domain fisik	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2 Domain psikologis	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3 Domain hubungan sosial	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4 Domain lingkungan	8 – 18	19 – 29	30 – 40
<i>Overview of QOL</i>	26 – 60	61 – 95	96 - 130

Tabel 4.5. Kualitas Hidup Sebelum Pemberian Intervensi

Kasus	Domain	Bangkok (n=100)			Surabaya (n=96)		
		<i>Poor QOL</i>	<i>Moderate QOL</i>	<i>Good QOL</i>	<i>Poor QOL</i>	<i>Moderate QOL</i>	<i>Good QOL</i>
DM	Fisik	-	22.83	-	-	24.53	-
	Psikologis	-	21.63	-	-	21.63	-
	Hubungan sosial	-	9.77	-	-	9.23	-
	Lingkungan	-	21.67	-	-	26.63	-
	<i>Overall QOL</i>	-	89.23	-	-	88.80	-
HT	Fisik	-	24.71	-	-	23.79	-
	Psikologis	-	-	23.28	-	19.94	-
	Hubungan sosial	-	10.51	-	-	9.79	-
	Lingkungan	-	21.91	-	-	25.03	-
	<i>Overall QOL</i>	-	93.65	-	-	85.45	-
DM&HT	Fisik	-	23.29	-	-	23.73	-
	Psikologis	-	21.84	-	-	20.64	-
	Hubungan sosial	-	10.16	-	-	9.82	-
	Lingkungan	-	21.39	-	-	26.27	-
	<i>Overall QOL</i>	-	90.08	-	-	87.73	-

Tabel 4.5. menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi, kualitas hidup responden mayoritas *moderate QOL* pada hampir semua domain, kecuali responden HT di Bangkok yang memiliki kualitas hidup khususnya pada domain psikologis dengan nilai yang sudah baik. Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup responden di kedua lokasi penelitian sebelum intervensi adalah *moderate QOL*.

Tabel 4.6. Kualitas Hidup Setelah Pemberian Intervensi

Kasus	Domain	Bangkok (n=100)			Surabaya (n=96)		
		<i>Poor QOL</i>	<i>Moderate QOL</i>	<i>Good QOL</i>	<i>Poor QOL</i>	<i>Moderate QOL</i>	<i>Good QOL</i>
DM	Fisik	-	24.5	-	-	25.43	-
	Psikologis	-	-	23.4	-	21.90	-
	Hubungan sosial	-	9.97	-	-	10.47	-
	Lingkungan	-	22.67	-	-	26.50	-
	<i>Overall QOL</i>	-	93.33	-	-	92.20	-
HT	Fisik	-	25.32	-	-	25.27	-
	Psikologis	-	-	26.26	-	21.42	-
	Hubungan sosial	-	11.08	-	-	9.97	-
	Lingkungan	-	22.05	-	-	26.18	-
	<i>Overall QOL</i>	-	-	97.82	-	89.64	-
DM&HT	Fisik	-	24.11	-	-	22.91	-
	Psikologis	-		23.84	-	20.45	-
	Hubungan sosial	-	10.16	-	-	9.91	-
	Lingkungan	-	21.97	-	-	24.18	-
	<i>Overall QOL</i>	-	93.44	-	-	84.00	-

Tabel 4.6. menunjukkan bahwa setelah diberikan intervensi mulai tampak perubahan terutama pada responden di Bangkok. Jika sebelumnya hanya responden HT yang ditemukan memiliki nilai yang baik pada domain psikologis, maka setelah intervensi ditemukan bahwa responden DM juga mengalami peningkatan kualitas hidup pada domain psikologis, sedangkan responden HT mengalami peningkatan kualitas hidup secara menyeluruh, dan responden DM&HT juga mengalami peningkatan kualitas hidup pada domain psikologis. Sedangkan responden di Surabaya tidak mengalami peningkatan kualitas hidup secara bermakna. Jika diperhatikan nilai setiap domain sudah terjadi peningkatan, namun belum sampai bisa mengubah kategori kualitas hidup menjadi baik. Secara umum dapat disimpulkan

bahwa hanya responden HT di Bangkok yang mengalami perubahan yang sangat signifikan pasca pemberian intervensi, yaitu dari *moderate QOL* menjadi *good QOL*.

Tabel 4.7. Komparasi Kualitas Hidup Sebelum dan Setelah Pemberian Intervensi

Kasus	Domain	Bangkok (n=100)		Surabaya (n=96)	
		<i>Pretest</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pretest</i>	<i>Post-test</i>
DM	Fisik	22.83	24.5	24.53	25.43
	Psikologis	21.63	23.4	21.63	21.90
	Hubungan sosial	9.77	9.97	9.23	10.47
	Lingkungan	21.67	22.67	26.63	26.50
	<i>Overall QOL</i>	89.23	93.33	88.80	92.20
HT	Fisik	24.71	25.32	23.79	25.27
	Psikologis	23.28	26.26	19.94	21.42
	Hubungan sosial	10.51	11.08	9.79	9.97
	Lingkungan	21.91	22.05	25.03	26.18
	<i>Overall QOL</i>	93.65	97.82	85.45	89.64
DM&HT	Fisik	23.29	24.11	23.73	22.91
	Psikologis	21.84	23.84	20.64	20.45
	Hubungan sosial	10.16	10.16	9.82	9.91
	Lingkungan	21.39	21.97	26.27	24.18
	<i>Overall QOL</i>	90.08	93.44	87.73	84.00

Tabel 4.7. menunjukkan bahwa nilai kualitas hidup secara menyeluruh mengalami peningkatan pada hampir semua kelompok responden di kedua lokasi penelitian, kecuali responden DM&HT di Surabaya yang mengalami penurunan nilai dari 87,73 menjadi 84,00. Pada domain fisik juga ditemukan kondisi serupa, yaitu hanya responden DM&HT di Surabaya yang mengalami penurunan nilai, dari 23,73 menjadi 22,91. Pada domain psikologis juga terjadi hal serupa namun tidak terlalu signifikan, yaitu hanya responden DM&HT di Surabaya yang mengalami sedikit penurunan nilai, dari 20,64 menjadi 20,45. Pada domain hubungan sosial ditemukan bahwa hampir semua kelompok responden

mengalami peningkatan nilai di kedua lokasi penelitian, kecuali responden DM&HT di Bangkok yang tidak mengalami perubahan nilai pasca intervensi, yaitu tetap 10,16. Pada domain lingkungan, ditemukan dua kelompok responden di Surabaya yang mengalami penurunan nilai, yaitu responden DM dari 26,63 menjadi 26,50, dan responden DM&HT dari 26,27 menjadi 24,18.

Tabel 4.8. Hasil Uji Statistika Deskriptif Data Kualitas Hidup *Pretest*

Descriptive Statistics: Kualitas Hidup					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sby_pre	96	45.50	84.25	60.9089	8.15242
Bkk_pre	100	44.00	111.00	78.8300	18.96145
Valid N (listwise)	96				

Tabel 4.8. menunjukkan bahwa nilai rata-rata *pretest* kualitas hidup pada responden di Bangkok lebih tinggi dari responden di Surabaya, namun sifat data lebih heterogen karena nilai standard deviasi (SD) yang lebih tinggi.

Tabel 4.9. Hasil Uji Statistika Deskriptif Data Kualitas Hidup *Post-test*

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sby_post	96	68.00	113.00	83.7083	7.73225
Bkk_post	100	69.00	122.00	95.3200	10.18206
Valid N (listwise)	96				

Tabel 4.9. menunjukkan bahwa setelah diberi intervensi penelitian terjadi peningkatan nilai rata-rata kualitas hidup di kedua lokasi penelitian. Responden di Bangkok tetap memiliki nilai rata-rata kualitas hidup yang lebih tinggi dari responden di Surabaya dan sifat datanya sudah semakin homogen karena terjadi penurunan nilai SD.

Tabel 4.10. Hasil Uji Normalitas Data Kualitas Hidup *Pretest*

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The distribution of Bkk_pre is normal with mean 78.83 and standard deviation 18.96	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	0.048	Reject the null hypothesis
The distribution of Sby_pre is normal with mean 60.91 and standard deviation 8.15	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	0.114	Retain the null hypothesis

Tabel 4.10. menunjukkan bahwa data kualitas hidup *pretest* pada responden di Bangkok berdistribusi tidak normal ($p < \alpha$). Hal ini potensial terjadi akibat jumlah responden yang besar (100 orang) namun data yang diperoleh bersifat heterogen dengan nilai SD yang cukup tinggi. Sedangkan di Surabaya, data kualitas hidup *pretest* berdistribusi normal ($p > \alpha$).

Tabel 4.11. Hasil Uji Normalitas Data Kualitas Hidup *Post-test*

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The distribution of Bkk_post is normal with mean 95.32 and standard deviation 10.18	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	0.441	Retain the null hypothesis
The distribution of Sby_pre is normal with mean 83.71 and standard deviation 7.73	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	0.297	Retain the null hypothesis

Tabel 4.11. menunjukkan bahwa data kualitas hidup *post-test* berdistribusi normal pada kedua lokasi penelitian ($p > \alpha$).

Tabel 4.12. Hasil Uji Beda Kualitas Hidup *Pretest*

Group Statistics					
	VAR00001	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QoL_pre	1.00	96	60.9089	8.15242	.83205
	2.00	100	78.8300	18.96145	1.89614

Grup 1 = Surabaya (1.00)

Grup 2 = Bangkok (2.00)

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
QoL_pre	96.983	.000	-8.533	194	.000	-17.92115	2.10010	-22.06311	-13.77919
			-8.655	135.559	.000	-17.92115	2.07067	-22.01614	-13.82615

Tabel 4.12. menunjukkan bahwa pada saat *pretest* terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara responden di Bangkok dengan di Surabaya ($p = 0,000$).

Tabel 4.13. Hasil Uji Beda Kualitas Hidup *Post-test*

Group Statistics					
	Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
QoL_post	1.00	96	83.7083	7.73225	.78917
	2.00	100	95.3200	10.18206	1.01821

Grup 1 = Surabaya (1.00)

Grup 2 = Bangkok (2.00)

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
QoL_post	6.705	.010	Equal variances assumed	-8.964	194	.000	-11.61167	1.29534	-14.16643	-9.05690
			Equal variances not assumed	-9.014	184.344	.000	-11.61167	1.28823	-14.15323	-9.07010

Tabel 4.13. menunjukkan bahwa pada saat *post-test* juga terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara responden di Bangkok dengan di Surabaya ($p=0,000$). Hal ini mengindikasikan bahwa intervensi penelitian yang sama yang diberikan kepada responden di kedua lokasi penelitian belum berhasil menyamakan kualitas hidup. Beberapa faktor determinan seperti sosiodemografi berpotensi lebih mempengaruhi kualitas hidup responden.

Tabel 4.14. Hasil Uji Pengaruh SKT1 terhadap Kualitas Hidup

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Sby_pre	83.6771	96	7.19721	.73456
	Sby_post	83.7083	96	7.73225	.78917
Pair 2	Bkk_pre	78.8300	100	18.96145	1.89614
	Bkk_post	95.3200	100	10.18206	1.01821

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Sby_pre & Sby_post	96	.000	.997
Pair 2	Bkk_pre & Bkk_post	100	.372	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Sby_pre - Sby_post	-.03125	10.56155	1.07793	-2.17122	2.10872	-.029	95	.977
Pair 2 Bkk_pre - Bkk_post	-16.49000	17.87301	1.78730	-20.03639	-12.94361	-9.226	99	.000

Tabel 4.14. menunjukkan bahwa latihan meditasi menggunakan teknik SKT1 berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup responden di Bangkok ($p = 0,000$). Namun, di Surabaya yang terjadi adalah sebaliknya. Tidak ditemukan pengaruh latihan meditasi menggunakan teknik SKT1 terhadap kualitas hidup responden di Surabaya ($p=0,977$). Hasil ini semakin memperkuat temuan pada tabel 4.13.

4.3. Pengaruh Meditasi Terhadap Tingkat Stres

Tingkat stress dinilai menggunakan instrument SPST-20 dimana kategorinya dibedakan menjadi: 1) stres ringan: 0-23, 2) stres sedang: 24-41, 3) stres berat: 42-61, dan 4) stres sangat berat/parah: > 61.

Tabel 4.15. Tingkat Stres Sebelum Pemberian Intervensi

Kasus	Tingkat Stres				Rata-rata	Kategori
	Stress ringan	Stress sedang	Stress berat	Stress parah		
Bangkok (n=100)						
DM	2	13	11	4	43.10	Stres berat
HT	1	28	6	-	33.05	Stres sedang
DM&HT	3	26	7	2	35.55	Stres sedang
Total	6	67	24	6	36.90	Stres sedang
Surabaya (n=96)						
DM	-	11	19	-	45.97	Stres berat
HT	-	8	22	3	49.31	Stres berat
DM&HT	-	9	24	-	46.64	Stres berat
Total	0	28	65	3	47.31	Stres berat

Tabel 4.15. menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi, tingkat stress responden mayoritas adalah stres berat, kecuali kelompok responden HT dan DM&HT di Bangkok yang memiliki tingkat stres sedang. Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa tingkat stres responden di kedua lokasi penelitian sebelum intervensi adalah stres sedang – berat.

Tabel 4.16. Tingkat Stres Setelah Pemberian Intervensi

Tingkat Stres						
Kasus	Stress ringan	Stress sedang	Stress berat	Stress parah	Rata-rata	Kategori
Bangkok (n=100)						
DM	5	21	4	-	33.20	Stres sedang
HT	1	34	-	-	29.88	Stres sedang
DM&HT	3	30	5	-	32.34	Stres sedang
Total	9	85	9	-	31.75	Stres sedang
Surabaya (n=96)						
DM	8	20	2	-	33.17	Stres sedang
HT	9	17	5	2	33.60	Stres sedang
DM&HT	3	21	9	-	34.82	Stres sedang
Total	20	58	16	2	33.86	Stres sedang

Tabel 4.16. menunjukkan bahwa setelah diberikan intervensi semua kelompok responden mengalami penurunan tingkat stres menjadi stres sedang, kecuali kelompok responden HT dan DM&HT di Bangkok yang tidak mengalami perubahan. Intervensi penelitian yang diberikan kepada responden belum mampu mengubah tingkat stres menjadi stres ringan.

Tabel 4.17. Komparasi Tingkat Stres Sebelum dan Setelah Pemberian Intervensi

Kasus	Bangkok (n=100)				Surabaya (n=96)			
	Pretest	Kategori	Post-test	Kategori	Pretest	Kategori	Post-test	Kategori
DM	43.1	Stres berat	33.20	Stres sedang	45.97	Stres berat	33.17	Stres sedang
HT	33.05	Stres sedang	29.88	Stres sedang	49.31	Stres berat	33.60	Stres sedang

DM&HT	35.55	Stres sedang	32.34	Stres sedang	46.64	Stres berat	34.82	Stres sedang
Total	36.90	Stres sedang	31.75	Stres sedang	47.31	Stres berat	33.86	Stres sedang

Tabel 4.17. menunjukkan bahwa semua kelompok responden penelitian mengalami penurunan nilai tingkat stres, walaupun pada kelompok responden HT dan DM&HT di Bangkok penurunan nilai tersebut tidak diikuti oleh penurunan kategori tingkat stres. Hal ini mengindikasikan bahwa intervensi penelitian belum optimal dalam menurunkan tingkat stres.

Tabel 4.18. Hasil Uji Statistika Deskriptif Data Tingkat Stres *Pretest*

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sby_stres_pre	96	28.00	70.00	48.4167	8.88958
Bkk_stres_pre	100	20.00	72.00	36.8200	13.29341
Valid N (listwise)	96				

Tabel 4.18. menunjukkan bahwa nilai rata-rata tingkat stres *pretest* responden di Bangkok lebih rendah dari di Surabaya, namun nilai SD yang lebih tinggi menunjukkan data di Bangkok bersifat lebih heterogen.

Tabel 4.19. Hasil Uji Statistika Deskriptif Data Tingkat Stres *Post-test*

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sby_stres_post	96	20.00	69.00	31.4896	10.19494
Bkk_stres_post	100	18.00	56.00	31.7400	8.36252
Valid N (listwise)	96				

Tabel 4.19. menunjukkan bahwa setelah mendapat intervensi penelitian terjadi penurunan nilai tingkat stres pada kedua lokasi penelitian, dimana responden di Surabaya berhasil mencapai penurunan lebih banyak dari responden di Bangkok, hingga pada akhirnya nilai Mean menjadi relatif sama. Namun, pada saat *post-test* data di Surabaya bersifat lebih heterogen yang ditunjukkan dengan nilai SD yang lebih tinggi. Hal ini mengindikasikan

bahwa hanya beberapa responden di Surabaya yang berhasil menurunkan tingkat stres secara signifikan sehingga data menjadi semakin bervariasi.

Tabel 4.20. Hasil Uji Normalitas Data Tingkat Stres *Pretest*

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The distribution of Bkk_pre is normal with mean 36.82 and standard deviation 13.29	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	0.002	Reject the null hypothesis
The distribution of Sby_pre is normal with mean 48.42 and standard deviation 8.89	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	0.013	Reject the null hypothesis

Tabel 4.20. menunjukkan bahwa semua data tingkat stres *pretest* berdistribusi tidak normal di kedua lokasi penelitian ($p < \alpha$). Hal ini potensial terjadi akibat adanya beberapa nilai ekstrim pada data *pretest*.

Tabel 4.21. Hasil Uji Normalitas Data Tingkat Stres *Post-test*

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The distribution of Bkk_post is normal with mean 31.74 and standard deviation 8.36	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	0.013	Reject the null hypothesis
The distribution of Sby_post is normal with mean 31.49 and standard deviation 10.19	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	0.020	Reject the null hypothesis

Tabel 4.21. menunjukkan bahwa semua data tingkat stres *post-test* berdistribusi tidak normal di kedua lokasi penelitian ($p < \alpha$). Hal ini potensial terjadi akibat adanya beberapa nilai ekstrim pada data *post-test*. Dengan demikian, statistika nonparametrik (uji Mann-Whitney U atau uji Kolmogorov-Smirnov Z, dan uji Wilcoxon Signed Rank Test) akan digunakan untuk menganalisis data tingkat stres.

Tabel 4.22. Hasil Uji Beda Tingkat Stres *Pretest*

Case Processing Summary							
	Group	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Stres_pre	1.00	96	100.0%	0	0.0%	96	100.0%
	2.00	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%

Grup 1 = Surabaya (1.00)

Grup 2 = Bangkok (2.00)

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Stres_pre	Based on Mean	19.370	1	194	.000
	Based on Median	11.200	1	194	.001
	Based on Median and with adjusted df	11.200	1	165.229	.001
	Based on trimmed mean	18.733	1	194	.000

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Stres_pre	196	42.5000	12.72772	20.00	72.00
Group	196	1.5102	.50118	1.00	2.00

Test Statistics^a

		Stres_pre
Most Extreme Differences	Absolute	.533
	Positive	.533
	Negative	-.040
Kolmogorov-Smirnov Z		3.730
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000

a. Grouping Variable: Group

Tabel 4.22. menunjukkan varians data tingkat stress *pretest* pada kedua lokasi penelitian tidak homogen ($p < \alpha$), sehingga uji Kolmogorov-Smirnov Z dipilih sebagai alternatif uji independent T test. Hasil uji menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara tingkat stres *pretest* responden di Surabaya dengan di Bangkok ($p = 0,000$).

Tabel 4.23. Hasil Uji Beda Tingkat Stres *Post-test*
Case Processing Summary

	Group	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Stres_post	1.00	96	100.0%	0	0.0%	96	100.0%
	2.00	100	100.0%	0	0.0%	100	100.0%

Grup 1 = Surabaya (1.00)

Grup 2 = Bangkok (2.00)

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Stres_post	Based on Mean	1.305	1	194	.255
	Based on Median	.913	1	194	.341
	Based on Median and with adjusted df	.913	1	181.452	.341
	Based on trimmed mean	.914	1	194	.340

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Stres_post	196	31.6173	9.28199	18.00	69.00
Group	196	1.5102	.50118	1.00	2.00

Ranks

	Group	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Stres_post	1.00	96	95.66	9183.00
	2.00	100	101.23	10123.00
	Total	196		

Test Statistics^a

	Stres_post
Mann-Whitney U	4527.000
Wilcoxon W	9183.000
Z	-.689
Asymp. Sig. (2-tailed)	.491

a. Grouping Variable: Group

Tabel 4.23. menunjukkan varians data tingkat stress *post-test* pada kedua lokasi penelitian homogen ($p > \alpha$), sehingga uji Mann-Whitney U dipilih sebagai alternatif uji independent T test. Hasil uji menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat stress *post-test* responden di Surabaya dengan di Bangkok ($p = 0,491$). Hasil ini mengkonfirmasi temuan pada tabel 4.19.

Tabel 4.24. Hasil Uji Pengaruh SKT1 terhadap Tingkat Stres

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sby_stres_pre	96	48.4167	8.88958	28.00	70.00
Bkk_stres_pre	100	36.8200	13.29341	20.00	72.00
Sby_stres_post	96	31.4896	10.19494	20.00	69.00
Bkk_stres_post	100	31.7400	8.36252	18.00	56.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sby_stres_post - Sby_stres_pre	Negative Ranks	88 ^a	49.20	4329.50
	Positive Ranks	5 ^b	8.30	41.50
	Ties	3 ^c		
	Total	96		
Bkk_stres_post - Bkk_stres_pre	Negative Ranks	73 ^d	37.00	2701.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	27 ^f		
	Total	100		

- a. Sby_stres_post < Sby_stres_pre; d. Bkk_stres_post < Bkk_stres_pre
 b. Sby_stres_post > Sby_stres_pre; e. Bkk_stres_post > Bkk_stres_pre
 c. Sby_stres_post = Sby_stres_pre; f. Bkk_stres_post = Bkk_stres_pre

Test Statistics^a

	Sby_stres_post - Sby_stres_pre	Bkk_stres_post - Bkk_stres_pre
Z	-8.217 ^b	-7.435 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
 b. Based on positive ranks.

Uji Wilcoxon Signed Rank Test dipilih sebagai alternatif uji paired T test. Tabel 4.24. menunjukkan bahwa latihan meditasi menggunakan teknik SKT1 berpengaruh signifikan terhadap tingkat stres responden di Bangkok dan di Surabaya (@ p = 0,000).

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1. Pengaruh Latihan Meditasi dengan Teknik SKT1 terhadap Kualitas Hidup

Hasil penelitian menunjukkan secara keseluruhan kualitas hidup responden DM di Bangkok sebelum dan setelah intervensi mengalami peningkatan nilai dari 89,23 menjadi 93,33; sedangkan di Surabaya juga meningkat dari 88,80 menjadi 92,20. Kelompok DM&HT di Bangkok sebelum dan setelah intervensi mengalami peningkatan nilai kualitas hidup dari 90,08 menjadi 93,44; sedangkan di Surabaya juga meningkat dari 87,73 menjadi 84,00. Kualitas hidup sedang ditemukan pada kelompok DM dan DM&HT sebelum dan setelah intervensi di kedua lokasi penelitian.

Kelompok HT di Bangkok sebelum dan setelah intervensi mengalami peningkatan nilai kualitas hidup dari 93,65 menjadi 97,82. Hasil ini menunjukkan terjadi peningkatan level kualitas hidup dari sedang menjadi tinggi. Sedangkan responden HT di Surabaya juga meningkat dari 85,45 menjadi 89,64. Hasil ini menunjukkan sebelum dan setelah intervensi tidak terjadi perubahan level kualitas hidup, yaitu tetap sedang.

Mayoritas hasil penelitian menunjukkan tidak terjadi perubahan level kualitas hidup pada responden di Bangkok maupun di Surabaya, kecuali kelompok HT di Bangkok. Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Lauche, et al. (2014) di Jerman pada orang dewasa dengan penyakit kronis seperti penyakit rheumatologi, gastrointestinal, kardiovaskuler, atau mulmonologikal, dan pasien dengan sindrom nyeri kronis. Hasil penelitiannya menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan yang ditemukan pada hampir semua aspek kualitas hidup pada kelompok intervensi yang mendapat latihan meditasi maupun kelompok kontrol, kecuali aspek nyeri fisik. Hal ini potensial terjadi karena responden mengalami kekurangan waktu untuk berlatih meditasi di samping juga menderita

penyakit kronis. Konteks penyakit kronis inilah yang mirip dengan konteks penelitian ini. Dapat disimpulkan bahwa kurang signifikannya hasil penelitian potensial akibat limitasi dampak latihan meditasi terhadap kondisi sakit kronis, khususnya pada lansia.

Terkait dengan kelompok HT di Bangkok yang mengalami peningkatan kualitas hidup, hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Kim, et al. (2013) pada penderita kanker payudara yang mendapat radioterapi di Korea. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa responden yang mendapat latihan meditasi mengalami peningkatan kualitas hidup secara global jika dibandingkan dengan kelompok kontrol. Walaupun latihan meditasi tidak berdampak pada depresi, fungsi fisik lainnya, dan variabel lain yang terkait dengan gejala penyakit, latihan meditasi dapat menjadi terapi yang bermakna untuk mengatasi tingkat kecemasan dan kelelahan pada penderita kanker payudara yang mendapat radioterapi, sehingga bisa berdampak positif pada peningkatan kualitas hidup. Bagaimanapun, karena penelitian ini tidak mengeksklusikan efek dinamik dari kelompok intervensi melalui dilibatkannya kelompok kontrol non-intervensi maka interpretasi hasil penelitian ini secara luas perlu diwaspadai.

Jika dilihat nilai kasar kualitas hidup (pada lampiran) sebenarnya terjadi peningkatan nilai pada hampir semua responden, khususnya pada domain psikologis responden di Bangkok. Hasil ini didukung oleh hasil penelitian Carmody & Baer (2007) di Massachusetts yang melibatkan orang dewasa yang mengalami stres akibat menderita suatu penyakit, nyeri kronis, kecemasan, stres personal dan stres akibat pekerjaan. Mirip dengan penelitian ini, mayoritas responden juga mengalami stres berat sebelum intervensi. Hasil penelitiannya menunjukkan terjadi peningkatan ketenangan pikiran dan kesejahteraan psikologis, serta penurunan stres dan gejala penyakit selama periode meditasi. Waktu yang dihabiskan untuk berlatih meditasi di rumah berhubungan secara signifikan dengan besarnya peningkatan pada hampir semua facet ketenangan pikiran serta beberapa parameter gejala penyakit dan

kesejahteraan psikologis. Peningkatan ketenangan pikiran memediasi hubungan antara praktik meditasi formal dengan peningkatan fungsi psikologis, sehingga latihan meditasi bisa berdampak pada peningkatan ketenangan pikiran yang kemudian lebih jauh berdampak pada berkurangnya gejala penyakit dan peningkatan kesejahteraan psikologis.

Kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap kondisi kehidupannya yang dinilai berdasarkan standard individual yang ditetapkan sendiri dimana dipengaruhi oleh konteks budaya, lingkungan tempat tinggal, orang dekat, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan faktor determinan lainnya. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa di Bangkok latihan meditasi mampu meningkatkan kualitas hidup responden tanpa mengubah faktor determinan dan standard kehidupan yang ditetapkan secara individual, namun lebih kepada meningkatkan kesadaran psikologis sehingga timbul kondisi pikiran dan afek yang positif. Sedangkan di Surabaya, latihan meditasi belum mampu meningkatkan kesadaran psikologis individu, hal ini potensial terjadi akibat intervensi penelitian secara umum bersifat baru sehingga diperlukan waktu lebih lama untuk terjadi *self-engagement* terhadap latihan meditasi, di samping sikap terhadap meditasi beberapa ditemukan masih negatif.

5.2. Pengaruh Latihan Meditasi dengan Teknik SKT1 terhadap Tingkat Stres

Pengaruh latihan meditasi terhadap tingkat stres dikur menggunakan instrumen SPST. Hasil penelitian menunjukkan lansia di Bangkok mengalami penurunan tingkat stres dengan nilai dari 36,9 menjadi 31,75, namun tingkat stres tetap sedang. Lansia di Surabaya juga mengalami penurunan tingkat stres dengan nilai dari 47,31 menjadi 33,86, tingkat stres berubah dari tinggi menjadi sedang.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Singh, et al. (2012) di India yang dilakukan pada 34 orang mahasiswa laki-laki yang sehat. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa dalam jangka panjang latihan meditasi berdampak signifikan terhadap peningkatan

fungsi kognitif dan IQ, sedangkan tingkat stres mengalami penurunan. Latihan meditasi secara rutin dapat menurunkan respon stres psikologis dan meningkatkan fungsi kognitif, dan efek ini ditemukan pada latihan meditasi untuk durasi yang lebih lama (≥ 1 bulan). Nilai stres yang lebih rendah berhubungan dengan kondisi relax dan ini dapat mengindikasikan perubahan yang berkelanjutan setelah responden berlatih meditasi selama satu bulan. Kurangnya reaktivitas terhadap stres setelah berlatih meditasi jangka panjang lebih jauh mengindikasikan kalau latihan meditasi dapat bermanfaat dengan cara melawan efek stres. Lebih jauh lagi, meditasi dapat mengurangi ambang stres dan reaktivitas terhadap stresor, mengindikasikan kalau latihan meditasi dapat bermanfaat untuk laki-laki dewasa muda dalam hal melawan efek stres.

Hasil penelitian Prasad, et al. (2011) di Klinik Mayo, Minnesota, terhadap 17 karyawan wanita juga menunjukkan hasil yang mirip dengan penelitian ini. Skala stres yang dipersepsikan (diukur menggunakan PSS) dan kualitas hidup (diukur menggunakan LASA) menjadi variabel dependen. Setelah satu bulan latihan meditasi, responden menunjukkan peningkatan pada nilai PSS dan LASA. Latihan meditasi menunjukkan efek klinis yang bermakna dan efektivitas yang signifikan secara statistik untuk menurunkan stres dan kecemasan, serta meningkatkan kualitas hidup. Keuntungan berlatih meditasi juga termasuk peningkatan sensitivitas interpersonal, strategi koping yang lebih adaptif, dan *self-compassion*, sehingga bisa menurunkan tingkat stres. Program meditasi dianggap *feasible* dan menunjukkan efektivitas dalam menurunkan stres, kecemasan, dan kualitas hidup jika dilakukan dalam waktu empat minggu, 15 menit sekali atau dua kali sehari.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian Jain, et al. (2007) terhadap 81 mahasiswa yang mengalami distress di Arizona. Tim penelitiannya menggunakan metode meditasi *body scan*, duduk, berjalan, dan *loving-kindness meditation*. Hasil penelitiannya menunjukkan jika dibandingkan dengan kelompok kontrol responden pada kelompok

intervensi berhasil mengubah distres psikologis secara menyeluruh dan meningkatkan kondisi pikiran yang positif. *Effect size* pada distres luas, lebih baik jika dibandingkan dengan teknik relaksasi. Efek ini berhubungan dengan latihan yang lebih lama dalam hal mengubah kesadaran saat ini (dan ini menjadikan individu lebih sadar terhadap kondisi pikiran yang positif), peningkatan yang signifikan terjadi akibat efek relaksasi yang lebih menyeluruh. Afek positif berhubungan terbalik dengan stres dan kecemasan, dan ada bukti kuat lain yang menunjukkan bahwa afek positif secara independen dapat menjadi saringan untuk melawan konsekuensi psikologis stres yang dapat dihapus [Adler, et al. (1998) dan Steptoe & Wardle (2005) dalam Jain, et al. (2007)].

Stres merupakan respon terhadap stressor yang dipengaruhi oleh strategi koping yang diimplementasikan. Stres psikologis dapat dipengaruhi oleh stressor fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Hasil penelitian menunjukkan baik di Bangkok maupun di Surabaya latihan meditasi mampu menurunkan tingkat stres secara signifikan. Hal ini membuktikan latihan meditasi mampu meningkatkan ambang stres individu sehingga membuatnya lebih toleran terhadap stres, tanpa mengurangi paparan terhadap stressor maupun mengubah strategi koping yang diimplementasikan selama ini.

BAB 6

PENUTUP

6.1. Kesimpulan

Secara demografi, mayoritas responden adalah lansia wanita. Di Bangkok, mayoritas responden adalah lulusan SD, sedangkan di Surabaya mayoritas adalah lulusan SMP. Penghasilan responden di Bangkok mayoritas THB 2000-6000 perbulan, sedangkan di Surabaya mayoritas kurang dari IDR 800.000 perbulan. Sikap terhadap meditasi mayoritas positif, sehingga mayoritas responden secara personal setuju untuk berlatih meditasi.

Kebiasaan hidup yang buruk sebelum penelitian pada responden di Bangkok dan Surabaya relatif sama, yaitu mengkonsumsi alkohol dan minuman bersoda. Sedangkan untuk makan makanan yang difermentasi dan makan makanan penutup yang manis, responden di Surabaya memiliki frekuensi yang lebih tinggi daripada responden di Bangkok.

Untuk variabel kualitas hidup yang dinilai saat *pretest*, lansia dengan kasus DM, HT, dan DM&HT di Bangkok memiliki nilai rata-rata 90,98 (89,23; 93,65; 90,08), termasuk kualitas hidup sedang; sedangkan nilai *post-test* rata-rata 94,86 (93,33; 97,82; 93,44), juga termasuk kualitas hidup sedang. Nilai rata-rata kualitas hidup menyeluruh lansia di Surabaya dengan kasus DM, HT, dan DM&HT yang dinilai saat *pretest* adalah 87,33 (88,80, 85,45, 87,73), termasuk kualitas hidup sedang; sedangkan nilai *post-test* rata-rata 88,61 (92,20; 89,64; 84,00), juga termasuk kualitas hidup sedang. Terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara responden di Bangkok dan di Surabaya sebelum dan setelah intervensi (@ $p = 0,000$). Latihan meditasi dengan teknik SKT1 berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup responden di Bangkok ($p = 0,000$), sedangkan di Surabaya terbukti tidak berpengaruh signifikan ($p = 0,977$).

Untuk variabel tingkat stres yang dinilai saat *pretest*, lansia dengan kasus DM, HT, dan DM&HT di Bangkok memiliki nilai rata-rata 36,90 (43,10; 33,05; 35,55), termasuk stres sedang; sedangkan nilai *post-test* rata-rata 31,75 (33,20; 29,88; 32,34), juga termasuk stres sedang. Nilai rata-rata tingkat stres lansia di Surabaya dengan kasus DM, HT, dan DM&HT yang dinilai saat *pretest* adalah 47,31 (45,97; 49,31; 46,64), termasuk stres berat; sedangkan nilai *post-test* rata-rata 33,86 (33,17; 33,60; 34,82), termasuk stres sedang. Terdapat perbedaan tingkat stres yang signifikan antara responden di Bangkok dan di Surabaya sebelum intervensi ($p = 0,000$), namun setelah intervensi ditemukan tidak terjadi perbedaan tingkat stres yang signifikan ($p = 0,491$). Latihan meditasi dengan teknik SKT1 berpengaruh signifikan terhadap tingkat stres responden di Bangkok dan di Surabaya (@ $p = 0,000$).

6.2. Saran

1. Untuk institusi pendidikan keperawatan:

Kesempatan untuk penelitian bermanfaat bagi pendidikan keperawatan tidak hanya bagi mahasiswa perawat, namun juga organisasi profesi perawat. Hasil penelitian ini dapat menjadi pedoman untuk mempelajari lebih jauh intervensi meditasi sebagai langkah selanjutnya untuk mengembangkan meditasi sebagai intervensi keperawatan alternatif dalam konteks komunitas, khususnya untuk lansia penderita penyakit kronis.

2. Untuk pelayanan keperawatan di Puskesmas:

Peneliti menemukan bahwa melakukan kunjungan rumah dalam konteks komunitas sangat penting, khususnya untuk mencegah komplikasi penyakit kronis pada lansia. Ini termasuk fungsi independen perawat dimana meditasi dapat diterapkan pada lansia sebagai intervensi keperawatan alternatif.

3. Untuk peneliti selanjutnya:

Pada saat ini, penelitian menggunakan *alternative medicine* lebih diminati karena banyak orang yang sakit kronis tidak mau mengonsumsi obat jangka panjang dengan dosis yang terus meningkat, sehingga jika banyak penelitian di area ini dilakukan terhadap variabel lain yang variatif atau bersifat holistik maka akan semakin mengkonfirmasi efektivitas meditasi dalam manajemen penyakit kronis. Hasil penelitian ini dapat memberi masukan dan menjadi referensi untuk semakin mengembangkan fungsi independen perawat di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Artsanthia, J., Sari, NPWP. (2017). The Effect of Meditation Healing Exercise in Elderly Who are Living with Non-communicable Disease in Bangkok and Surabaya. *Proposal Penelitian*. Surabaya: Fak. Keperawatan UKWMS
- Cardoso, R., De Souza, E., Camano L, et al. (2004). Meditation in health: an operational definition. *Brain Res Brain Res Protoc*; 14(1): 58-60
- Carmody, J., Baer, RA. (2007). Relationships between mindfulness practice levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med*; 31: 23-33
- Davies, WR. (2008). Mindful Meditation: Healing Burnout in Critical Care Nursing. *Holist Nurs Pract*.; 22(1): 32-6
- Greeson, JM., Webber, DM., Smoski, MJ., Brantley, JG., Ekblad, AG., Suarez, EC., Wolever, RQ. (2011). *J Behav Med*; 34: 508-518
- Jain, S., Shapiro, SL., Swanick, S., Roesch, SC., Mills, PJ., Bell, I. (2007). *Ann Behav Med*; 33(1): 11-21. Diunduh dari: www.proquest.com
- Kim, YH., Kim, HJ., Ahn, SD., Seo, YJ., Kim, SH. (2013). Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. *Complementary Therapies in Medicine*; Kidlington, 21.4. pp. 379-87. Diunduh dari: www.proquest.com
- Kokoszka, A. (1990). Axiological aspects of comparing psychotherapy and meditation. *Int J Psychosom*; 37(1-4): 78-81
- Lauche, R., Langhorst, J., Paul, A., Dobos, G., Cramer, H. (2014). Self-reported health and satisfaction of patients with chronic diseases who meditate: a case-control study. *Qual Life Res*; 23: 2639-2644
- Manocha, R. (2000). Why meditation? *Aust Fam Physician*; 29(12): 1135-8
- Morledge, TJ., Allexandre, D., Fox, E., Fu, AZ., Higashi, MK., Kruzikas, DT., Pham, SV., Reese, PR. (2013). Feasibility of an Online Mindfulness Program for Stress Management: A Randomized Controlled Trial. *Ann. Behav. Med.*; 46: 137-148
- Prasad, K., Wahner-Roedler, DL., Cha, SS., Sood, A. (2011). Effect of a single-session meditation training to reduce stress and improve quality of life among health care

professionals: a “dose-ranging feasibility study. *Alternative Therapies*; 17(3). Diunduh dari: www.proquest.com

Roscoe, JT. (1975). *Fundamental Research Statistics for the Behavioral Sciences*. New York: Holt

Singh, Y., Sharma, R., Talwar, A. (2012). Immediate and long-term effects of meditation on acute stress reactivity, cognitive functions, and intelligence. *Alternative Therapies*; 18(6). Diunduh dari: www.proquest.com

Walsh, R., Shapiro, SL. (2006). The meeting of meditative disciplines and Western psychology: a mutually enriching dialogue. *Am Psychol*; 61(3): 227-39

Lampiran 12.

BIODATA PENELITI

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan Gelar)	Ni Putu Wulan Purnama Sari, S.Kep.,Ns., M.Kep.
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Belum ada
4	NIK	911.11.0681
5	NIDN	0712068704
6	Tempat, Tanggal Lahir	Klungkung, 12 Juni 1987 (Bali)
7	Email	moonygalz@yahoo.com
8	No. Telepon / HP	085733308383 & 081337133244
9	Alamat Kantor	Jl. Raya Kalisari Selatan 1, Pakuwon City, Surabaya
10	No. Telepon / Faks.	(031) 99005299 / (031) 99005278
11	Lulusan yang Telah Dihilangkan	98 orang
12	No. Telepon / Faks.	031-99005278
13	Mata Kuliah yang Diampu	1. Keperawatan Paliatif (S1, Profesi Ners) 2. KMB II (T, P) 3. Nursing English III, IV 4. Kep. Medikal (Profesi Ners)

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Airlangga	Universitas Airlangga
Bidang Ilmu	Keperawatan	Keperawatan
Tahun Masuk-Lulus	2005-2010	2013-2015
Judul Skripsi/Tesis	Hubungan antara Faktor Risiko Asma dan Tindakan Pencegahan Terhadap Paparannya dengan Tingkat Kontrol Penyakit pada Penderita Asma	Pengaruh Penerapan Model Perawatan Diri Terhadap <i>Self-care Agency</i> , Tindakan Perawatan Diri dan Kualitas Hidup Penderita Lupus
Nama Pembimbing 1	Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs(Hons)	Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes.
Nama Pembimbing 2	Laily Hidayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.	Harmayetty, S.Kp.,M.Kes.

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (juta rupiah)
1	2017	Hubungan Antara Faktor Pencetus dan Perilaku Pencegahan Paparannya pada Penderita Lupus	Fak. Keperawatan UKWMS	5
2	2016	Pengaruh Pemberian <i>Nursing Agency</i> terhadap Kepatuhan, <i>Self-care Agency</i> dan Aktivitas Perawatan Diri pada Penderita Diabetes Mellitus	Fak. Keperawatan UKWMS	5
3	2016	Pengaruh Penerapan Metode Pembelajaran <i>Flipped Classroom</i> terhadap Sikap <i>Caring</i> dan Capaian Belajar Mahasiswa Baru pada Institusi Keperawatan di Surabaya	AIPNI / AINEC	15
4	2016	Hubungan Antara Pengetahuan Sensoris, Efikasi Diri, Tindakan Pencegahan Paparan Faktor Pencetus dan Aktivitas Perawatan Diri dengan Kualitas Hidup pada Penderita Lupus	Fak. Keperawatan UKWMS	5

5	2015	Hubungan Antara Pengetahuan Sensoris dan Kesadaran Diri dengan Tindakan Perawatan Diri dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus	Hibah PDM, LPPM UKWMS	7,5
6	2015	<i>Effectiveness of Self-management Program as Cancer Management: A Meta-analysis</i>	Mandiri	---
7	2015	Intervensi Keperawatan Terkini untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Tindakan Masyarakat dalam Pencegahan/ Pengendalian Malaria	Mandiri	---
8	2014	Peran Keluarga dalam Merawat Pasien Paliatif dengan Kanker Stadium Lanjut di Rumah	Fak. Keperawatan UKWMS	5
9	2014	Studi Komparasi Efektivitas Pemberian Air Rebusan dan Ekstrak Kulit Salak Pondoh Yogyakarta (<i>Salacca zalacca</i>) Terhadap Penurunan Kadar Gula Darah Mencit (<i>Mus musculus</i>) dengan Hiperglikemia	Hibah PPOT <i>Research Project</i> , LPPM UKWMS	8,65
10	2014	Program <i>Self-management</i> : Atasi Nyeri dan Tingkatkan Kualitas Hidup Penderita Kanker	Mandiri	---
11	2013	Peran Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga Sakit Diabetes Mellitus di Rumah	Fak. Keperawatan UKWMS	5

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (juta rupiah)
1	2017	Peningkatan Kesehatan melalui Senam Prolanis dan Pendidikan Kesehatan Prolanis pada Kelompok Lansia di RW I Kelurahan Bulak Surabaya	Fak. Keperawatan UKWMS	3
2	2016	Meningkatkan Kinerja Relawan Paliatif dengan Komunikasi Terapeutik dan <i>Motivational Interviewing</i> serta Senam Paliatif demi Peningkatan Kualitas Hidup	Fak. Keperawatan UKWMS	3
3	2016	Pendidikan Kesehatan dan Upaya Pencegahan Dini Munculnya Penyakit Degeneratif pada Orangtua Siswa / i TK Binakarya Medokan Timur Surabaya	Fak. Keperawatan UKWMS	3
4	2016	Pengaturan Gaya Hidup (Diet dan Stres) dalam Mencegah Peningkatan Kadar Gula dan Kolesterol	Fak. Keperawatan UKWMS	3
5	2015	Pendidikan Kesehatan dan Deteksi Dini Diabetes: Hubungan antara Pengetahuan Sensoris dan Kesadaran Diri dengan Tindakan Perawatan Diri dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus di RT 2 RW 7 Kelurahan Mojo Surabaya	Hibah PDM, UKWMS	1,5
6	2015	Pendidikan Kesehatan dan Deteksi Dini Diabetes: Pengetahuan Sensoris dan Kesadaran Diri untuk Meningkatkan Aktivitas Perawatan Diri Penderita Diabetes Mellitus di RW 7 Kelurahan Mojo Surabaya	Fak. Keperawatan UKWMS	3
7	2015	Optimalisasi Pengetahuan Lansia Terhadap Permasalahan yang Umum Terjadi pada Lansia di Rumah Sakit Gotong Royong Surabaya	Fak. Keperawatan UKWMS	3,33
8	2014	Pendidikan Kesehatan dan Deteksi Dini Diabetes: Menuju Keluarga Sejahtera dengan Manajemen Stres yang Efektif	Fak. Keperawatan UKWMS	3

9	2014	Promosi Kesehatan untuk Manusia Usia Lanjut: Merawat Jiwa dan Raga Diri untuk Sehat dan Sejahtera	Fak. Keperawatan UKWMS	2,12
10	2014	Pendidikan Kesehatan dan Deteksi Dini Diabetes Mellitus dan Hipertensi dalam Rangka Ekspo Kampus Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya	LPPM UKWMS	3,08
11	2014	Upaya Peningkatan Kesejahteraan Keluarga Melalui Pendidikan dan Pemeriksaan Kesehatan di Perumahan Grand Semanggi Residence Surabaya	Fak. Keperawatan UKWMS	3,02
12	2013	Peran Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga Sakit Diabetes Mellitus di Rumah di RT 4 RW VII Kelurahan Ngagel Rejo Surabaya	Hibah PDM, UKWMS	0,45
13	2013	Pendidikan Kesehatan dan Deteksi Dini Diabetes Mellitus: Peran Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga Sakit Diabetes Mellitus di Rumah di RT 2 RW 1 Kelurahan Gebang Putih Surabaya	Fak. Keperawatan UKWMS	2,5

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor/Tahun
1	Systemic Lupus Erythematosus: Hubungan antara Faktor Pencetus Gejala dan Perilaku Pencegahan Paparannya	Jurnal Ners	Vol. 11 No. 2 / Oktober 2016
2	Intervensi Keperawatan Terkini untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Tindakan Masyarakat dalam Pencegahan / Pengendalian Malaria	Jurnal Kesehatan Hesti Wira Sakti	Vol. 4 No. 1 / April 2016
3	Diabetes Mellitus: Hubungan Antara Pengetahuan Sensoris, Kesadaran Diri, Tindakan Perawatan Diri dan Kualitas Hidup	Jurnal Ners Lentera	Vol. 4 No. 1 / Maret 2016
4	<i>Effective of Self-management Program as Cancer Management: A Meta-analysis</i>	<i>Journal of Nursing and Health Sciences</i>	Vol. 9 <i>Special Issue</i> / 2015
5	Peran Keluarga dalam Merawat Klien Diabetik di Rumah	Jurnal Ners Lentera	Vol. 2 No. 1 / 2014
6	Program <i>Self-management</i> : Atasi Nyeri dan Tingkatkan Kualitas Hidup Penderita Kanker	Jurnal Ners Lentera	Vol. 2 No. 1 / 2014
7	Asma: Hubungan Faktor Risiko, Perilaku Pencegahan dan Tingkat Pengendalian Penyakit	Jurnal Ners Lentera	Vol. 1 No. 1 / 2013

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (*Oral Presentation*) dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	<i>The 8th INC: Education, Practice and Research Development in Nursing</i>	<i>The Effect of HIV-related Knowledge on The Willingness to Participate in Voluntary Counseling and Testing (VCT) Among Nursing Students</i>	8-9 April, 2017 Universitas Airlangga, Surabaya
2	<i>The 7th INC: Global Nursing Challenge in Free Trade Era</i>	<i>Systemic Lupus Erythematosus: Correlation between Sensory Knowledge, Self-efficacy, Preventive Action towards Trigger Factors, Self-care Practice and Quality of Life</i>	8-9 April 2016, Universitas Airlangga Surabaya
3	<i>The 6th INC: Emphasize the Art of Nursing on Research,</i>	<i>Diabetes Mellitus: Correlation Between Sensory-knowledge, Self-awareness, Self-care</i>	16-17 November 2015, Hotel JW Marriott

	<i>Education into Clinical and Community Practice</i>	<i>Practice and Quality of Life</i>	Surabaya
4	<i>The 1st INC: Transforming Contemporary Nursing</i>	<i>Effectiveness of Self-management Program as Cancer Management: A Meta-analysis</i>	1-3 December 2014, Phitsanulok Thailand
5	<i>The 5th INC: Improving Quality of Nursing Care Through Competencies in Facing Globalization Era</i>	<i>A Literature Review: Reducing Pain Intensity and Improving Quality of Life in Adult with Cancer Using Self-management Program</i>	1-2 November 2014, Hotel JW Marriott Surabaya
6	<i>The 1st INC: Empowering Nursing Care</i>	<i>Comparative Study of The Effectiveness of Snake Fruit (Salacca zalacca) Bark Decoction and Extract in Lowering fasting Blood Sugar Levels in Hyperglycemia Mice (Mus musculus)</i>	31 Mei 2014, Hotel Bumi Surabaya
7	<i>The 1st INC: Nursing Education & Practice, Challenge Toward ASEAN Economic Community 2015 and Indonesian National Health Insurance</i>	<i>Family Role in Caring for Palliative Patient with Late Stage of Cancer at Home</i>	16-18 Juni 2014, Hotel Haris Malang, Jawa Timur
8	<i>The 4th INC: Improving Quality of Nursing Care Through Nursing Research and Innovations</i>	<i>Family Role in Caring for Diabetes Family Member</i>	21-22 September 2013, Universitas Airlangga Surabaya

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir : Belum ada.

H. Perolehan HKI dalam 5–10 Tahun Terakhir: Belum ada.

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial Lainnya dalam 5 Tahun Terakhir: Belum ada.

J. Penghargaan dalam 10 tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi / institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1	<i>Faculty Exchange Program: Health and Cultural Immersion 2015</i>	<i>Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok</i>	2015
2	Peserta Bakti Sosial Pengobatan Gratis dalam Rangka HUT Fakultas Farmasi Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya (FF-UKWMS) Ke-50 dan HUT Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Ke-59	Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Jawa Timur	2014
3	Peserta Kegiatan Pemeriksaan Kesehatan dan Cek Gula Darah Gratis dan Pembagian Sembako Universitas Katolik Widya Mandala, Kampus Pakuwon City Jl. Kalisari Selatan No. 9, Pakuwon City, Surabaya	Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Jawa Timur	2014
4	Peserta Bakti Sosial Pengobatan Gratis dalam Rangka HUT Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Ke-58	Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Jawa Timur	2013
5	Peserta Terbaik Peringkat I: Pelatihan Metodologi Penelitian Kualitatif	Fakultas Kedokteran Hewan (FKH), Universitas Airlangga	2013
6	Peserta Kegiatan Pengobatan Sosial	SMA Katolik St. Louis 1 Surabaya	2012
7	Peserta Festival Seni Keagamaan Hindu Tingkat Nasional II	Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Hindu, Kementerian Agama Republik Indonesia	2012

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi. Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah Penelitian Dosen Muda.

Surabaya, 30 April 2018.

Hormat saya,

Ni Putu Wulan Purnama Sari, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
(Peneliti)