



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN POLA ADAPTASI AKIBAT BENCANA
TERHADAP PEMENUHAN KEBUTUHAN SEKSUAL
PADA KELUARGA DI HUNIAN SEMENTARA
PASCA BENCANA MERAPI
KABUPATEN MAGELANG**

TESIS

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas**

PRIYO

1006748791

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK, 2012**

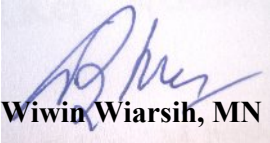
LEMBAR PERSETUJUAN

HUBUNGAN POLA ADAPTASI AKIBAT BENCANA TERHADAP PEMENUHAN KEBUTUHAN SEKSUAL PADA KELUARGA DI HUNIAN SEMENTARA PASCA BENCANA MERAPI KABUPATEN MAGELANG

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui untuk diajukan di hadapan Tim Penguji
Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2012

Pembimbing I



Wiwin Wiarsih, MN

Pembimbing II



Widyatuti, M.Kep., Sp. Kom.

LEMBAR PENGESAHAN

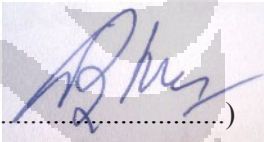
Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Priyo
NPM : 1006748791
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Pola Adaptasi Akibat Bencana terhadap
Pemenuhan Kebutuhan Seksual pada Keluarga di Hunian
Sementara Pasca Bencana Merapi Kabupaten Magelang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Komunitas pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

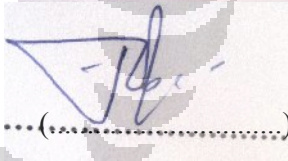
DEWAN PENGUJI

Pembimbing: Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN



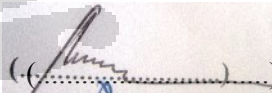
(.....)

Pembimbing: Widyatuti, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom



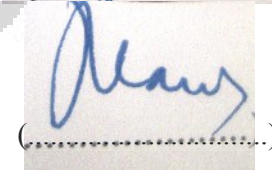
(.....)

Penguji : Henny Permatasari, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom



(.....)

Penguji : dr. Trisna Setiawan, M.Kes



(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Priyo

NPM : 1006748791

Tandatangan :

Tanggal : 12 Juli 2012

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMI**

Sebagai sivitas akademika Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Priyo
NPM : 1006748791
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-Exclusive-Royalty-Fee Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Hubungan Pola Adaptasi Akibat Bencana terhadap Pemenuhan Kebutuhan Seksual pada Keluarga di Hunian Sementara Pasca Bencana Merapi Kabupaten Magelang.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas *Royalty Non Eksklusive* ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih-media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada Tanggal: 12 Juli 2012
Yang menyatakan

(Priyo)

ABSTRAK

Nama : Priyo
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Hubungan pola adaptasi akibat bencana terhadap pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.

Pemenuhan kebutuhan seksual keluarga yang tinggal di hunian sementara akibat bencana umumnya mengalami perubahan. Tujuan penelitian adalah mendapatkan gambaran hubungan pola adaptasi akibat bencana terhadap pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang. Penelitian menggunakan disain *cross-sectional* pada 95 responden melalui *purposive sampling*. Hasil menunjukkan adanya hubungan bermakna antara pola adaptasi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi akibat bencana dengan pemenuhan kebutuhan seksual ($p\ value < 0,05$). Variabel yang paling berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan seksual adalah fungsi peran dan interdependensi. Pengembangan pola adaptasi adaptif keluarga dalam memenuhi kebutuhan seksual perlu dikembangkan oleh perawat.

Kata Kunci:
Pola adaptasi, kebutuhan seksual, keluarga, bencana Merapi, hunian sementara

ABSTRACT

Nama : Priyo
Program Studi : Master of Nursing, Community Health Nursing Specialization
Faculty of Nursing Universitas Indonesia
Judul : Correlation of disaster adaptation pattern to sexual needs of families in temporary housing after Merapi eruption in Kabupaten Magelang.

The sexual demand fulfillment of families who were living in temporary shelters in disaster area may change generally. The study aims to portrait correlation of family adaptation pattern to sexual demand in temporary housing after the Merapi eruption in Magelang. A cross-sectional design was applied to 95 respondents. It showed significant correlation between physiological adaptation pattern, self-concept, role function and interdependence due to disaster to the fulfillment of sexual demand (p value <0.05). The most influence variables were function of the role and interdependence. Development of adaptive family patterns of adaptation to meet sexual needs should be developed by nurses.

Key words:

Adaptation pattern, sexual demand, family, Merapi eruption, temporary shelters

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan tesis : “Hubungan Pola Adaptasi Akibat Bencana terhadap Pemenuhan Kebutuhan Seksual pada Keluarga di Hunian Sementara Pasca Bencana Merapi Kabupaten Magelang.” Tesis ini dibuat sebagai persyaratan melakukan penelitian di Program Pascasarjana Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penyelesaian penelitian ini tidak bisa lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menghaturkan terimakasih dan penghargaan yang tinggi kepada yang terhormat:

1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, MN selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Wiwin Wiarsih, MN selaku Pembimbing I yang telah membimbing, memotivasi dan memberikan arahan dalam penyusunan proposal tesis ini.
4. Widyatuti, M.Kep., Sp.Kom. selaku Pembimbing II yang telah memberikan saran, masukan, arahan dan motivasi selama penyusunan proposal.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang yang memberikan ijin dalam melakukan penelitian ini.
6. Kepala Puskesmas Salam Kabupaten Magelang yang telah memberikan ijin dalam pengambilan data.
7. Segenap dosen dan karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
8. Isteri dan anak kami tercinta serta keluarga besar kami yang telah membantu secara tenaga, pikiran, mental, dan spiritual untuk kelancaran penyusunan proposal tesis ini.

9. Teman-teman Angkatan Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas yang selalu kompak untuk kebersamaan demi keberhasilan studi.
10. Rekan rekan di FIKES Universitas Muhammadiyah Magelang yang selalu mendoakan, memberikan semangat dalam penyusunan tesis ini.

Semoga seluruh kebaikan, bimbingan dan dukungan yang diberikan mendapat balasan Allah SWT. Amin

Peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan tesis ini, maka kritik dan saran yang dapat melengkapi kesempurnaan tesis ini sangat dihargai.

Depok, Juli 2012

Peneliti

DAFTAR ISI

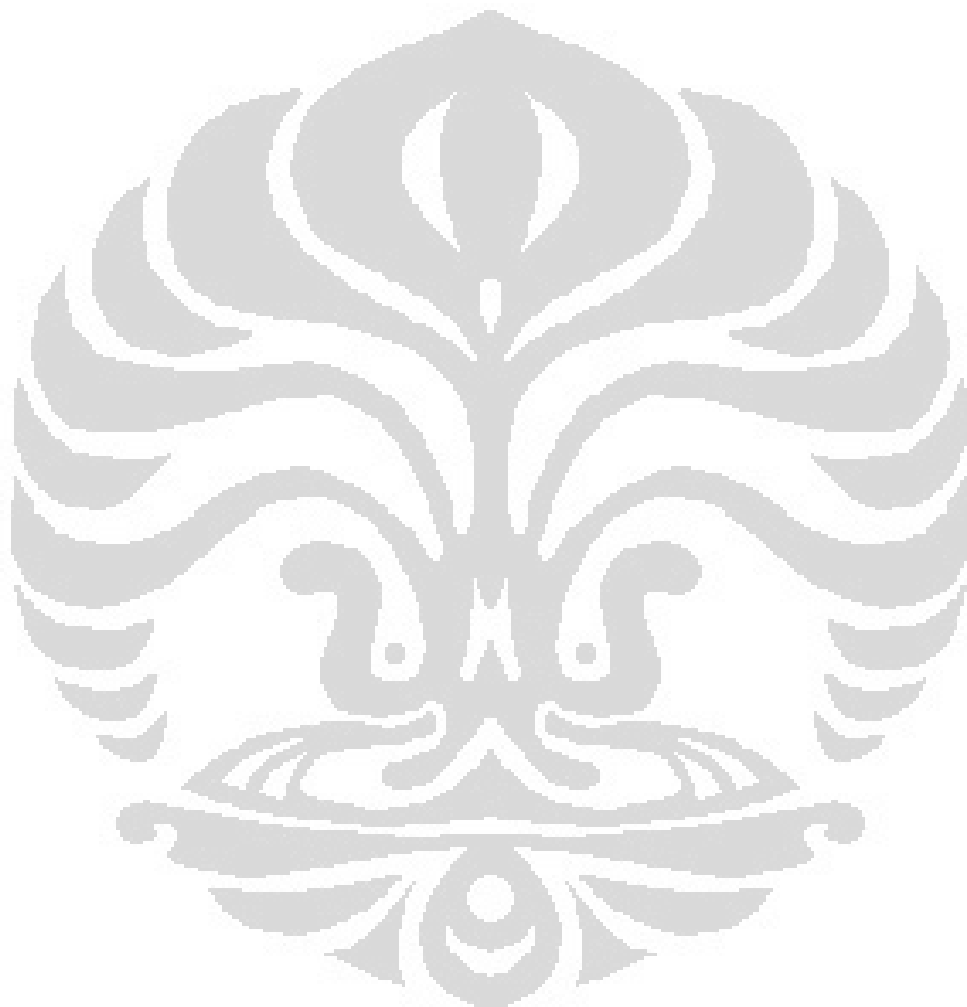
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK.....	vi
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA/BAGAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	16
1.3 Tujuan Penelitian.....	17
1.3.1 Tujuan Umum.....	17
1.3.2 Tujuan Khusus.....	17
1.4 Manfaat Penelitian.....	17
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Bencana dan Dampaknya.....	19
2.2 <i>Vulnerable</i>	27
2.3 Stres dan Pola Adaptasi Roy.....	32
2.4 Kebutuhan Seksual.....	45
2.5 Perilaku seksual.....	51
2.6 Intervensi Keperawatan Komunitas.....	53
2.7 Kerangka Teori.....	56
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep.....	57
3.2 Hipotesis Penelitian.....	59
3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	60
4. METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	64
4.2 Populasi dan Sampel.....	64
4.3 Tempat Penelitian.....	66

4.4 Waktu Penelitian.....	66
4.5 Etika Penelitian	67
4.6 Alat Pengumpul Data.....	70
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	72
4.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	75
5. HASIL PENELITIAN	
5.1 Karakteristik Responden.....	80
5.2 Pola Adaptasi Akibat Bencana Merapi.....	81
5.3 Kebutuhan Seksual.....	81
5.4 Hubungan Pola Adaptasi Akibat Bencana dengan Pemenuhan Kebutuhan Selsual.....	82
5.5 Variabel Berpengaruh dalam Pemenuhan Kebutuhan seksual.....	85
6. PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan Diskusi.....	87
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	104
6.3 Implikasi Hasil Penelitian.....	104
7. SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan.....	107
7.2 Saran	107
DAFTAR REFERENSI	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

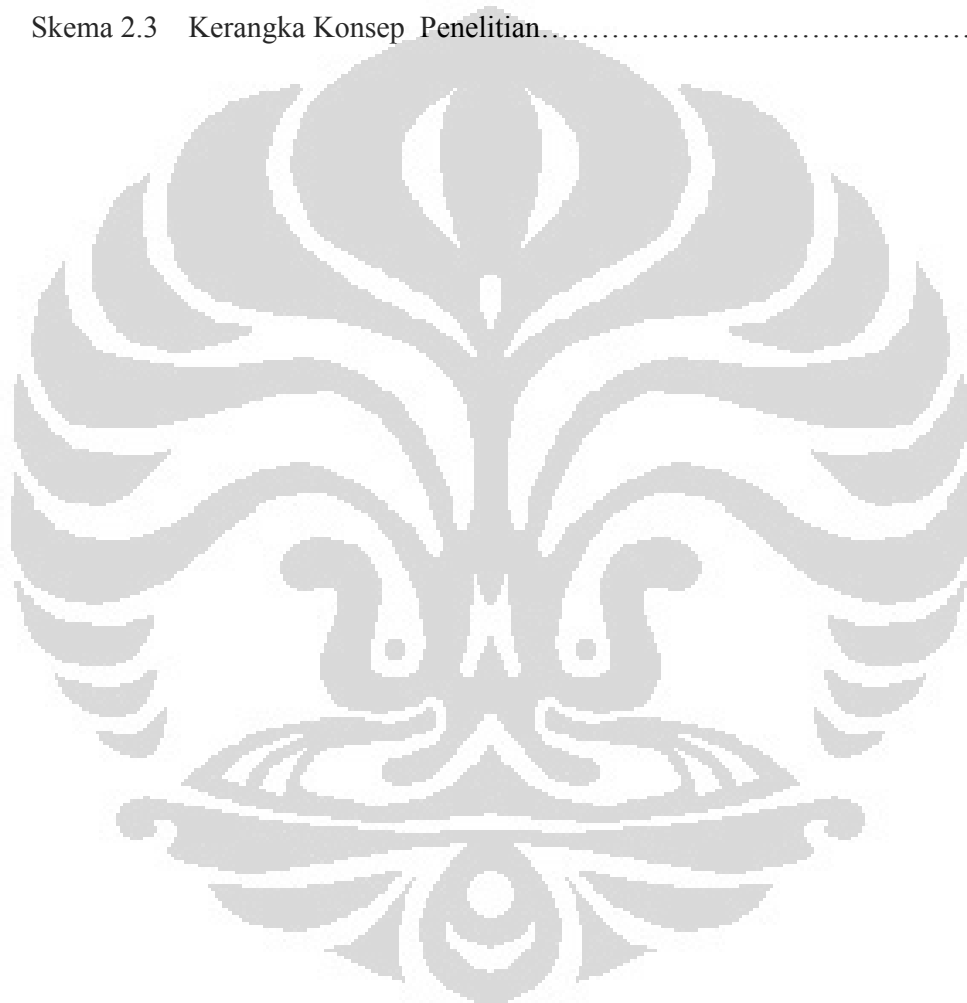
	Hal
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	61
Tabel 4.1 Daftar pertanyaan pada kuesioner.....	71
Tabel 4.2 Interpretasi Koefisien Korelasi.....	72
Tabel 4.3 Hasil uji validitas dan reliabilitas.....	75
Tabel 4.4 Analisis bivariat uji statistik antara dua variabel.....	78
Tabel 4.5 Analisis multivariat uji statistik.....	80
Tabel 5.1 Distribusi responden menurut umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.....	78
Tabel 5.2 Distribusi pola adaptasi akibat bencana pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang....	82
Tabel 5.3 Distribusi responden menurut kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.....	82
Tabel 5.4 Analisis pola adaptasi akibat bencana Merapi dan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang	83
Tabel 5.5 Analisis pola adaptasi fisiologis akibat bencana dan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.....	83
Tabel 5.6 Analisis pola adaptasi konsep diri akibat bencana dan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.....	84
Tabel 5.7 Analisis pola adaptasi fungsi peran akibat bencana dan Kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.....	85
Tabel 5.8 Analisis pola adaptasi interdependensi akibat bencana dan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.....	85

Tabel 5.9 Pemodelan akhir yang berkontribusi pemenuhan kebutuhan Seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.....86



DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Sistem adaptasi C. Roy.....	39
Skema 2.2 Rentang Respon Seksual.....	52
Skema 2.3 Kerangka Teori.....	55
Skema 2.3 Kerangka Konsep Penelitian.....	59



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 3 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 5 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 6 Permohonan Ijin Penelitian FIK UI
- Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan latar belakang, perumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian. Latar belakang berisi alasan pentingnya dilakukan penelitian didukung data eviden isu-isu penelitian dan data lainnya yang relevan. Perumusan masalah merupakan pernyataan mendasar menjawab tujuan penelitian. Tujuan penelitian memfokuskan pada harapan yang ingin dicapai dari penelitian, dan manfaat penelitian berguna untuk pelayanan keperawatan komunitas, keluarga yang tinggal di hunian sementara, dan pengembangan ilmu pengetahuan.

1.1. Latar Belakang

Bencana alam sering terjadi setiap saat di belahan dunia dikarenakan faktor alam yang berbeda. Persentase bencana di beberapa benua di dunia pada tahun 2000-2009 adalah: Asia 40%, Afrika 25%, Amerika 19%, Eropa 14%, dan Oceania 2% (*International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*, 2010 dalam Ahmed, 2011). Angka kejadian bencana di Indonesia pada tahun 2010 terjadi sekitar 644 kali : 81,5% atau 517 kejadian adalah hidrometeorologi, geologi seperti gempa bumi terjadi 13 kali (2%), tsunami 1 kali (0,2%) dan gunung meletus 3 kali atau 0,5% (Nugroho, 2010).

Bencana alam sering terjadi di Indonesia disebabkan perbedaan secara geografis, hidrologis, demografis dan geologis yang merupakan ancaman tersendiri (Undang Undang Republik Indonesia, 2007). Indonesia secara geografis terletak di antara dua benua yakni Australia dan Asia serta diapit oleh dua samudera Hindia dan Pasifik. Indonesia juga berada pada pertemuan antara dua lempeng benua yang sifatnya dinamis. Lempeng benua tersebut sewaktu-waktu dapat bergeser akibat gerakan tektonik. Pergeseran lempeng merupakan tenaga endogen yang berpotensi menimbulkan berbagai peristiwa alam seperti gempa ataupun gunung meletus dan tsunami (BNPB, 2010).

Indonesia dikelilingi oleh laut yang sangat luas dan sungai-sungai menjadi ancaman tersendiri untuk terjadinya bencana hidrologis yaitu bahaya banjir. Indonesia, secara demografis juga mempunyai jumlah penduduk sangat besar dan padat. Pertumbuhan penduduk Indonesia yang tinggi dan tidak diimbangi dengan kebijakan pembangunan ekonomi, sosial dan infrastruktur yang merata dan memadai mengakibatkan terjadinya kesenjangan pada beberapa aspek dan terkadang muncul kecemburuan sosial yang memicu konflik sosial (Badan Nasional Penanggulangan Bencana, 2012).

Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia yang secara geologis terletak pada deretan *ring of fire*, sehingga di Indonesia terdapat banyak gunung api yang membentuk sabuk memanjang dari Pulau Sumatera, Jawa, Bali, Nusa Tenggara pada satu rangkaian dan berlanjut ke arah Utara sampai Laut Banda dan bagian Utara Pulau Sulawesi. Rangkaian ini sangat panjang mencapai kurang lebih 7.000 kilometer. Beberapa gunung api dalam rangkaian itu mempunyai karakter beragam yang tentu saja mempunyai potensi munculnya dampak bencana berbeda (BNPB, 2010).

Pusat Penanggulangan Krisis Depkes RI (2008), menyatakan bahwa secara geologis terdapat sekitar 129 gunung api aktif dan sebagian besar (61%) merupakan tipe A yaitu gunung api yang pernah mengalami erupsi magmatik sekurang-kurangnya satu kali sesudah tahun 1600. Pada tahun 2006 sampai dengan tahun 2008 beberapa di antara gunung berapi ini menunjukkan peningkatan aktivitasnya dari Status Waspada sampai Siaga bahkan berada dalam kondisi Status Awas.

Bencana alam mengakibatkan tingginya angka kematian. Angka kematian yang terjadi diberbagai negara pada tahun 2010 secara berurutan terbanyak: gempa di Haiti 222.570 orang; gelombang panas di Rusia 55.736 orang; gempa di Cina 2.968 orang; banjir di Pakistan 1985 orang; tanah longsor di Cina 1.765 orang; gempa di Chili 562 orang; gelombang dingin di Peru 409 orang; dan tanah longsor di Uganda 388 orang (*Centre for Research on the Epidemiology of*

Disasters-Emergency Events Database, 2011 dalam Ahmed, 2011). Bencana alam pada tahun 2011, gempa dan tsunami di Jepang sebanyak 15.000 orang meninggal (www.voanews.com). Bencana alam menimbulkan kematian juga terjadi di beberapa Negara yaitu: kekeringan di Afrika Timur sebanyak 30.000 anak; banjir di Thailand 800 orang; Topan di Filipina mengakibatkan 1.200 orang; dan badai di Amerika Serikat 321 orang (www.globalpost.com).

Bencana alam di Indonesia juga mengakibatkan tingginya angka kematian di beberapa daerah antara lain: gempa dan tsunami Aceh pada tahun 2004, 170.000 meninggal; gempa di Nias Sumatera 1000 orang meninggal; tahun 2006 gempa di Yogyakarta 5.782 orang meninggal; gempa di Bengkulu-Sumatera mengakibatkan sekitar 70 orang meninggal (Badan Nasional Penanggulangan Bencana, 2004). Kejadian bencana di Indonesia tahun 2010 meliputi: banjir bandang Wasior dengan korban 291 orang meninggal; tanah longsor di Ciwidey Jawa Barat mengakibatkan 44 orang meninggal (Nugroho, 2010).

Badan Nasional Penanggulangan Bencana (2010), menginformasikan bencana Merapi di Magelang yang mengguncang daerah sekitarnya kemudian berlanjut dengan munculnya banjir lahar dingin mengakibatkan korban dan pengungsi yaitu: di Kabupaten Magelang meninggal 7 orang, mengungsi 64500 orang; Kabupaten Sleman meninggal 104 orang, mengungsi 56.414 orang; Kabupaten Klaten meninggal 2 orang, mengungsi 44.776 orang; dan Kabupaten Boyolali 3 meninggal, 36.893 orang mengungsi. Menurut data bidang pelayanan kesehatan Dinkes Kabupaten Magelang (2010), terdapat sebanyak 42.671 jiwa tinggal di pengungsian Kabupaten Magelang (Wijayanti, Suryaningsih & Tiniko, 2010).

Bencana alam menimbulkan berbagai kerusakan infrastruktur yang membutuhkan biaya yang sangat besar. Kerusakan akibat bencana sudah dihitung dengan menggunakan metode *Damage and Lossess Assessment* oleh BNPB dan Bappenas, menunjukkan kerugian yang cukup besar. Kerugian dan kerusakan bencana banjir bandang Wasior mencapai Rp 208,6 miliar, Mentawai Rp 315 miliar dan Merapi lebih dari Rp 4,1 trilyun. Total kerugian dan kerusakan akibat

bencana dari 644 kejadian di Indonesia diperkirakan lebih dari Rp 15 triliun rupiah (Nugroho, 2010).

Bencana merupakan situasi *vulnerable* karena secara psikologis dapat mengakibatkan rasa takut, penolakan jangka panjang dan jangka pendek, kehilangan akibat kerusakan, kematian, dan kehilangan harta, penyesuaian sosial, ekonomi, dan politik bagi masyarakat (Lewis, Kelman & Lewis, 2004). Bencana alam berdampak pada individu atau kelompok dan situasi yang lebih beresiko, dan susah akses sumber daya yang mempengaruhi menurunnya kemampuan mengantisipasi, mengatasi, melawan dan pulih dari dampak bahaya alam (Wisner, et al., 2004). *Vulnerable* merupakan keadaan seseorang dalam situasi bahaya, resiko, terancam, rentan terhadap masalah, tak berdaya, dan membutuhkan perlindungan dan atau dukungan (Rogers, 1997; Sloboda, 1999; Spiers, 2000; Mawby, 2004; Grundy, 2006; Simpson, 2006 dalam Larkin, 2009).

Bencana alam yang terjadi membutuhkan strategi penanganan untuk mencegah terjadinya kerentanan pada masyarakat. Perangkat aturan, kebijakan dan strategi bahkan pemberdayaan masyarakat serta teknologi yang canggih di beberapa negara seperti Indonesia belum dapat menghentikan dampak bencana alam seperti terjadinya kerusakan lingkungan fisik, psikososial budaya, spiritual dan kehidupan organisme. Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan Sekretariat Jendral Departemen Kesehatan (2001), menyatakan bahwa bencana yang disertai dengan pengungsian sering menimbulkan masalah kesehatan masyarakat yang besar. Bencana selalu menimbulkan terjadinya situasi kedaruratan di semua aspek kehidupan. Kedaruratan diakibatkan terjadinya kelumpuhan pemerintahan, rusaknya fasilitas umum, terganggunya sistem komunikasi dan transportasi, lumpuhnya pelayanan umum. Bencana alam akan mengakibatkan terganggunya tatanan kehidupan masyarakat, hilangnya harta benda, dan meningkatnya angka kesakitan.

Daerah di Indonesia yang rawan bencana gempa dan banjir lahar karena letusan gunung api salah satunya adalah kawasan daerah gunung Merapi. Gunung Merapi

terletak di bagian tengah pulau Jawa. Lereng sisi Selatan berada dalam administrasi Kabupaten Sleman, Yogyakarta dan sisanya berada di wilayah propinsi Jawa Tengah, yaitu Kabupaten Magelang di sisi Barat, Kabupaten Boyolali di sisi Utara dan Timur serta Kabupaten Klaten di sisi Tenggara. Gunung Merapi ini merupakan salah satu gunung api yang sangat aktif dan bahkan dikategorikan sebagai gunung yang teraktif di dunia karena periodesitas dan intensitas letusannya cenderung pendek yaitu 3-7 tahun. Gunung Merapi yang aktif sejak tanggal 26 Oktober sampai dengan bulan November 2010 menunjukkan guguran kubah lava (*whedus gembel*, Jawa) hampir setiap hari. Daerah di sekitar kawasan gunung Merapi bisa dipastikan akan mengalami sejumlah ancaman bencana yang harus selalu diwaspadai (Zamroni, 2011).

Bencana menimbulkan berbagai masalah kesehatan baik fisik, psikologis, sosial, ekonomi maupun spiritual. Penyakit-penyakit yang muncul akibat meletusnya gunung Merapi adalah perlukaan dari ringan sampai berat, ISPA, penyakit paru dan diare. BNPB (2010), melaporkan terjadi luka non bakar 50 orang di pengungsian Kabupaten Magelang. Hasil penelitian Wijayanti, Suryaningsih, dan Tiniko (2010), 10 besar penyakit yang muncul sampai 1 Nopember 2010 meliputi ISPA: 313 orang, pusing-pusing 149 orang, vertigo 113 orang, kulit gatal gatal 58 orang, gastritis 56 orang, myalgia 54 orang, Konjungtivitis 52 orang, diare 51 orang, batuk 50 orang, dan pegal-pegal 33 orang.

Masalah Kesehatan fisik yang dialami masyarakat akibat bencana Merapi secara umum sama seperti yang dialami para pengungsi korban gempa tsunami di Aceh maupun Negara Amerika. Satria (2009), melaporkan bahwa korban gempa tsunami Aceh mengalami sakit influenza, batuk-batuk, malaria dan maag. Hasil survei Freedy dan Simpson (2007) di Amerika, mengidentifikasi masalah fisik akibat bencana dibagi dalam empat kategori yaitu: (1) cedera akut, (2) masalah akut, (3) masalah kronis; dan (4) gejala fisik secara medis yang tidak dapat dijelaskan.

Bencana menimbulkan dampak psikologis meliputi efek jangka pendek seperti kejutan, kecemasan, gangguan tidur dan rasa bersalah. Beberapa studi menemukan bahwa sebagian besar perempuan dilaporkan menderita gangguan emosi lebih tinggi dibandingkan laki-laki (WHO, 2002). Masalah Kesehatan mental di Amerika pasca bencana adalah terjadinya disfungsi atau distorsi kognitif, disfungsi perilaku, emosional labil, gejala fisik kronis nonorganik, penyalahgunaan atau ketergantungan alkohol, depresi, perilaku kekerasan, pasca trauma stress disorder atau gangguan kecemasan lain, dan skizofrenia (Freedy & Simpson, 2007). Hasil penelitian Noorthoorn, et al., (2010), menggambarkan akumulasi rujukan kejadian masalah kesehatan mental akibat bencana pada populasi selama empat tahun adalah sekitar 10%. PTSD adalah yang paling umum terjadi (53%). Masalah kesehatan mental yang lain adalah depresi (58%). Tingkat pemulihan sekitar 50% atas dasar penilaian klinis, antara 69% dan 76% berdasarkan nilai "sehat" pada gejala, dan antara 39% dan 60% pada fungsi sosial dan fisik.

Penelitian Taufik (2005), menemukan dampak psikologis korban gempa bumi dan gelombang tsunami di Nanggroe Aceh Daarussalaam (NAD) meliputi perasaan takut dan cemas karena kekhawatiran akan berulangnya kejadian tsunami, kekhawatiran akan keamanan dan masa depan, dan duka cita yang mendalam. Mudzakir (2009), mengidentifikasi masalah yang dialami masyarakat korban bencana lumpur Lapindo di desa Pajarakan adalah depresi, harga diri rendah, penurunan daya pikir dan gangguan fungsi indera penciuman akibat bau lumpur (Mundakir, 2009).

Bencana Merapi menimbulkan dampak psikologis yang tidak kalah beratnya dibandingkan Aceh, Situbondo maupun negara lain seperti Amerika. Hasil observasi dan pendampingan Nugroho (2010), disimpulkan bahwa sebagian besar pengungsi bencana gunung Merapi mengalami tekanan psikologis 60% dari 50 orang sampel memerlukan terapi psikologi. Stres akibat kehilangan orang yang dicintai, hancurnya rumah dan sawah yang menjadi mata pencaharian serta kehilangan seluruh harta benda berkelanjutan, dapat mengakibatkan gangguan

trauma (Wicaksono, 2010). Hasil penelitian Bryant (2008), membuktikan bahwa respon emosional adaptif stres akibat bencana 46,5% terjadi pada laki-laki, dan 36,25% perempuan. Mayoritas gejala stress yang muncul 59,5% pada saat terjadi bencana, 9,5% sebelum bencana, dan 31% setelah bencana. Gejala yang sering muncul pada saat stress adalah kelelahan (95%), empati (83%), dan frustrasi (80%). Perbedaan gender dalam menghadapi stressor bencana: merasa kewalahan laki-laki 13%, perempuan 79%; sulit berkonsentrasi laki-laki 15%, perempuan 50%; dan masalah memori laki-laki 4%, perempuan 36%.

Dampak sosial akibat bencana tsunami Desember 2004, beberapa laki-laki menganggap menerima bantuan keuangan sebagai stigma negatif dan merasa tertantang dalam peran mereka sebagai pencari nafkah. Perempuan dibebani dengan tanggung jawab yang lebih besar dari sebelumnya karena kehilangan suami (WHO, 2002). Akibat sosial yang terjadi akibat bencana lumpur Lapindo adalah perubahan fungsi keluarga terdiri dari: fungsi sosial terganggu karena banyak anggota masyarakat yang pindah sehingga posisi mereka terpisah-pisah, terjadinya disharmoni keluarga, fungsi ekonomi terganggu karena ketidakmampuan orang tua memenuhi kebutuhan pendidikan anak akibat hilangnya mata pencaharian orang tua, serta belum mampu memenuhi kebutuhan tempat tinggal baru. Hubungan sosial masyarakat juga mengalami perubahan dalam bentuk melemahnya solidaritas dan kepedulian masyarakat (Mundakir, 2009).

Dampak sosial juga dirasakan korban bencana Merapi. Pengungsi yang tinggal di hunian baru harus menyesuaikan diri dengan lingkungan hunian baru yang berbeda dari sebelumnya. Masalah sosial lain yang dihadapi pengungsi adalah: penyesuaian dengan tetangga yang baru, berkurangnya sumber pangan karena lahan pertanian yang rusak, masalah akses dan fasilitas kesehatan, dan pengaruh lingkungan terhadap kesehatan masyarakat. Erupsi Merapi mengakibatkan hampir semua lahan pertanian rusak sehingga menyebabkan petani atau buruh petani kehilangan pekerjaannya (Wijayanti, Suryaningsih & Tiniko, 2010).

Dampak spiritual terhadap bencana dimaknai secara berbeda oleh masyarakat. Hasil penelitian Taufik (2005), menggambarkan akibat bencana tsunami Aceh terhadap spiritual yaitu beberapa korban yang mengungsi di sekitar masjid terlihat enggan untuk melaksanakan ibadah, padahal sarana (perlengkapan) ibadah sudah diberikan. Masyarakat beranggapan bahwa bencana terjadi karena fenomena alam biasa, sehingga tidak perlu memuji atau menyalahkan-Nya dan tidak perlu mendekatkan atau menjauhkan diri dari-Nya. Bencana Merapi menimbulkan kesedihan yang mendalam dan mempengaruhi nilai-nilai spiritual pengungsi yang tinggal di huntara Kabupaten Magelang. Hasil penelitian Zamroni (2011), bahwa komunitas sekitar Merapi secara spiritual terdiri dari masyarakat santri, kejawen dan non santri yang mempunyai epistemologi beragam dalam memaknai terjadinya bencana alam. Kejawen memandang bencana sebagai cermin ketidakharmonisan antara manusia dengan alam. Kaum santri memaknai bencana sebagai sesuatu ujian, cobaan atau adzab, yang datang dari Allah, namun manusia mempunyai kontribusi terhadap terjadinya bencana. Basis kepercayaan masyarakat lokal Merapi turut memaknai kepercayaan tentang erupsi Merapi. Warga sekitar Merapi merasa bisa berkomunikasi secara batiniyah dengan Merapi dan mempercayai bahwa Merapi bukanlah benda mati, tetapi ia hidup dan sangat aktif.

Pasca letusan Merapi pada tahun 2010, terjadi hal di luar kebiasaan. Energi dan material dari dalam dapur *magma* yang terdapat di lereng gunung Merapi masih menjadi ancaman banjir lahar dingin. Banjir lahar dingin ini masih berkelanjutan sampai saat ini. Kondisi ini memaksa pengungsi untuk tetap tinggal di hunian sementara, karena rumah yang dimiliki sudah porak poranda dan berpotensi untuk mengalami bencana yang sama. Hasil survey di Desa Jumoyo Kecamatan Salam Kabupaten Magelang (2011), didapatkan sebanyak 117 KK (357 orang) tinggal di hunian sementara atau huntara Jumoyo. Jumlah pengungsi sebagian besar adalah usia produktif yaitu usia 20-59 tahun 230 orang (64,5%) ; 11-19 tahun 40 orang (11,2%); 0-5 tahun 30 orang (8,4%); ≥ 60 tahun 29 orang (8,1%); dan 6-10 tahun 28 orang (7,8%). Keluarga yang mengungsi diberi satu rumah ukuran 5 x 5 M², terdiri dari 1 sampai dengan 2 kamar, ukuran tiap kamar 1.5-2 M², dinding

terbuat dari anyaman bambu, dan atap rumah terbuat dari seng. Posisi rumah berderet memanjang dan tidak terpisah antara rumah satu dengan lainnya. Luas kamar yang sempit menyebabkan posisi tempat tidur menyatu dengan dinding kamar. Pembagian rumah didasarkan atas kepala keluarga (KK) tanpa mempertimbangkan jumlah anggota keluarganya. Pengungsi yang tinggal di hunian sementara atau huntara memenuhi kebutuhannya dengan bekerja di penambangan pasir meskipun sebelum terjadi bencana mereka bekerja sebagai petani.

Pengungsi Merapi di daerah hunian sementara atau huntara harus beradaptasi dengan kondisi tempat hunian sementara yang kurang sehat. Penampungan atau hunian sementara menurut Peraturan Kepala BNPB No. 7 tahun 2008, adalah tempat tinggal sementara selama korban bencana mengungsi baik berupa penampungan massal, maupun keluarga, atau individual. Hunian sementara menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2001), harus memenuhi syarat: berukuran 3 (tiga) meter persegi per orang, memiliki persyaratan keamanan dan kesehatan, serta menjamin privasi antar jenis kelamin berbagai kelompok usia. Namun dalam penyediaan rumah hunian sementara sering tidak memenuhi syarat minimal tersebut. Seperti halnya hunian sementara Jumoyo Kabupaten Magelang dengan ukuran kamar yang sempit, dinding dari anyaman bambu, atap dari seng akan dapat menyebabkan gangguan keamanan, kesehatan dan privasi bagi penghuninya. Kondisi ini menyebabkan penghuni hunian sementara merasa terganggu tidak hanya dari aspek fisik tetapi juga aspek psikologis. Pengungsi menjadi tidak betah tinggal di rumah, merasa tidak nyaman dan terganggu kesehatannya, padahal menurut tokoh masyarakat setempat, tujuan huntara adalah untuk menampung masyarakat selama 2 tahun. Akibat lain, hunian sementara yang tidak memenuhi standar kesehatan menurut Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan Sekretariat Jendral Departemen Kesehatan (2001), secara langsung maupun tidak langsung akan menurunkan daya tahan tubuh dan menimbulkan masalah kesehatan.

Bencana Merapi menimbulkan berbagai masalah kesehatan yang sangat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual dan memerlukan perhatian serius. Faktor psikologis yang berkontribusi terjadinya perubahan pemenuhan kebutuhan seksual tersebut dapat meliputi: stres emosional terutama karena berkaitan dengan hubungan dalam keluarga dalam memenuhi kehidupan sehari-hari, kurangnya harga diri, kurangnya privasi yang memadai dan kecemasan. Semua faktor ini dapat berkontribusi pada kurangnya libido atau kesulitan mengalami orgasme. Penelitian Maserejian, et al., (2010), ditemukan bahwa stres dapat berdampak pada emosi, dan akhirnya sulit untuk berhubungan seks. Penurunan gairah seksual dikaitkan dengan faktor citra diri yang buruk dan stres. Sandfort, Bakeer, Schellevis dan Vanwesenbeeck (2001), menemukan bahwa orientasi seksual dikaitkan dengan kesehatan mental.

Kebutuhan seksual akan semakin lebih sulit terpenuhi secara wajar pada pengungsi di huntara karena menghadapi kondisi yang serba terbatas baik kesehatan fisik maupun psikologis. Bencana merapi menimbulkan berbagai masalah kesehatan fisik pada pengungsi di huntara yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual. Faktor kesehatan fisik yang dapat mempengaruhi respon seksual antara lain: kelelahan, efek obat, penggunaan alkohol, diabetes melitus, atau cedera pada sumsum tulang belakang (*Regional Health Education*, 1998). Sandfort, et al., (2001), menemukan bahwa orientasi seksual dikaitkan dengan kesehatan fisik. Penelitian Liu, et al., (2010), menyimpulkan bahwa terjadinya peningkatan jumlah penyakit penyerta kebanyakan pria Taiwan menjadi prediktor menurunnya aktivitas seksual. Bencana menimbulkan berbagai penyakit kronis seperti DM yang mempengaruhi fungsi seksual. Penelitian Aurojo, et al., (2010), menemukan bahwa penyakit kronis merupakan faktor yang berkontribusi pada terjadinya disfungsi seksual pada laki-laki dan perempuan. Akibat bencana individu harus menyesuaikan diri secara fisik maupun psikis dan dapat mengalami kelelahan yang mempengaruhi seksual. Penelitian Maserejian, et al., (2010), menemukan bahwa penurunan gairah seksual dikaitkan dengan kelelahan.

Pemenuhan kebutuhan seksual pada hakekatnya bersifat holistik yang dipengaruhi oleh beragam faktor antara lain: pertimbangan perkembangan, kebiasaan hidup sehat dan kondisi kesehatan, peran dan hubungan, kognitif dan persepsi, budaya, nilai, dan keyakinan, konsep diri, koping dan toleransi terhadap stres, serta pengalaman sebelumnya (Craven & Henle, 1996; Taylor, Lilis & Le Mone, 1997; dalam Hamid, 2008). Faktor-faktor ini akan menjadi stimulus dalam pemenuhan kebutuhan seksual khususnya pasangan suami isteri dengan berbagai pengalaman seksual.

Gairah seksual dikaitkan dengan tingginya tingkat kortisol selama stres untuk laki-laki. Sebaliknya, jatuh cinta dan menjadi lebih dicintai oleh pasangan terkait dengan rendahnya tingkat kortisol pada saat stres terjadi baik pada laki-laki maupun perempuan. Tingginya tingkat kortisol yang telah ditemukan membantu untuk mempertahankan lebih tingginya tingkat ketertarikan fisik pada manusia. Jumlah kortisol yang muncul dalam air liur perempuan berkorelasi tinggi dengan tingkat daya tarik untuk bau badan laki-laki. Gairah seksual pada laki-laki maupun perempuan meningkat setelah menerima dosis oral kortisol (Abercrombie, Kalin, & Davidson, 2005, Rantalaa, Eriksson, Vainikka, & Kortet, 2006 dalam Vernon, 2008). Kondisi yang sama terjadi akibat bencana Merapi. Pada keluarga yang mengalami pola adaptasi dengan respon inefektif akan mengalami stres. Sebagai respon terhadap stres beberapa hormon dan *neurotransmitter* dikeluarkan oleh tubuh. Stres emosi menyebabkan peningkatan pelepasan *corticotropin-releasing hormone* (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan *adrenocorticotropin hormone* dan kortisol. Peningkatan kortisol merangsang dilepaskannya endorfin yang dapat memperbaiki suasana hati dan meningkatkan perasaan sejahtera (Corwin, 2001).

Bencana Merapi memberikan paparan kimia dan berpengaruh trauma yang mempengaruhi kesehatan reproduksi seseorang. Menurut WHO (1991), faktor lingkungan efek dari bencana dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi karena menyebabkan menurunnya kuantitas dan kualitas sperma.

Bencana Merapi akan berdampak pada ketegangan secara psikis dan berpengaruh terhadap perubahan perilaku yang menyimpang atau maladaptif seperti penyaluran seksual melalui onani atau masturbasi, dan bahkan bisa penyaluran seksual terhadap orang lain diluar pasangannya yang dilakukan di lokasi luar huntera seperti dengan pasangan sek komersial. Hasil penelitian Lestari (2009) di Rumah Tahanan Negara Kelas I Jakarta Pusat, menemukan pemenuhan kebutuhan seksual narapidana dengan cara menggunakan PSK. Hasil penelitian Pamudji (2005), di Lembaga Pemasyarakatan Bekasi, para narapidana memenuhi kebutuhan biologis (seksual) secara wajar (normal) tidak dapat terpenuhi, akibatnya terjadi penyimpangan seksual seperti homoseksual, hubungan badan antara narapidana kawan dekat, dan wanita lain pada saat berkunjung ke Lapas.

Penelitian Sofyan (2005), menunjukan bahwa pemenuhan kebutuhan seksual bagi narapidana di dalam Lembaga Pemasyarakatan Sukabumi dilakukan dengan cara: masturbasi atau onani, sodomi ataupun heteroseksual sesama narapidana, baik dilakukan dengan paksaan serta kekerasan ataupun perkosaan tetapi tidak jarang pula dilakukan dengan sukarela dan kedua belah pihak sama-sama menikmati. Penelitian Susanti (2009), menemukan pola adaptasi narapidana laki-laki dalam pemenuhan kebutuhan seksual di Lembaga Pemasyarakatan Kelas I Cipinang terhambat selama menjalani masa pidana, sehingga untuk memenuhinya, mereka melakukan pola-pola adaptasi. Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk memahami bahwa keluarga yang berada di daerah pengungsian atau menempati hunian sementara yang sempit dengan stressor banyak bisa mengalami hal yang sama seperti dialami para narapidana yang tinggal di lembaga pemasyarakatan.

Kebutuhan seksual merupakan kebutuhan dasar yang penting untuk dipenuhi mencakup fisiologis yaitu kebutuhan seks dan psikologis yaitu kebutuhan mencintai dan dicintai. Maslow dalam Goble (2010), menyatakan agar kebutuhan ini terpenuhi dibutuhkan suatu dorongan atau motivasi seksual. Dorongan ini harus dilakukan secara bergantian antara laki-laki dan perempuan. Laki-laki akan merasa bergairah, kuat dan semangat apabila merasa perempuan

membutuhkannya, dan sebaliknya perempuan akan merasa bergairah, kuat, bersemangat dan tertarik pada laki-laki, ketika laki-laki menghormati dan menghargai dirinya (An-nu'aيمي, 2011). Jika suami dan istri bisa saling mengerti dan memahami hal ini, maka perpaduan kebutuhan seksual laki-laki dan perempuan akan dapat terpenuhi.

Sigmund Freud (1856-1939, dalam Setyawan, 2008), mendefinisikan kebutuhan seksual sebagai kebutuhan pelampiasan dorongan seksual bagi individu yang sudah matang fungsi biologisnya. Pemenuhan kebutuhan seksual ini membutuhkan respon seksual yang adaptif sehingga keluarga dapat menjalani rumah tangga secara bahagia dan sejahtera. Respon seksual adaptif menurut Stuart (2008), terlihat dari perilaku yang memenuhi kriteria sebagai berikut: terjadi antara dua orang dewasa, saling memuaskan individu yang terlibat, secara fisik atau psikologis tidak membahayakan kedua pihak, tidak terdapat paksaan atau kekerasan dan dilakukan di tempat tersendiri.

Respon seksual adaptif dapat dicapai melalui pemahaman seksualitas dalam perspektif holistik yang meliputi dimensi sosiokultural, etika, dan psikologis (Potter & Perry, 2005). Dimensi sosiokultural, memandang peran masyarakat sangat kuat dalam membentuk nilai dan sikap seksual, juga dalam membentuk atau menghambat ekspresi seksual anggotanya. Seksualitas sering berkaitan dengan standar pelaksanaan agama dan etik. Ide tentang pelaksanaan seksual etik dan emosi yang berhubungan dengan seksualitas merupakan dasar untuk pembuatan keputusan seksual. Apabila keputusan seksualitas ini melewati batas etik, misalnya aktifitas seksual dilakukan di tempat terbuka, maka akan dapat mengakibatkan konflik sosial. Pada dimensi psikologis, sering diyakini bahwa aspek psikologis akan berpengaruh terhadap seksualitas.

Kepuasan seksual adalah hasil dari terpenuhinya kebutuhan seksual melalui aktivitas seksual. Menurut Pangkahila (2011), kepuasan seksual pada pasangan suami isteri menjadi ukuran kebahagiaan, tetapi umumnya suami isteri hanya memandang seks sekadar kebutuhan lelaki yang harus dipenuhi istri. Banyak

akibat yang ditimbulkan dari minimnya pengetahuan dan kurangnya keterbukaan seputar hubungan seksual ini. Dampak semua ini adalah munculnya perasaan tidak bahagia dan tidak terpuaskan, terutama perempuan yang biasanya lebih sulit mengalami orgasme dibandingkan lelaki.

Hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan salah satu keluarga di huntara desa Jumoyo Kecamatan Salam Kabupaten Magelang bahwa seksual adalah kebutuhan yang perlu dipenuhi. Kebutuhan seksualitas dipenuhi hanya dengan cara melakukan hubungan seksual. Terjadi perubahan frekuensi dalam melakukan hubungan seksual ketika di rumah pribadi 2-3 kali/ minggu, sedangkan selama di huntara tidak tentu kadang satu bulan sekali bahkan kadang sudah tidak terpikirkan lagi. Responden mengatakan merasa terganggu kalau harus memenuhi kebutuhan seksualnya karena malu jika sampai terdengar tetangga dan anak-anaknya yang sudah besar-besar. Responden dalam memenuhi hasrat seksual kadang-kadang dengan mencari tempat yang nyaman di luar lokasi hunian sementara. Responden merasa isterinya terpuaskan karena tidak mengatakan apapun tentang kebutuhan seksualnya dan merasa bahwa pada dasarnya hubungan seksual sudah dari Allah SWT.

Perawat komunitas mempunyai peran yang sangat penting dalam penanganan pasca bencana Merapi khususnya kebutuhan seksual pada pasangan suami isteri. Anderson dan MacFarlane (2011), menyebutkan bahwa tindakan dalam mengatasi masalah komunitas meliputi 3 level pencegahan yaitu: pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier. Pencegahan pada masing-masing level ini bisa diatasi melalui peran perawat komunitas. Helvie (1998), menyatakan bahwa perawat komunitas mempunyai peran *care provider*, *educator* dan *counselor*. *Care Provider*, dilakukan dengan cara menilai, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi perawatan dalam memenuhi kebutuhan seksual baik individu keluarga atau masyarakat. Peran Pendidik atau *educator*, memberikan informasi atau pendidikan kesehatan pada semua level meliputi pendidikan kesehatan tentang mekanisme coping yang efektif, pemenuhan kebutuhan seksual, cara atau strategi pemenuhan kebutuhan seksual, cara

mengatasi perilaku seksual yang menyimpang dan dampak atau komplikasi yang ditimbulkan dari perilaku menyimpang pada individu, keluarga, atau masyarakat. Peran konselor, dilakukan pada pencegahan sekunder dan tersier, dengan cara memberikan konseling untuk mengatasi perilaku koping maladaptif dan perilaku seksual yang menyimpang. Strategi konseling dilakukan dengan mengidentifikasi dan mengklarifikasi penyebab perilaku seksual menyimpang, mencari alternatif pemecahan masalah, memilih solusi yang tepat, dan mengevaluasi hasil atas tindakan yang dilakukan oleh klien.

Perawat komunitas agar dapat memberikan intervensi keperawatan secara tepat, membutuhkan bukti-bukti secara ilmiah melalui peran peneliti (Allender & Spradley, 2005). Seorang perawat peneliti dituntut mampu mengidentifikasi perubahan pola adaptasi pemenuhan seksual sehingga dapat memberikan intervensi pencegahan primer, sekunder maupun tersier sesuai bukti ilmiah yang diperoleh.

Pemenuhan kebutuhan seksual membutuhkan peran perawat komunitas melalui strategi intervensi keperawatan. Strategi intervensi keperawatan komunitas meliputi: kemitraan, pemberdayaan, pendidikan kesehatan, dan proses kelompok (Hitchcock, Schubert & Tomas, 1999). Kemitraan dilakukan melalui kerja sama dengan individu, keluarga, dan masyarakat seperti membangun tempat olah raga dalam menyalurkan energi para keluarga di huntera. Pemberdayaan dilakukan melalui peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dalam pemenuhan kebutuhan seksual dengan penekanan pada kemandirian keluarga. Pendidikan kesehatan diharapkan dapat mengubah perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan seksual secara adaptif. Proses kelompok dilakukan oleh perawat komunitas bersama masyarakat dalam upaya mencegah perilaku seksual yang menyimpang dengan membentuk kelompok pendukung (*support group*).

Bencana alam menimbulkan berbagai dampak yang mengakibatkan keluarga harus melakukan pola adaptasi. Roy (2009), menyatakan bahwa individu dipandang sebagai "*Holistic adaptif system*" dalam segala aspek dan merupakan

satu kesatuan. Stimuli dari lingkungan internal dan eksternal yang berupa fokal, kontekstual dan residual mengaktifkan proses koping regulator dan kognator. Proses koping ini akan menghasilkan respon tingkah laku berhubungan dengan fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Respon-respon ini bisa adaptif, mendukung integritas dan keseluruhan sistem manusia, atau bisa tidak efektif, artinya tidak mendukung tujuan sistem manusia. Bencana alam erupsi Merapi yang kemudian dilanjutkan dengan banjir lahar dingin mengakibatkan keluarga harus beradaptasi dan akan menghasilkan output perilaku adaptif atau respon inefektif yang secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi kebutuhan dasar manusia, salah satunya adalah kebutuhan seksual.

Penelitian ini mengidentifikasi ‘Hubungan pola adaptasi akibat bencana terhadap pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang’. Penelitian akan dilakukan melalui disain *cross-sectional* untuk mengetahui dua variabel yaitu pola adaptasi akibat bencana Merapi dan pemenuhan kebutuhan seksual keluarga dalam satu waktu yang bersamaan.

1.2. Rumusan Masalah

Pemenuhan kebutuhan seksual merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Kebutuhan seksual dibawa sejak lahir, dan memenuhinya dilakukan sampai seseorang meninggal dunia. Dalam situasi normal setiap pasangan suami isteri akan selalu berusaha agar kebutuhan seksualnya dapat terpenuhi. Namun tidak semua pasangan suami isteri yang mengalami situasi pasca bencana mampu memenuhi kebutuhan seksualnya. Pengungsi yang tinggal di hunian sementara akan mengalami hambatan dalam memperoleh pemuasan kebutuhan seksual karena masalah kesehatan fisik maupun psikologis akibat bencana, sehingga pasangan suami isteri di hunian sementara akan melakukan cara-cara adaptasi dalam memenuhi kebutuhan seksualnya. Berbagai fenomena yang terjadi dapat diidentifikasi melalui pertanyaan penelitian: “Apakah ada hubungan pola adaptasi akibat bencana terhadap pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang ?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang hubungan pola adaptasi akibat bencana terhadap pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana merapi Kabupaten Magelang.

1.3.2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah diketahuinya:

- 1.3.2.1. Karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan) pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.
- 1.3.2.2. Pola adaptasi akibat bencana pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.
- 1.3.2.3. Pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.
- 1.3.2.4. Hubungan pola adaptasi akibat bencana terhadap pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang.
- 1.3.2.5. Variabel yang paling berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Aplikatif

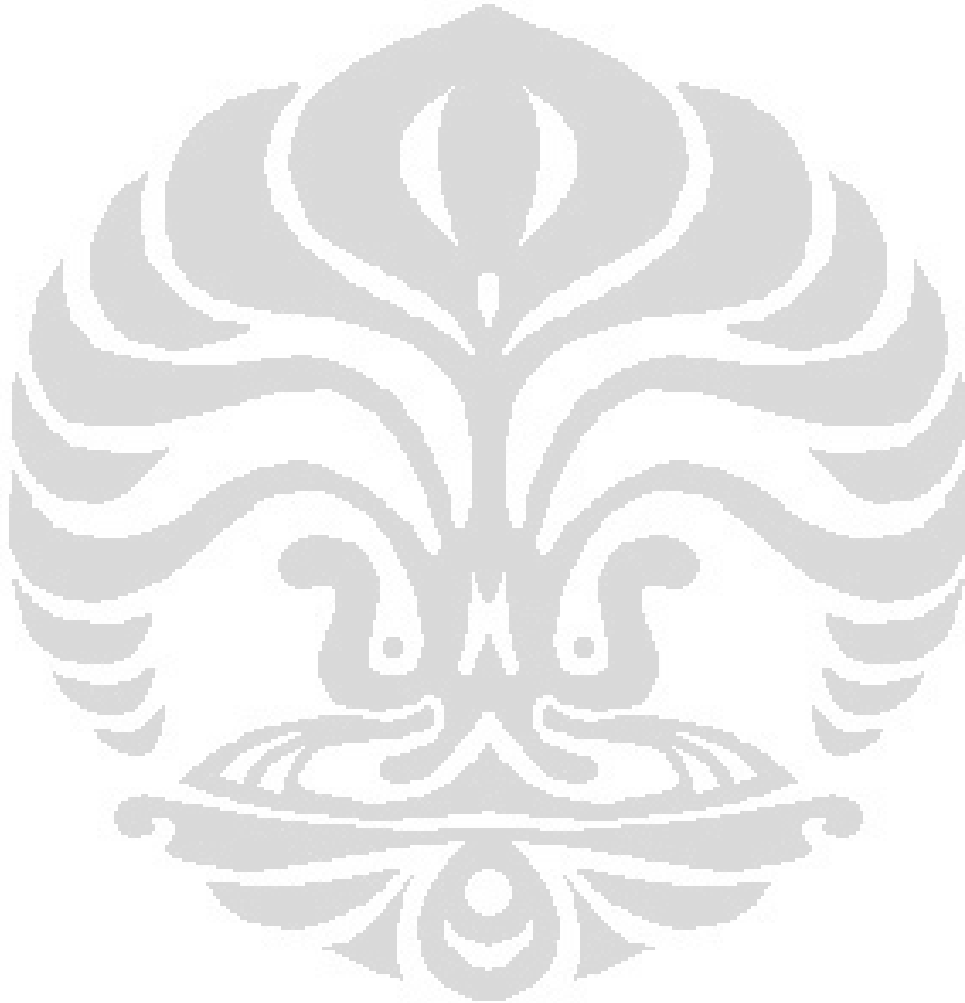
- 1.4.1.1. Hasil penelitian ini dapat menjadi pertimbangan dalam pengembangan hunian sementara yang mempertimbangkan kepentingan kebutuhan dasar manusia.

1.4.2. Manfaat Keilmuan

- 1.4.2.1. Hasil penelitian ini dapat menjadi materi dasar bagi pengembangan strategi intervensi keperawatan dalam memenuhi kebutuhan seksual keluarga di hunian sementara pasca bencana.

1.4.3. Manfaat Metodologi

- 1.4.3.1. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar dalam mengembangkan penelitian eksperimen intervensi model perilaku pemenuhan kebutuhan seksual pada pasangan suami isteri di hunian sementara atau pengungsian akibat bencana.



BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Bab ini mengemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait penelitian sebagai landasan dan rujukan penelitian. Konsep dan teori ini meliputi: konsep bencana, *vulnerable*, konsep stres dan pola adaptasi, konsep kebutuhan seksual, konsep perilaku seksual, intervensi keperawatan komunitas, dan kerangka teori penelitian.

2.1. Bencana dan Dampaknya

2.1.1. Definisi Bencana

Bencana merupakan peristiwa mengancam, mengganggu kehidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan faktor non alam. WHO (2002), menyatakan bahwa bencana (*disaster*) adalah setiap kejadian yang menyebabkan kerusakan, gangguan ekologis, memburuknya derajat kesehatan atau pelayanan kesehatan, hilangnya nyawa manusia, dan memerlukan respon dari luar masyarakat atau wilayah yang terkena. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2001), menyebutkan bencana adalah suatu kejadian yang mengakibatkan kerusakan ekologi, kerugian kehidupan manusia, memburuknya kesehatan, dan pelayanan kesehatan sehingga memerlukan bantuan dari pihak luar. *American Red Cross* (1975), dalam Langan dan James (2005), mengartikan bencana merupakan kejadian alamiah dan buatan manusia yang menyebabkan penderitaan, dan menciptakan kebutuhan manusia bahwa korban tidak dapat dikurangi tanpa bantuan. Allender dan Spradley (2005), menyatakan bahwa bencana adalah peristiwa yang menyebabkan tingkat kerusakan yang melebihi kemampuan masyarakat yang terkena dampak dan tidak mampu merespon tanpa bantuan.

Berdasarkan definisi berbagai sumber, penulis menyimpulkan bahwa bencana merupakan peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam, mengganggu kehidupan masyarakat, menimbulkan kerugian kehidupan manusia, memburuknya

kesehatan dan pelayanan kesehatan, menyebabkan kerusakan, gangguan ekologis, hilangnya nyawa manusia, dan memerlukan bantuan dari pihak luar. Bencana merupakan pertemuan dari tiga unsur, yaitu ancaman bencana, kerentanan, dan kemampuan yang dipicu oleh suatu kejadian.

2.1.2. Penyebab Bencana

Bencana dapat disebabkan oleh faktor alam dan manusia. Faktor-faktor yang menyebabkan bencana alam antara lain *natural hazards*, dan bahaya karena ulah manusia (*man-made hazards*), dan menurut *United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UN-ISDR)*, faktor yang menyebabkan bencana dapat dikelompokkan menjadi bahaya geologi (*geological hazards*), bahaya hidrometeorologi (*hydrometeorological hazards*), bahaya biologi (*biological hazards*), bahaya teknologi (*technological hazards*) dan penurunan kualitas lingkungan (*environmental degradation*) (www.bnpb.go.id).

Langan dan James (2005), menyebutkan penyebab bencana alam meliputi epidemi, kelaparan, angin topan, tornado, badai, banjir, gempa bumi, hujan angin, gelombang pasang, letusan gunung berapi, tanah longsor, badai salju, dan kekeringan. Bencana alam buatan manusia disebabkan karena: perang (kimia, biologi, radiologi, dan nuklir oleh teroris), kecelakaan transportasi, kekerasan kelompok/ kerusuhan, keracunan makanan atau air, penggundulan hutan, dan runtuhnya bangunan.

2.1.3. Akibat Bencana

Berbagai bencana menimbulkan dampak merusak struktur fisik maupun sosial masyarakat. Selanjutnya akan digambarkan dampak dari akibat gunung Merapi. Bahaya letusan gunung Merapi dibagi menjadi dua berdasarkan waktu kejadiannya yaitu bahaya primer dan sekunder. Bahaya primer disebabkan awan panas, material pijar/ magma, hujan abu, lava, dan gas beracun. Bahaya sekunder disebabkan banjir lahar dingin. Bahaya primer maupun sekunder gunung api memiliki resiko merusak dan mematikan (www.bnpb.go.id). Bencana

menimbulkan kematian, menderita luka, dan dan rusaknya infrastruktur (Wisner, Blakie, Cannon & Davis, 2003).

Bencana menimbulkan dampak menurunnya ekonomi yang menyebabkan kerentanan masyarakat. Bencana mengakibatkan aset pemerintah hancur, perumahan rusak, mata pencaharian hilang, meningkatnya pengangguran dan kemiskinan yang berakibat terjadinya kerentanan populasi. Pemulihan ekonomi terhadap kerentanan masyarakat ini membutuhkan biaya yang sangat besar. (Wisner, Blakie, Cannon & Davis, 2003).

Penelitian Ginting (2011), menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara pasca bencana terhadap kehidupan sosial ekonomi. Harwati, Amali, dan Krisna (2010), menunjukkan tingkat kerusakan pada sektor industri di wilayah Cangkringan mencapai 50%. Hidayat, Widodo, dan Musofie (2010), menemukan bahwa bencana Merapi menyebabkan biaya produksi tanaman kopi menjadi lebih tinggi dan peternak menjual ternaknya 50% dari harga normal. Bahaya letusan gunung api juga menyebabkan hancurnya pertanian mempengaruhi ekonomi keluarga, kerentanan pada kesehatan, dan rendahnya kualitas hidup (Wijayanti, Suryaningsih & Tiniko, 2010).

2.1.3. Dampak Bencana

Bencana menimbulkan masalah terhadap kesehatan fisik. Gunung berapi mengeluarkan material berbahaya bagi kesehatan manusia dan mematikan. Abu vulkanik mempunyai efek hidung berair dan iritasi hidung, batuk kering dan iritasi tenggorokan, bronchitis parah atau gejala asma, silikosis, penyakit mata, iritasi kulit, cedera, trauma dan kematian (Clement, 2009). Dampak erupsi merapi mengganggu kesehatan fisik seperti penyakit paru dan gatal-gatal (Wijayanti, Suryaningsih & Tiniko, 2010).

Bencana menimbulkan stres dan trauma dengan karakteristik yang berbeda. Stres disebabkan karena merasa terisolasi, kehilangan ekonomi, perasaan marah, dan depresi terus menerus. Trauma memiliki pengaruh yang sangat buruk terhadap kesehatan fisik dan kesehatan emosional seseorang. Trauma disebabkan

karena cedera, peristiwa menyakitkan, melemahkan, menakutkan, tidak nyaman, tidak terencana, dan membingungkan (Bradford, 2002). Prevalensi trauma korban langsung dari bencana adalah 30-40%, kalangan pekerja penyelamatan 10-20%, dan populasi umum 5-10%. Perempuan memiliki prevalensi lebih tinggi terjadi trauma pasca bencana dibandingkan laki-laki. Dukungan sosial yang rendah terbukti menyebabkan risiko trauma pasca bencana (Galea, Nandi & Vlahov, 2004).

Individu merespon dampak bencana bervariasi, namun pola umum respon terhadap peristiwa yang mengancam jiwa seseorang meliputi: perilaku, biologis, respon psikologis, dan sosial. Hasil penelitian Sharma (2006), menemukan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi stres akibat bencana meliputi: cedera pribadi, cedera atau kematian (orang yang dicintai, teman, rekan), kerugian atau relokasi perumahan, stres sebelum bencana terjadi, tingkat kesiapan pribadi dan profesional, trauma sebelumnya, harapan diri, pengalaman sebelum bencana, persepsi faktor penyebab, dan tingkat dukungan sosial.

Reaksi trauma bukan satu-satunya masalah kejiwaan yang dihadapi, banyak juga yang menderita depresi, dan penyakit mental parah. Individu bahkan lebih rentan dan terganggu kemampuan untuk bekerja, terganggu jaringan sosial serta semakin mempersulit kebutuhan layanan (Hopper, Bassuk & Olivet, 2010).

2.1.4. Managemen Bencana

Pengembangan manajemen bencana merupakan strategi dalam membantu perawat komunitas memecahkan masalah bencana. Allender dan Spradley (2005) menyebutkan bahwa manajemen bencana dibagi menjadi 4 fase prabencana, kesiapsiagaan, respon, dan pemulihan.

a. Prabencana/ *Prevention Phase*

Fase pencegahan bencana merupakan tahapan dalam mengantisipasi bencana agar tidak terjadi. Penanganan dipersiapkan pada situasi tidak terjadi bencana, dan situasi terdapat potensi terjadinya bencana. Perawat komunitas harus merencanakan dengan menentukan wilayah rawan

bencana, pemetaan wilayah yang rawan dan berpotensi menimbulkan bencana. Kegiatan pencegahan juga dapat dilakukan dengan mempersiapkan sarana atau teknologi tepat guna yang dapat meminimalkan atau mencegah bencana.

b. Fase Kesiapsiagaan/ *Preparedness phase*

Kesiapsiagaan bencana merupakan perencanaan untuk menyelamatkan nyawa dan meminimalkan cedera dan kerusakan infrastruktur. Kegiatan perawat komunitas adalah mengantisipasi terjadinya bencana melalui pengorganisasian, dan strategi yang tepat guna dan berdaya guna. Upaya siap siaga dengan mempersiapkan sarana dan prasarana untuk menghadapi bencana. Uji coba dan simulasi keadaan bencana harus dilakukan agar memberikan pengetahuan bagi warga mengenai proses evakuasi serta tempat evakuasi. Alat teknologi canggih yang dapat mendeteksi adanya bencana harus disiapkan.

c. Fase Respon/ *Response phase*

Masa tanggap merupakan saat segera setelah permulaan kejadian bencana. Tindakan dilakukan dengan tujuan menyelamatkan nyawa, mencegah cedera, dan kerusakan lebih lanjut. Keadaan tanggap darurat merupakan keadaan dimana bencana benar-benar terjadi. Perawat melakukan penanganan dengan cara mengidentifikasi cakupan lokasi bencana, jumlah korban, kerusakan bangunan, gangguan terhadap pelayanan umum dan pemerintahan, serta kemampuan sumberdaya alam maupun sumber daya buatan untuk mengantisipasi resiko yang terjadi. Kegiatan evakuasi segera dilakukan perawat komunitas untuk menghindari jumlah korban jiwa yang banyak. Perawat komunitas juga harus melakukan koordinasi yang baik dengan Badan Nasional Pengurangan Bencana (BNPB) agar dapat membantu mengoptimalkan perannya.

d. Fase Pemulihan/ *Recovery Phase*

Fase pemulihan merupakan tindakan mengoptimalkan peran masyarakat untuk melakukan tindakan memperbaiki, membangun kembali, atau relokasi rumah yang rusak dan mengembalikan bidang usaha, vitalitas

kesehatan dan ekonomi masyarakat. Pemulihan psikologis dilakukan guna mengatasi trauma baik fisik maupun psikis agar dapat bertahan hidup. Kegiatan penanganan pasca bencana dapat dilakukan melalui tindakan rehabilitasi dan rekonstruksi. Ehrenreich (2001), menyebutkan bahwa tugas pada tahap pasca bencana, meliputi:

a) Tahap Rescue/ Dampak Pasca Bencana

Perawat komunitas menyediakan pelayanan intervensi krisis untuk menjamin keselamatan korban dan memastikan pemenuhan kebutuhan fisik yang meliputi: perumahan, makanan, dan air bersih dapat terpenuhi. Perawat menyatukan kembali keluarga dan masyarakat, memberikan informasi kesehatan, memberikan rasa aman dan kenyamanan, dan memberikan bantuan praktis pertolongan pertama.

b) Tahap Awal Persediaan

Perawat komunitas mampu melakukan manajemen keperawatan bencana melalui penyelamatan. Tindakan dilakukan dengan cara melatih profesional lokal, relawan, dan masyarakat tentang penanganan trauma. Melatih konselor tambahan bencana. Memberikan bantuan praktis jangka pendek dan dukungan bagi korban. Mengidentifikasi mereka yang paling berisiko dan melakukan intervensi mengatasi krisis. Membangun kembali infrastruktur masyarakat meliputi pekerjaan, perumahan, lembaga dan proses komunitas.

c) Tahap Akhir Persediaan

Perawat komunitas menyediakan pendidikan kesehatan masyarakat, memberikan layanan kesehatan yang terjangkau bagi korban yang membutuhkan. Mengembangkan pelayanan kesehatan berbasis sekolah dan layanan masyarakat lainnya.

d) Tahap Rekonstruksi

Perawat komunitas menyediakan dan memberikan pelayanan konseling pada masyarakat. Memberikan perawatan tindak lanjut di

rumah. Membantu korban untuk mengekspresikan kesedihannya sesuai budayanya.

Perawat komunitas memberikan perawatan pada para korban bencana perlu memiliki pemahaman tentang trauma fisik dan psikologis. Persepsi korban bencana mempunyai pengaruh kuat pada jenis respon psikologis. Langan dan James (2005), menyatakan bahwa pengalaman individu terhadap bencana berbeda.

Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana No. 11 tahun 2008, menyebutkan bahwa pemulihan sosial psikologis bertujuan agar masyarakat mampu melakukan tugas sosial seperti sebelum terjadi bencana. Kegiatan dilaksanakan melalui intervensi profesional; bantuan konseling dan konsultasi keluarga dalam pemberian pertolongan kepada individu atau keluarga; pendampingan pemulihan trauma, terapi psikologis yang tepat kepada individu yang mengalami trauma psikologis; dan pelatihan pemulihan kondisi psikologis bagi pemuka komunitas, relawan dan pihak-pihak yang ditokohkan atau mampu dalam masyarakat untuk memberikan dukungan psikologis.

Undang Undang Republik Indonesia No 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana Pasal 48 dan 53, menyebutkan bahwa penyelenggaraan penanggulangan bencana saat tanggap darurat adalah pemenuhan kebutuhan dasar yang meliputi bantuan penyediaan kebutuhan air bersih dan sanitasi, pangan, sandang, pelayanan kesehatan, pelayanan psikososial, penampungan dan tempat hunian. Penyelenggaraan penanggulangan bencana pada tahap pascabencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 meliputi:

- a. Rehabilitasi dilakukan melalui kegiatan: perbaikan lingkungan daerah bencana; perbaikan prasarana dan sarana umum; pemberian bantuan perbaikan rumah masyarakat; pemulihan sosial psikologis; pelayanan kesehatan; rekonsiliasi dan resolusi konflik; pemulihan sosial ekonomi

budaya; pemulihan keamanan dan ketertiban; pemulihan fungsi pemerintahan; dan pemulihan fungsi pelayanan publik.

- b. Rekonstruksi dilakukan melalui kegiatan pembangunan yang lebih baik, meliputi: pembangunan kembali prasarana dan sarana; pembangunan kembali sarana sosial masyarakat; pembangkitan kembali kehidupan sosial budaya masyarakat. Kegiatan dilakukan dengan menerapkan rancang bangun yang tepat dan tahan bencana. Kegiatan melalui partisipasi dan peran serta lembaga dan organisasi kemasyarakatan, dunia usaha, dan masyarakat. Rekonstruksi meningkatkan kondisi sosial, ekonomi, budaya, peningkatan fungsi pelayanan publik, dan peningkatan pelayanan utama di masyarakat. Standar minimal kebutuhan dasar adalah tingkat minimal yang harus dipenuhi dalam pemenuhan kebutuhan penampungan atau hunian sementara, bantuan pangan, sandang, air bersih, sanitasi, dan pelayanan kesehatan.

Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana No. 7 tahun 2008, mengatur bahwa bantuan penampungan atau hunian sementara diberikan dalam bentuk tenda-tenda, barak, atau gedung fasilitas umum atau sosial, seperti tempat ibadah, gedung olah raga, balai desa, dan sebagainya, yang memungkinkan untuk digunakan sebagai tempat tinggal sementara. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2001), menyebutkan bahwa hunian sementara atau hunian harus memiliki syarat-syarat standar minimal antara lain: Luas 3 (tiga) meter persegi per orang, memiliki persyaratan keamanan dan kesehatan, memiliki akses yang mudah terhadap fasilitas umum, menjamin privasi antar jenis kelamin dan kelompok usia.

Standar Operasional Prosedur Penyiapan Infrastruktur Permukiman Pascabencana Direktorat Jenderal Kementerian Pekerjaan Umum (2012), mengatur persyaratan penampungan sementara: lokasi penampungan berada di daerah bebas dari ancaman gangguan keamanan baik internal maupun external; jauh dari lokasi daerah rawan bencana; hak penggunaan lahan memiliki keabsahan yang jelas; memiliki akses jalan yang mudah; dekat dengan sumber mata air, kegiatan

memasak dan MCK, dekat dengan sarana-sarana pelayanan sosial termasuk pelayanan kesehatan, olahraga, sekolah dan tempat beribadah disediakan secara memadai.

Peraturan atau perangkat perundang-undangan yang mengatur tentang penanganan bencana sudah tersedia tetapi dalam pelaksanaannya masih perlu ditingkatkan terutama melalui pemberdayaan tenaga kesehatan dan proses monitoring secara terus menerus. Perawat komunitas sebagai tenaga kesehatan yang berkualitas dituntut perannya melalui pemberdayaan masyarakat. Semua tindakan ini harus dilaksanakan secara cepat, tepat dan komprehensif sehingga akan mampu mengurangi bahkan mengatasi kerentanan atau *vulnerable* akibat bencana.

2.2. *Vulnerable*

2.2.1. Definisi *Vulnerable*

Individu sebagai anggota keluarga dan masyarakat berpotensi rentan. Wisner, Blakie, Cannon dan Davis (2003), menyatakan bahwa kerentanan merupakan karakteristik seseorang atau suatu kelompok dan situasinya yang mempengaruhi kapasitasnya untuk mengantisipasi, mengatasi, bertahan dan pemulihan kembali dari dampak atau resiko bahaya alam. Stanhope dan Lancaster (2004), menjelaskan bahwa *vulnerable* adalah suatu kelompok sosial yang mempunyai peningkatan risiko atau kerentanan terhadap kesehatan yang buruk. Kerentanan dapat diartikan sebagai suatu kondisi yang berpotensi untuk lebih mengalami resiko yang mengakibatkan terjadinya gangguan kesehatan.

2.2.2. Faktor Risiko *Vulnerable*

Masyarakat yang mengalami bencana terdapat faktor-faktor resiko terjadinya kerentanan. Swanson dan Nies (1997), menjelaskan bahwa resiko merupakan kemungkinan peristiwa merugikan yang akan menyebabkan penyakit khusus. Risiko berfokus pada apa yang membuat orang rentan. Faktor-faktor yang mempengaruhi meliputi kesadaran bahaya, kondisi pemukiman dan infrastruktur, kebijakan publik dan administrasi, kekayaan suatu masyarakat tertentu dan

kemampuan terorganisir di semua bidang manajemen bencana dan risiko (Wisner, Blakie, Cannon & Davis, 2003).

Ukuran kerentanan dapat diketahui dari faktor: karakteristik demografi (usia atau jenis kelamin); budaya dan sistem kepercayaan (sikap, keyakinan, budaya); struktur sosial (posisi sosial, status, dan akses sumber daya); status sosial ekonomi (posisi sosial, status, akses ke sumber daya, pendapatan, pendidikan, status pekerjaan); faktor akses yang terkait dengan penggunaan layanan kesehatan, seperti asuransi kesehatan, akses ke perawatan kesehatan, atau kualitas perawatan kesehatan; perawatan kesehatan secara luas yang diberikan pada tingkat pencegahan primer, sekunder, tersier; kelompok risiko kesehatan lebih tinggi, seperti kesehatan fisik, mental, dan kesejahteraan sosial seperti pengungsi (Shi & Stevens, 2005). Ukuran kerentanan tersebut dapat dijadikan sebagai prediktor masalah-masalah kesehatan yang potensial (Stanhope & Knollmueller, 2010). Shi dan Stevens (2005), menggambarkan karakteristik yang mempengaruhi kerentanan sebagai berikut:

2.2.2.1. Karakteristik Demografi

Karakteristik demografi yang sering menimbulkan kerentanan terutama disebabkan karena faktor: umur dan jenis kelamin. Faktor resiko sesuai perkembangan terutama pada anak-anak, remaja dan lansia. Faktor jenis kelamin perempuan lebih mudah mengalami kerentanan dibandingkan laki-laki. Wisner, Blakie, Cannon, dan Davis (2003), menyebutkan bahwa kelompok sosial yang lebih menderita dalam kejadian bencana adalah perempuan, anak-anak, dan lanjut usia. Kelompok ini merupakan kelompok yang ketergantungan dan permasalahan baik fisik maupun psikologis lebih tinggi dibanding tahap usia perkembangan yang lain.

2.2.2.2. Budaya dan Keyakinan

Budaya dan keyakinan akan mempengaruhi perilaku seseorang. Penduduk minoritas yang tinggal di lereng Merapi sangat mempercayai seorang tokoh spiritual yang dianggap sebagai penjaga Merapi. Masyarakat meyakini tokoh tersebut mempunyai kekuatan supranatural

dan mengetahui semua yang terjadi pada Merapi. Masyarakat tidak akan bersedia untuk di evakuasi dari Merapi sebelum tokoh tersebut bersedia untuk di evakuasi. Masyarakat beranggapan bahwa selama orang dipercayai masih bertahan dikediamannya maka bencana Merapi tidak akan terjadi, meskipun sebelumnya Merapi dalam kondisi siaga. Keyakinan semacam ini tanpa disadari sangat membahayakan bagi keselamatan masyarakat.

2.2.2.2. Struktur sosial

Manusia terbagi menjadi beberapa struktur sosial masyarakat. Struktur masyarakat minoritas, tradisional atau di desa yang terpencil akan dapat mempengaruhi terjadinya kerentanan. Masyarakat tradisional yang jauh dari akses informasi bencana akan kesulitan untuk mendapatkan peringatan dini akan terjadinya bencana. Ketidaktahuan tentang informasi ini membuat masyarakat tidak mampu untuk menyelamatkan diri ketika bencana terjadi.

2.2.2.3. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi akan berdampak terhadap kemiskinan dan berpengaruh terhadap menurunnya daya tahan tubuh seseorang dan harus beradaptasi dengan berbagai cara untuk memenuhi kehidupan sehari-hari. Kekurangan ekonomi berdampak terjadinya kemiskinan. Seseorang yang memiliki lebih sedikit uang kurang mampu membeli perumahan yang layak, lingkungan yang aman, kurangnya kesempatan untuk berolahraga, risiko menjadi korban kekerasan, pendidikan kurang, makanan tidak bergizi, dan terjadi stres kronis.

Allender, Rector dan Warner (2010), menjelaskan bahwa kondisi sosial sering berpengaruh terhadap masalah kesehatan. Faktor-faktor sosial adalah meliputi: distribusi kesehatan yang tidak merata, diet yang tidak aman dan tidak bergizi, konsumsi air minum yang tidak aman, perumahan yang tidak layak, lingkungan tidak mendukung kesehatan, kekurangan dan ketidakadilan, kesenjangan pendapatan, pendidikan, perumahan dan tidak adanya asuransi kesehatan.

2.2.2.4. Akses sumber daya.

Masyarakat yang tinggal dengan sumberdaya masyarakat yang terbatas terutama tenaga kesehatan merupakan faktor yang memungkinkan terjadinya gangguan kesehatan. Wisner, Blakie, Cannon, dan Davis (2003), menyebutkan bahwa manusia dalam memenuhi penghidupan dipengaruhi akses aset: manusia (keterampilan, pengetahuan, kesehatan dan energi); sosial (jaringan, kelompok, dan lembaga); fisik (infrastruktur, teknologi, dan peralatan); keuangan (tabungan, kredit); dan modal alami (sumber daya alam, tanah, air, fauna dan flora).

2.2.2.6. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat khususnya perawatan kesehatan masyarakat melalui pencegahan primer, sekunder dan tersier yang terbatas bahkan tidak ada maka akan mengurangi dukungan terhadap masyarakat yang dapat menimbulkan resiko. Allender, Rector dan Warner (2010), melaporkan bahwa kesenjangan pada kualitas pelayanan kesehatan, akses perawatan, tingkat dan jenis pelayanan perawatan, dan pengaturan perawatan pada populasi tertentu (lanjut usia, perempuan, anak, pedesaan penduduk, cacat) menimbulkan kerentanan.

2.2.2.7. Kelompok resiko kesehatan

Kelompok resiko kesehatan meliputi orang-orang atau kelompok yang sebelum bencana terjadi sudah menderita penyakit kronis (DM, stroke, gagal ginjal, gagal jantung), cacat fisik, dan gangguan mental.

2.2.3. *Vulnerable* dalam Konteks Bencana

Bencana menempatkan seseorang atau kelompok dalam situasi *vulnerable*. Bencana mengakibatkan munculnya risiko yang mengancam kehidupan seseorang, kehilangan harta benda dan aset lainnya. *Vulnerable* mempunyai dimensi waktu tidak terbatas pada saat terjadinya bencana tetapi berlanjut pada kehidupan yang akan datang.

Populasi korban bencana merupakan kelompok yang *vulnerable* karena beresiko mengalami gangguan kesehatan fisik, psikologis, dan keadaan sosial yang buruk (Aday, 2001). Shi dan Stevens (2005), menyatakan bahwa suatu kelompok dikatakan *vulnerable* karena mempunyai alasan sebagai berikut:

- a. Masyarakat yang rentan memiliki kebutuhan kesehatan yang lebih besar.
Bencana menimbulkan berbagai kerusakan lingkungan fisik, dan penyakit fisik seperti: perlukaan, ISPA, diare dan penyakit kronis lainnya yang akan berpengaruh terhadap meningkatnya kebutuhan kesehatan yang perlu perhatian serius.
- b. Prevalensi kelompok-kelompok rentan dalam populasi meningkat.
Bencana menimbulkan kematian, kehilangan infrastruktur, beradaptasi dengan lingkungan baru, kehidupan baru, rusaknya semua akses sosial rusaknya lahan untuk bekerja, hilangnya pekerjaan dan kerusakan akses perekonomian. Semua kondisi ini akan berakibat meningkatnya prevalensi kelompok rentan.
- c. Kerentanan terutama masalah sosial dibuat melalui kekuatan sosial dan diselesaikan melalui proses sosial yang berarti.
Bencana menimbulkan kerentanan sosial yang akan dipengaruhi oleh seberapa besar kesiapan masyarakat dalam menghadapi bencana. Kerentanan ini dapat diatasi melalui proses sosial terutama melalui pemberdayaan masyarakat.
- d. Kerentanan berkaitan dengan masalah kesehatan bangsa dan sumber daya.
Masyarakat yang sehat dan sumberdaya terutama kesehatan yang memadai baik kuantitas maupun kualitasnya merupakan modal dasar dalam mencegah terjadinya kerentanan pada saat bencana.
- e. Adanya penekanan pada hak dalam memperoleh kesehatan.
Masyarakat miskin atau minoritas pada saat kondisi bencana sering kurang mendapat perhatian serius dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang dapat menambah terjadinya kerentanan.

Kerentanan berhubungan dengan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan sosial dari beragam dampak yang umumnya berkaitan masalah kesehatan dan

bencana. Suatu kelompok menjadi rentan ketika tidak mampu mengatasi perubahan sosial yang terjadi baik berupa kesehatan personal maupun perubahan *extreme* di lingkungannya (Lindsay, 2003, dalam Yustiningrum, 2010).

2.3. Stres dan Pola Adaptasi Roy

2.3.1. Definisi Stres

Stres merupakan suatu kemampuan tubuh menyesuaikan diri. Roy (2009), mengemukakan bahwa seseorang sebagai sebuah sistem menyeluruh yang dapat menyesuaikan diri (*adaptive systems*). Sebagai suatu sistem yang dapat menyesuaikan diri, manusia dapat digambarkan secara holistik (bio-psiko-sosial) sebagai satu kesatuan yang mempunyai input, kontrol, proses dan output. Lazarus dan Folkman (1994), dalam Smeltzer dan Bare (2002), mengidentifikasi stres sebagai suatu hubungan antara seseorang dan lingkungannya dianggap melampaui kemampuan diri dan mengancam kesejahteraan hidup.

Stresor adalah stimuli yang mengawali atau mencetuskan perubahan pada diri manusia. Potter dan Perry (2005), menyebutkan bahwa stresor menunjukkan suatu kebutuhan yang tidak terpenuhi dan kebutuhan tersebut bisa kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, lingkungan, perkembangan dan kebutuhan kultural. Stressor internal: berasal dari dalam diri seseorang seperti suatu keadaan emosi rasa bersalah. Stresor eksternal: berasal dari luar diri seseorang (perubahan bermakna akibat bencana alam, perubahan dalam peran keluarga atau sosial, dan tekanan dari pasangan). Roy (2009), menjelaskan bahwa stresor merupakan input, yaitu sebagai stimulus yang merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon. Input merupakan suatu stimulus yang dibagi dalam tiga tingkat yaitu fokal, kontekstual dan residual. Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, stimulus kontekstual merupakan semua stimulus baik internal atau eksternal yang mempengaruhi situasi positif atau negatif terhadap stimulus fokal. Stimulus residual yaitu faktor internal dan eksternal yang relevan dengan situasi tetapi sukar untuk diobservasi karena meliputi kepercayaan, sikap dan sifat individu yang berkembang sesuai pengalaman masa lalu.

2.3.2. Pola Adaptasi

Manusia merupakan suatu sistem yang dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungan. Pola adaptasi adalah perilaku seseorang dalam merespons terhadap stres yang meliputi dimensi fisik, perkembangan, emosional, intelektual, sosial, dan spiritual (Potter & Perry, 2005). Pola adaptasi merupakan respon perilaku seseorang terhadap lingkungan yang konstan dan berkelanjutan membutuhkan perubahan fungsi dan perilaku sehingga seseorang lebih sesuai dengan suatu lingkungan tertentu (Smeltzer & Bare, 2002). Pola adaptasi diartikan bahwa manusia sebagai sistem terbuka yang berespon terhadap stimuli atau rangsangan baik yang bersumber dari lingkungan internal atau dalam tubuh maupun eksternal atau luar tubuh (Long, 1996). Pola adaptasi merupakan mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan cara-cara menyesuaikan diri. Manusia merupakan suatu sistem yang hidup, terbuka dan dapat menyesuaikan diri dari perubahan suatu unsur, zat, materi dan lingkungan. Manusia mempunyai pertahanan internal untuk mempertahankan tubuh dalam kondisi normal (Roy, 2009).

Seseorang secara terus menerus akan menghadapi perubahan fisik, psikis, dan sosial baik dari dalam maupun dari lingkungan luar. Individu yang tidak mampu menghadapi dengan seimbang maka tingkat stres akan meningkat. Individu menghadapi perubahan dengan melakukan pola adaptasi secara fisiologis, psikologis, perilaku sosial, dan proses berpikir (Smeltzer & Bare, 2002).

Roy (2009), menjelaskan bahwa pertahanan internal manusia mempunyai dua sistem adaptasi yaitu sistem *regulator* dan *kognator*. Subsistem *regulator* merupakan gambaran respon berkaitan dengan perubahan pada sistem syaraf, kimia tubuh dan organ endokrin. Subsistem regulator merupakan mekanisme kerja utama yang berespon dan beradaptasi terhadap stimulus lingkungan. Subsistem *cognator* adalah gambaran respon yang berkaitan dengan perubahan kognitif dan emosi, termasuk didalamnya persepsi, proses informasi, pembelajaran membuat alasan dan emosional.

Subsistem regulator dan kognator dimanifestasikan ke dalam empat mode yaitu fisiologis, fungsi peran, konsep diri dan interdependensi. Perubahan pada fungsi fisiologis adalah adanya perubahan fisik yang menimbulkan adaptasi secara fisiologis untuk mempertahankan homeostasis. Perubahan konsep diri adalah keyakinan akan perasaan diri sendiri yang mencakup persepsi, perilaku dan respon. Perubahan fungsi peran adalah ketidakseimbangan mempengaruhi fungsi dan peran yang diemban seseorang. Perubahan interdependensi adalah kemampuan seseorang untuk mengintegrasikan masing-masing komponen menjadi satu kesatuan yang utuh.

Faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk menghadapi stres menurut Roy (2009) ada 2 yaitu respon adaptif dan respon inefektif. Respon adaptif meliputi:

2.3.2.1. Fisiologis

- a. Oksigenasi: melakukan proses pernapasan yang seimbang, pola pertukaran gas yang stabil, dan transportasi gas yang memadai.
- b. Nutrisi: melalui proses pencernaan yang stabil, pola nutrisi sesuai keperluan tubuh yang memadai, kebutuhan metabolisme dan nutrisi terpenuhi.
- c. Eliminasi: mempertahankan proses keseimbangan usus yang efektif, pola eliminasi yang stabil, proses pembentukan urin yang efektif, pola eliminasi urin yang stabil, dan strategi koping sistem eliminasi yang efektif.
- d. Aktivitas dan istirahat: melakukan proses mobilitas yang terintegrasi, pergerakan yang cukup, pola tidur yang efektif, dan menyesuaikan tidur dengan perubahan lingkungan.
- e. Perlindungan: memperlihatkan kulit utuh, respon penyembuhan yang efektif, integritas dan kekebalan tubuh yang cukup, proses imunitas yang efektif, dan pengaturan suhu yang efektif.
- f. Indra: melalui proses sensasi yang efektif, mampu menyesuaikan sensasi terhadap masukan informasi yang efektif, dan strategi koping terhadap sensasi yang efektif.

- g. Cairan, elektrolit dan keseimbangan asam basa: menunjukkan proses keseimbangan cairan yang stabil, stabilitas elektrolit dalam cairan, keseimbangan asam basa, dan pengaturan zat kimia sebagai penyangga yang efektif.
 - h. Fungsi Neurologis: memperlihatkan proses gairah dan perhatian yang efektif, sensasi dan persepsi efektif; pembentukan konsep, memori, bahasa, perencanaan, dan tanggapan motorik, terpadunya proses berpikir dan perasaan, efektifnya pengembangan sistem saraf dan fungsi endokrin, efektifnya hormon pengatur dalam proses metabolisme dan tubuh, efektifnya hormon pengatur perkembangan alat reproduksi, stabilnya sistem hormon terhadap umpan balik negatif, stabilnya ritme siklus hormonal dan efektifnya strategi mengatasi stres.
- 2.3.2.2. Konsep diri: diketahui dari gambaran diri positif, fungsi seksual efektif, penyesuaian psikis sesuai dengan pertumbuhan fisik, kompensasi untuk perubahan tubuh yang memadai, strategi mengatasi kerugian secara efektif, proses penutupan kehidupan yang efektif, konsistensi diri yang stabil, ideal diri yang efektif, pertumbuhan proses moral, etis dan spiritual yang efektif, harga diri sesuai fungsi, dan strategi koping terhadap ancaman diri secara efektif.
- 2.3.2.3. Fungsi Peran: teridentifikasi kejelasan peran, proses transisi peran yang efektif, perilaku peran dan ekspresi terintegrasi, peran primer, sekunder dan tersier secara terintegrasi, pola kinerja peran yang efektif, proses menghadapi perubahan peran secara efektif, peran kinerja akuntabilitas, integrasi peran secara efektif, dan pola keamanan peran yang stabil.
- 2.3.2.4. Interdependensi atau saling ketergantungan: menunjukkan kasih sayang yang cukup, pola memberi dan menerima cinta, hormat, dan nilai yang stabil, pola ketergantungan dan kemandirian yang efektif, strategi mengatasi pemisahan dan kesepian yang efektif, kecukupan belajar perkembangan dan hubungan melalui komunikasi yang efektif, pemeliharaan kemampuan untuk memberikan perawatan dan perhatian,

keamanan dalam berhubungan dengan orang lain secara memadai dan sistem pendukung yang cukup.

Respon inefektif dilakukan melalui perilaku sebagai berikut:

2.3.3.1. Fisiologis

- a. Oksigenasi: menunjukkan terjadinya hipoksia, syok, penurunan ventilasi, tidak adekuatnya transport pertukaran gas, perubahan perfusi sel, berkurangnya kebutuhan oksigen, nutrisi, mual dan muntah, nutrisi kurang atau lebih dari kebutuhan tubuh, obesitas, tidak nafsu makan, gangguan menelan, diare, perut kembung, inkontinensia usus, konstipasi, inkontinensia urine, retensi urin, dan tidak efektifnya strategi coping.
- b. Eliminasi: diketahui terjadinya diare, perut kembung, tidak bisa kencing, konstipasi, dan sulit kencing.
- c. Perlindungan: ditunjukkan dengan terganggu integritas kulit, tekanan ulkus, gatal, tertunda penyembuhan luka, infeksi, reaksi alergi, tidak efektif mengatasi perubahan status kekebalan, tidak efektif pengaturan suhu, demam, dan hipotermia.
- d. Indra: memperlihatkan penurunan rasa, peningkatan cedera, hilangnya kemampuan perawatan diri, stigma, sensorik kelebihan dan kekurangan, sensorik monoton, sakit, akut nyeri akut, nyeri kronis, persepsi yang menurun, dan tidak efektifnya strategi coping untuk penurunan sensorik.
- e. Keseimbangan cairan, elektrolit dan asam-basa: diketahui terjadinya dehidrasi, edema, retensi cairan intraseluler, syok, hiper atau hipocalcemia, kalemia atau natremia, ketidakseimbangan asam basa, dan tidak efektifnya pengaturan keseimbangan PH.
- f. Fungsi Neurologis: penurunan tingkat kesadaran, kecacatan pengolahan kognitif, berkurangnya memori, ketidakstabilan perilaku dan suasana hati, tidak efektif kompensasi defisit kognitif, dan potensi kerusakan otak akibat sekunder.

g. Fungsi Endokrin: menunjukkan tidak efektif pengaturan hormon, tidak efektif reproduksi, pengembangan, ketidakstabilan sistem hormon.

2.3.3.2. Konsep diri: menunjukkan gangguan gambaran diri, ketidakefektifan seksual, sindrom trauma perkosaan, kerugian yang belum terselesaikan, kegelisahan, ketidakberdayaan, dan harga diri rendah.

2.3.3.3. Fungsi Peran: diketahui dari tidak efektif peran, transisi peran berkepanjangan, konflik peran, dan kegagalan peran.

2.3.3.4. Interdependensi: menunjukkan tidak efektif pola memberi dan menerima, tidak efektif pola ketergantungan dan kemandirian, tidak efektif komunikasi, kurangnya keamanan dalam hubungan, sistem pendukung untuk kebutuhan kasih sayang dan hubungan yang tidak efektif, pemisahan, kecemasan, pengasingan, kesepian, tidak efektifnya pengembangan hubungan.

Reaksi pola adaptasi terhadap stres menurut Potter dan Perry (2005), antara lain:

2.3.4.1. Pola adaptasi fisiologis

Individu menyampaikan terjadi: peningkatan ketegangan otot (leher, bahu, punggung), peningkatan denyut nadi dan frekwensi pernapasan, telapak tangan berkeringat, tangan dan kaki dingin, postur tubuh yang tidak tegap, kelelahan, sakit kepala, gangguan lambung, suara yang bernada tinggi, mual, muntah dan diare, perubahan nafsu makan, perubahan berat badan, perubahan frekwensi berkemih, dilatasi pupil, gelisah, kesulitan untuk tidur atau sering terbangun saat tidur. Temuan hasil laboratorium abnormal: peningkatan kadar hormon adrenokortikotropik, kortisol, katekolamin dan hiperglikemia.

2.3.4.2. Pola adaptasi emosional atau psikologis

Seseorang ketika dirinya terancam secara psikologis mengalami: kecemasan, depresi, kepenatan, peningkatan penggunaan bahan kimia, perubahan dalam kebiasaan makan, tidur, pola aktivitas, kelelahan mental, perasaan tidak adekuat, kehilangan harga diri, peningkatan kepekaan, kehilangan motivasi, ledakan emosional, menangis,

penurunan produktivitas dan kualitas kinerja pekerjaan, kecendrungan untuk membuat kesalahan, mudah lupa, pikiran buntu, kehilangan perhatian terhadap hal-hal yang rinci, preokupasi (mimpi siang hari atau menjaga jarak), ketidakmampuan berkonsentrasi pada tugas, peningkatan penyakit, letargi, kehilangan minat.

2.3.4.3. Pola adaptasi Intelektual

Pola adaptasi intelektual meliputi: kemampuan menyerap pengetahuan dan ketrampilan menurun, penilaian terhadap situasi tidak akurat, peningkatan ketergantungan pada orang lain. Kemampuan memecahkan masalah menurun, komunikasi dengan orang lain terhambat.

2.3.4.4. Pola adaptasi sosial

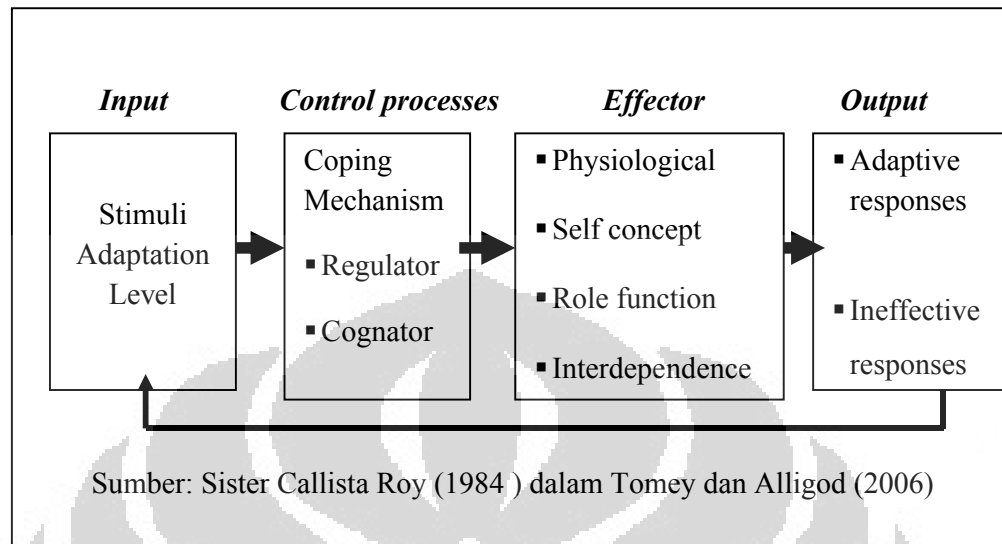
Sumber coping dalam dimensi sosial mencakup penggalan bersama klien tentang besarnya, tipe, dan kualitas dari interaksi sosial yang ada. Stresor pada keluarga dapat menimbulkan efek disfungsi yang mempengaruhi klien atau keluarga secara keseluruhan. Pola adaptasi sosial diketahui bahwa hubungan dengan orang lain menurun.

2.3.4.5. Pola adaptasi spiritual

Orang menggunakan sumber spiritual untuk melakukan adaptasi stres dalam banyak cara, tetapi stres dapat juga bermanifestasi dalam dimensi spiritual. Stres yang berat dapat mengakibatkan kemarahan pada Tuhan, menganggap stres sebagai hukuman.

Output dikategorikan oleh Roy sebagai suatu respons adaptif dan respons yang tidak efektif. Respons adaptif ditunjukkan dengan meningkatnya integritas individu yang digambarkan dengan kemampuan untuk mencapai tujuan, bertahan hidup, tumbuh, bereproduksi dan menjadi manusia yang berkualitas, sedangkan respons yang tidak efektif digambarkan dengan tidak tercapainya tujuan. Sistem adaptasi Roy digambarkan pada skema 2.1.

Skema 2.1 Sistem Adaptasi Sister Callista Roy



Faktor-faktor yang mempengaruhi respon terhadap stressor (Taylor, 2008, Potter & Perry, 2005, Smeltzer & Bare, 2002) meliputi:

2.3.5.1. Intensitas

Tubuh manusia mempunyai ketahanan atau kekuatan yang berasal dari dalam. Stressor yang frekuensinya sering akan memperlemah ketahanan dari dalam individu dan berespon negatif.

2.3.5.2. Sifat

Sifat dari stressor juga mempengaruhi respon. Ada beberapa stressor yang bersifat positif dan yang lainnya bersifat negatif. Stres negatif dapat menghasilkan perubahan yang pada akhirnya akan menimbulkan kesakitan.

2.3.5.3. Durasi

Lamanya atau jangka waktu berlangsungnya pemaparan stressor atau kejadian dari stressor sampai menjadikan seseorang mengalami stres.

2.3.5.4. Jumlah

Banyaknya perubahan-perubahan dan kejadian yang dialami seseorang dalam suatu periode waktu tertentu lebih sering menyebabkan stres dan akhirnya menimbulkan kesakitan.

2.3.5.5. Pengalaman

Stres dipengaruhi oleh pengalaman. Pengalaman yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang ditemui dalam kehidupan akan mempengaruhi menghadapi stres.

2.3.5.6. Tingkat perkembangan

Perkembangan akan menentukan kematangan seseorang dalam menghadapi stres.

Efek stres terhadap kebutuhan dasar menurut Taylor, Lilis, LeMone dan Lynn (2008), meliputi: kebutuhan fisiologis menunjukkan adanya perubahan nafsu makan, perubahan aktifitas dan perubahan tidur, perubahan pola eliminasi, peningkatan nadi, pernapasan dan tekanan darah; *safety* atau *security*: memperlihatkan adanya ancaman ketakutan atau gelisah; mekanisme koping yang tidak efektif; dan kurang perhatian; *love* atau *belonging*: menunjukkan kesepian dan menyendiri; menyalahkan orang lain untuk kesalahan sendiri; mendemonstrasikan perilaku agresif; dan ketergantungan berlebihan pada orang lain; *self esteem*: menunjukkan perhatian orang lain dengan perilaku sakit, menjadi suka bekerja; aktualisasi diri: mendemonstrasikan kekurangan dalam mengontrol diri, memusatkan kesalahan pada dirinya, dan tidak mau menerima kenyataan dirinya.

Reaksi psikologis terhadap stres meliputi: denial atau penolakan, regresi, kecemasan, perilaku agresif, perilaku depresi, perilaku curiga, dan perilaku somatik (Long, 1996). Individu dalam merespon stres biasanya menggunakan mekanisme penyesuaian diri melalui modifikasi perilaku yang dapat diterima (Taylor, Lilis, LeMone & Lynn, 2008), meliputi:

- a. Kompensasi: seseorang membuat, menutupi atau menghilangkan fakta atau hayalan yang tidak adekuat kedalam bidang lain.
- b. *Denial*: mengingkari pikiran, perasaan atau keinginan yang tidak dapat diterima.
- c. *Displacement*: emosi yang dipindahkan dari objek pengganti yang terasa lebih menyenangkan.

- d. *Introjection*: seseorang menerima sikap-sikap emosi, dan kepribadian orang lain kedalam dirinya.
- e. Proyeksi: menyampaikan alasan tidak bisa diterima secara emosional karena penolakan terhadap dirinya dan dipindahkan kepada orang lain.
- f. Rasionalisasi: memberikan penjelasan yang masuk akal, meyakinkan atau memotivasi perilaku yang bersumber pada alam tak sadar.
- g. Reaksi formasi: seseorang mengembangkan sikap dan pola perilaku sadar yang berlawanan dengan realitas perbuatan yang disukai.
- h. Regresi: seseorang menunjukkan perilaku kembali ke perilaku seperti pada awal perkembangan.
- i. Represi: menekan ide-ide yang menyakitkan ke alam tak sadar.
- j. Sublimasi: memindahkan dan mengarahkan kekuatan pada tujuan yang dapat diterima masyarakat.
- k. Undoing: meniadakan sebuah perbuatan atau komunikasi.

2.3.7. Stres dan Kebutuhan Seksual

Bencana Merapi mengakibatkan seseorang harus menyesuaikan diri dari semua dampak yang ditimbulkannya. Seseorang yang merasa dirinya terancam bencana akan melakukan upaya pola adaptasi dan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual. Roy (2009), mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan empat model adaptasi meliputi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.

a. Fisiologis

Seseorang merasa dirinya terancam maka tubuh akan mengalami penyesuaian secara fisiologis. Pada kondisi stres tubuh akan memberi rangsangan pada medula oblongata, kelenjar hipofisis, dan biokimia stres. Medulla oblongata berfungsi untuk mengontrol fungsi vital dengan meningkatkan atau menurunkan frekuensi jantung, tekanan darah, dan pernafasan. Kelenjar hipofisis merupakan kelenjar kecil yang melekat pada hipotalamus yang menghasilkan hormon untuk adaptasi terhadap stres.

Stres fisik atau emosional mengaktifasi amygdala bagian sistem limbik menstimulasi respon hormonal dari hipotalamus. Hipotalamus akan melepaskan hormon CRF (*Corticotropin-Releasing Factor*) yang menstimulasi hipofisis melepaskan hormone ACTH (*Adrenocorticotropic Hormone*) ke dalam darah. ACTH menstimulasi kelenjar adrenal. Hipotalamus bekerja melalui sistem otonom merangsang respon yang segera terhadap stres. Sistem otonom terbagi dua yaitu sistem simpatis dan parasimpatis. Sistem simpatis bertanggung jawab terhadap adanya stimulasi atau stres. Reaksi yang timbul berupa peningkatan denyut jantung, napas cepat, penurunan aktivitas gastrointestinal. Sementara sistem parasimpatis membuat tubuh kembali ke keadaan istirahat melalui penurunan denyut jantung, perlambatan pernapasan, dan meningkatkan aktivitas gastrointestinal (Potter & Perry, 2005).

Penyakit fisik menyebabkan terganggunya seksual. Individu mengalami penyakit fisik mempengaruhi aktivitas seksual (Steinke, 2005). Hasil penelitian Taleporos & McCabe (2001), menunjukkan bahwa hambatan seksual dikaitkan dengan memiliki gangguan fisik. Penyakit fisik yang mengganggu pemenuhan seksual adalah sebagai berikut: nyeri yang luar biasa atau menetap, penyakit DM dengan impotensi, penyakit kardiovaskuler, hipertensi, penyakit persendian, dan cedera medulla spinalis (Hamid, 2009).

b. Fungsi konsep diri

Konsep diri seseorang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual. Hasil penelitian Randall dan Johnson (2008), menunjukkan bahwa perilaku seksual berhubungan dengan konsep diri. Roy (2009), menyatakan bahwa konsep diri meliputi: gambaran diri, harga diri, kecemasan dan spiritual.

Gambaran diri merupakan persepsi seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuh, dan gambaran dirinya. Gangguan

gambaran diri dapat terjadi pada laki-laki maupun perempuan ketika kehilangan. Reinhard (2008), menggambarkan tubuh wanita sebagai sesuatu yang berguna untuk menegosiasikan serangkaian hubungan sosial yang lebih luas. Gangguan gambaran diri akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual. Hasil penelitian Valle, Roysamb dan Sunddby (2009), menemukan bahwa hubungan seksual berhubungan dengan kekhawatiran citra tubuh untuk perempuan. Sebaliknya, seseorang yang mempunyai gambaran diri yang tinggi secara signifikan berkorelasi pada kualitas seksual (Sewell, 2008). Hasil penelitian Arthur (2011), menunjukkan bahwa perkembangan identitas seksual memainkan peran yang signifikan dalam kehidupan. Perilaku seksual mempengaruhi bagaimana individu terlibat dalam perilaku seksual dan bagaimana melihat diri mereka sendiri.

Harga diri menentukan dalam pemenuhan kebutuhan seksual. Seseorang yang mempunyai ketahanan harga diri yang baik secara signifikan berkorelasi dengan kualitas seksual (Sewell, 2008). Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang kuat antara seksual, harga diri dan kepuasan seksual (Menard & Offman, 2009). Penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan positif antara sikap kontrol diri dan harga diri, orientasi seksual dan stres.

Beberapa penelitian melaporkan bahwa kecemasan menghambat gairah seksual tetapi sebagian melaporkan bahwa kecemasan sebenarnya memfasilitasi gairah seksual. Hasil penelitian Sharifzadeh (2009), tentang dampak kecemasan pada gairah seksual, menunjukkan bahwa kecemasan memiliki efek meningkatkan gairah seksual pada pria dan wanita. kecemasan berdampak positif terhadap gairah seksual terjadi melalui peningkatan sistem saraf simpatik. Selain itu, gairah seksual tampaknya positif mempengaruhi dan berhasil mengurangi kecemasan. Kuffel dan Haiman (2006), menemukan bahwa gairah suasana hati perempuan secara

signifikan lebih berpengaruh terhadap seksual dibandingkan dengan ketika kondisi mengendalikan kecemasan.

Spiritual seseorang mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan seksual. Peningkatan kehidupan religiusitas (keyakinan, praktek, pengalaman, dan pengetahuan agama) yang positif merupakan upaya yang positif untuk dapat menghadapi atau mengatasi stresor yang muncul (Rohayanti, 2008). Spiritual mampu menjaga integritas seksual melalui pembentukan rohani-Nya dalam kehidupan (Selzer & Joseph, 2006). Seseorang dengan spiritual yang tinggi mampu memenuhi kebutuhan seksualnya karena ketenangan dan keikhlasannya minta ridha-Nya tetapi sebaliknya individu yang cemas akan mengganggu dalam pemenuhan kebutuhan seksualnya. Nowacki dan Stephanie (2009), menyatakan bahwa individu yang lebih cemas kepada Allah dapat disebabkan karena konsep diri yang rendah. Kecemasan ini akan berpengaruh pada pemenuhan seksual. Hard (2003), melaporkan bahwa 82% pria religius mampu mengendalikan seksual yang lebih besar, 82% menjadi lebih respek terhadap wanita, dan 81% lebih memahami peran seks dalam kehidupan manusia.

c. Fungsi peran

Peran merupakan pengenalan pola-pola interaksi sosial seseorang dengan orang lain, dan seseorang dapat memerankan dirinya sesuai kedudukannya di masyarakat. Stres mempengaruhi peran dalam pekerjaannya. Berdasarkan hasil analisis diperoleh bahwa stres berhubungan yang lebih besar untuk sebuah kinerja seseorang (Sriathi, 2011). Perempuan terbuka lebih mampu beradaptasi secara sosial dibandingkan dengan perempuan pemalu (Amstrong, 2011). Fungsi peran seseorang akan dapat mempengaruhi kebutuhan seksual. Penelitian menunjukkan bahwa peran pribadi mempengaruhi seksual (Wood, Christensen, Hebl & Rothgerber, 1997).

d. Interdependensi

Interdependensi merupakan interaksi saling memberi atau menerima, kasih sayang, perhatian, saling menghargai, dan keseimbangan antara ketergantungan atau kemandirian. Bencana menimbulkan stres yang mempengaruhi pola adaptasi interdependensi. Stres membuat seseorang mengalami ketergantungan atau kemandirian dan berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan seksual. Stres ditemukan berhubungan positif antara dukungan sosial dengan stres (Arm, 2009). Hasil ini menunjukkan bahwa dukungan masyarakat mempengaruhi efektivitas diri seksual (Chandler, 2008).

Stres mempengaruhi kasih sayang seseorang. Hasil penelitian mendukung bahwa interaksi seksual dan kasih sayang meningkatkan mood dan mengurangi stres, dengan suasana hati membaik dan stres yang berkurang meningkatkan seksual (Burlison, Trevathan & Todd, 2007). Hasil penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang romantis dalam aktivitas seksual akan lebih berhasil dalam kehidupan (Amstrong, 2011).

2.4. Kebutuhan Seksual

Manusia mempunyai kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Manusia dimotivasi sejumlah kebutuhan dasar yang bersifat sama, tidak berubah, dan berasal dari sumber genetik atau naluri. Kebutuhan merupakan inti kodrat manusia. Kebutuhan mudah diabaikan atau ditekan (Goble, 2010). Seseorang merasa terancam integritas psikologisnya maka akan terganggu kebutuhan dasarnya. Stuart (2007), menjelaskan suatu sifat dapat dipandang sebagai kebutuhan dasar jika memenuhi syarat sebagai berikut: (1) Ketidakhadirannya menimbulkan penyakit; (2) Kehadirannya mencegah timbulnya penyakit; (3) Pemulihannya menyembuhkan penyakit; (4) Dalam situasi tertentu yang sangat kompleks, orang bebas memilih; (5) Kebutuhan itu tidak aktif, lemah atau secara fungsional tidak terdapat pada orang yang sehat. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang paling dasar, kuat, dan jelas antara semua kebutuhan dasar yaitu untuk mempertahankan kehidupan. Maslow dalam Goble (2010), menyampaikan bahwa

kebutuhan fisiologis mempengaruhi tingkah laku manusia, terutama kebutuhan seksual.

Kata seks secara umum sering digunakan mengacu pada bagian fisik dari berhubungan, yaitu aktifitas seksual genital. Kebutuhan seksual diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda dan mencakup pikiran, pengalaman, pengetahuan, ideal, nilai, fantasi dan emosi (Potter & Perry, 2005). Pasangan suami isteri juga mempunyai ideal diri, nilai, fantasi dan emosi yang menambah pengaruh dalam melakukan pemenuhan kebutuhan seksual.

Kebutuhan seksual dalam arti yang luas merupakan semua aspek badaniyah, psikologik, kebudayaan yang berhubungan langsung dengan seks, dan hubungan seks manusia. Seksualitas merupakan keinginan untuk berhubungan, kehangatan, kemesraan dan cinta, termasuk didalamnya memandang, berbicara, dan bergandengan tangan (Yosep, 2007).

Manusia adalah makhluk seksual. Seksualitas merupakan kebutuhan utama manusia. Pasangan suami isteri menginginkan hubungan seks yang dilakukannya tidak hanya sebagai bentuk pemuasan biologis saja, tetapi mempunyai harapan berdampak kesehatan jiwa dan fisiknya. Suami isteri dalam mencapai kenikmatan seks yang diharapkan dibutuhkan kondisi, suasana dan tempat yang mendukung. Berbagai faktor yang mampu mencapai kenikmatan dalam pemenuhan kebutuhan seksual adalah: ketenangan jiwa saat berhubungan seksual, adanya kesadaran pada pasangan bahwa hubungan seksual yang dilakukannya tidak hanya sebagai pemenuhan kewajiban saja, tetapi ada kesadaran untuk bersama-sama mempunyai keinginan untuk mencapai kenikmatan, hubungan seksual akan bernilai lebih ketika dilakukan dengan perasaan cinta dan sayang, dan memperlakukan pasangan dengan baik.

Pemenuhan kebutuhan seksual membutuhkan ketenangan jiwa. Penasehat masalah seksual dan asmara, Rudolph (2011), menyatakan, ketika wanita sedang stres, mereka hanya akan berpikir bagaimana cara melalui semua ini dengan selamat.

Sedikit sekali yang sampai sempat terpikir untuk melampiaskannya melalui kegiatan yang menyenangkan, salah satunya bercinta. Sementara jika terus-menerus stres, kondisi hormon kortisol secara keseluruhan menjadi tidak seimbang. Ketidakseimbangan hormon kortisol akan berpengaruh terhadap penurunan libido.

Hubungan seksual akan bernilai lebih ketika dilakukan dengan perasaan cinta dan kasih sayang. Perasaan ini akan mampu mendorong pemenuhan kebutuhan seksual dengan penuh kesadaran tanpa adanya keterpaksaan. Tingkah laku seksual menurut Rogers dalam Goble (2010), ditentukan utama oleh yang namanya cinta yaitu keadaan dimengerti secara mendalam dan diterima dengan sepenuh hati. Sedangkan kebutuhan pokok cinta ada 6 yaitu: yang dibutuhkan laki-laki adalah: (1) Kepercayaan padanya; (2) Menerima dia apa adanya; (3) Menghargai yang dilakukan; (4) Mengaguminya; (5) Menyetujui pekerjaannya atau perbuatannya; (6) Mendorongnya, dan yang dibutuhkan perempuan adalah : (1) Penjagaan dan perhatian; (2) Pemahaman; (3) Penghormatan (4) Pengorbanan hidup laki-laki khusus untuk dirinya; (5) Memberikan yang berhak ia terima dan tidak memberitahukan kesalahannya; (6) Penguatan cinta laki-laki kepadanya secara terus menerus (An-Nu'aimi, 2011).

Hubungan seksual merupakan sesuatu yang bisa membuat laki-laki merasakan cinta dan ia sangat memerlukan. Sementara bagi perempuan merasa membutuhkan dan merindukan melakukan hubungan seksual bila telah mendapatkan perasaan cinta (*romantisme*). Cinta bagi perempuan adalah kunci agar ia bisa merasakan kebutuhan dan keinginan melakukan hubungan seksual. Keberhasilan laki-laki dalam melakukan hubungan seksual yang baik dan menyenangkan akan membantu perempuan untuk merasakan cinta. Perasaan ini akan mengubah cara bersikap dengan perempuan. Perasaan tersebut membantu menciptakan suasana rasa kasih sayang dan pada akhirnya membantu menghilangkan atau mengurangi perselisihan atau permasalahan. Laki-laki mempunyai persepsi bahwa tidak ada obat yang paling baik selain melakukan hubungan seksual yang benar dan nikmat. Perempuan menganggap hubungan

seksual yang benar dan nikmat dapat membantu merasakan kebahagiaan serta menghidupkan cinta dan kasih sayang.

Pemenuhan kebutuhan seksual membutuhkan kesadaran bahwa hubungan seksual yang dilakukannya tidak hanya sebagai pemenuhan kewajiban saja, tetapi ada kesadaran bersama untuk mencapai kenikmatan. Suami isteri harus berkomitmen mencapainya dengan memperhatikan pola dan perbedaan lama hubungan seksual diantara keduanya. Penelitian Kenzi dalam Setyawan (2008), menyatakan bahwa laki-laki yang telah menikah dan berusia antara 21–25 tahun rata-rata dapat melakukan hubungan seksual 3 x/ minggu, usia 31 – 35 tahun dua x/ minggu dan usia 45 tahun melakukan hubungan seksual 3 kali dalam dua minggu, dan usia > 56 tahun 1x/ minggu. Meskipun tidak ada pola frekuensi hubungan seksual pola baku, Boyke (2011) menganjurkan agar suami-istri berintim-intim secara teratur 1-4 kali seminggu. Pertimbangannya, frekuensi tersebut sesuai ritme tubuh atau kondisi fisiologis pria maupun wanita. Pola frekuensi hubungan 1-4 x/ minggu memberikan keuntungan berupa kesempatan “beristirahat sejenak” pada organ-organ tubuh perempuan maupun laki-laki.

Selain pola frekuensi hubungan seksual, keluarga sering tidak mampu memunculkan kesadaran bahwa lama waktu berhubungan seksual laki-laki dan perempuan adalah berbeda. Perempuan mempunyai stigma pada laki-laki dalam masalah seksual. Perempuan berkeyakinan bahwa yang diinginkan laki-laki hanyalah hubungan seksual. Padahal Perempuan mempunyai tabiat yang berbeda dengan laki-laki dengan kata lain dalam hubungan seksual laki-laki membutuhkan waktu yang lebih pendek dibandingkan perempuan. Pola dasar seksual laki-laki adalah cepat yaitu 2-3 menit. Laki-laki cepat dibangkitkan hasrat seksualnya dan bisa mencapai orgasme dalam waktu yang singkat. Perempuan mempunyai pola atau irama yang lebih lamban. Perempuan yang berpengalaman pada umumnya memerlukan waktu sekitar 18 menit. Perasaan seks pada perempuan sangat dipengaruhi oleh masalah pribadi, keluarga dan lingkungan sosial (An -Nu'aimi 2011).

Pemenuhan kebutuhan seksual juga, dapat terpenuhi ketika pasangan memperlakukan pasangan dengan baik. Laki-laki akan tertarik untuk memenuhi kebutuhan seksual ketika melihat tubuh perempuan, tetapi sebaliknya perempuan akan tertarik untuk melakukan hubungan seksual ketika dirangsang seluruh tubuhnya. Pemahaman perbedaan antara suami isteri dalam proses pemanasan sebetulnya berhubungan seksual sangatlah penting dalam mencapai pemenuhan kebutuhan seksual.

Semua faktor tersebut, dapat dipengaruhi oleh respons seksual manusia yang sangat beragam (Hamid, 2008), antara lain:

2.4.1.1. Pertimbangan perkembangan

Proses perkembangan manusia mempengaruhi aspek psikososial, emosional, dan biologis kehidupan yang selanjutnya, dan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual.

2.4.1.2. Kebiasaan hidup sehat dan kondisi kesehatan

Kebiasaan tidur, istirahat, gizi yang adekuat, dan pandangan hidup yang positif mempunyai kontribusi pada kehidupan seksual yang membahagiakan. Seseorang dalam kondisi menderita penyakit seperti nyeri, DM, jantung, dan lainnya akan dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual ini.

2.4.1.3. Peran dan hubungan

Kualitas hubungan seseorang dengan pasangannya sangat mempengaruhi kualitas hubungan seksual.

2.4.1.4. Kognitif dan persepsi

Pengetahuan dan persepsi manusia mempengaruhi pola pemenuhan kebutuhan seksualnya.

2.4.1.5. Budaya, nilai, dan keyakinan

Pandangan masyarakat, nilai dan keyakinan individu berpengaruh terhadap ekspresi seksualitas seseorang.

2.4.1.6. Konsep diri

Pandangan individu terhadap dirinya mempunyai dampak langsung terhadap seksualitasnya. Aspek psikis berupa ketidaknyamanan dalam

diri membuat kebutuhan akan kedekatan dengan pasangan menurun. Konsep diri yang sangat rendah hingga khawatir tak mendapat perhatian dari pasangan membuat perasaan tak aman dan melakukan berbagai macam adaptasi seksual.

2.4.1.7. Koping dan toleransi terhadap stres

Kemampuan individu beradaptasi akan menimbulkan ketenangan psikologisnya yang berpengaruh dalam kenikmatan dalam pemenuhan kebutuhan seksualnya.

2.4.1.8. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman trauma atau penganiayaan terhadap pasangan akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksualnya.

Stuart (2007) menyatakan bahwa sampai saat ini tidak ada satu teori yang menjelaskan proses perkembangan seksual atau faktor predisposisi terjadinya respon seksual yang maladaptif. Beberapa teori yang telah dikemukakan meliputi:

2.4.2.1. Faktor Biologis

Teori ini menyatakan biologis adalah merupakan awal menentukan perkembangan gender. Somatotype seseorang mencakup kromosom, hormon, genitalia internal dan eksternal, serta gonad.

2.4.2.2. Pandangan Psikoanalitis

Freud memandang seksualitas adalah salah satu kekuatan penting dalam kehidupan manusia. Seksualitas berkembang sebelum pubertas dan pilihan ekspresi seksual individu tergantung dari keturunan, biologi dan sosial.

2.4.2.3. Pandangan Perilaku

Perilaku seksual merupakan suatu respons yang dapat diukur, baik dengan komponen fisiologis maupun psikologis, terhadap stimulus yang dipelajari atau kejadian mendukung.

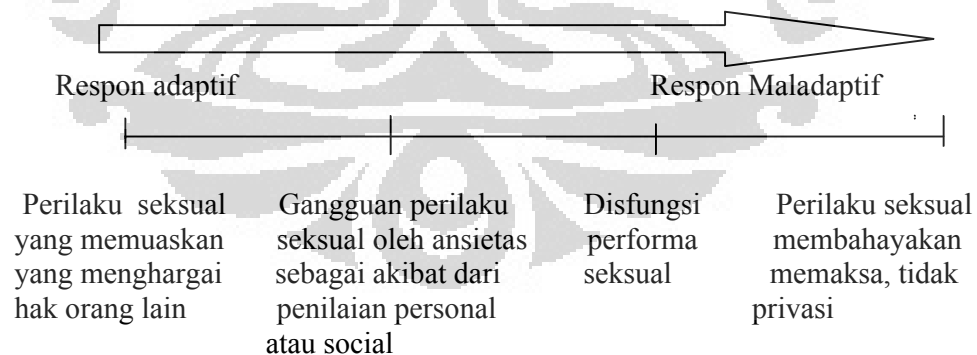
Sedangkan sumber koping dapat meliputi pengetahuan individu tentang seksualitas, pengalaman seksualitas dimasa lalu, adanya individu yang mendukung termasuk pasangan seksual, dan norma susila atau budaya yang

mendorong ekspresi seksual yang sehat. Seseorang yang mempunyai pengetahuan yang cukup akan dapat memenuhi kebutuhan seksualnya secara benar. Individu ketika kecil mengalami pelecehan seksual dapat memicu terjadinya masalah pemenuhan kebutuhan seksual. Pasangan suami isteri yang saling mendukung dalam memenuhi kebutuhan seksual akan berdampak pada pemuasan seksual. Seseorang dilingkungkannya diajarkan tentang bagaimana cara yang diperbolehkan dan tidak boleh dilakukan akan mempengaruhi dalam aktivitas seksual.

Semua faktor penyebab dan sumber koping akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual pasangan suami isteri. Ketidakmampuan pasangan suami isteri dalam mengatasi faktor-faktor tersebut akan mempengaruhi kepuasan bahkan ketiadaan aktivitas seksual dan menimbulkan masalah-masalah psikologis, seperti gelisah terus-menerus, susah tidur, dan cenderung marah-marah tanpa sebab.

2.5. Perilaku Seksual

Perilaku seksual merupakan segala aktivitas seksual yang dilakukan atau dialami seseorang. Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa ekspresi seksual digambarkan dalam rentang berkisar dari adaptif hingga maladaptif dapat dilihat pada gambar berikut:



Gb. 2. 2. Rentang respon seksual (Stuart & Laraia, 2005)

2.5.1. Perilaku Adaptif Seks

Perilaku seksual adaptif merupakan perilaku seksual yang memuaskan dan menghargai orang lain. Respon seksual yang paling adaptif harus memenuhi kriteria sebagai berikut: (1) Antara dua orang dewasa; (2) Saling memuaskan individu yang terlibat; (3) Secara fisik atau psikologis tidak membahayakan kedua pihak; (4) Tidak terdapat paksaan atau kekerasan; (5) Dilakukan ditempat tersendiri.

2.5.2. Perilaku Seks Maladaptif

Perilaku seksual yang adaptif dapat berubah menjadi maladaptif ketika tidak mampu menyesuaikan diri dengan permasalahan. Perilaku seksual maladaptif dapat terjadi bila tidak memenuhi satu atau lebih kriteria tersebut. Perilaku maladaptif (Stuart & Laraia, 2005, Townsend, 2009, Varcarolis & Halter, 2010), meliputi:

2.5.2.1. Disfungsi seksual

Seseorang mengalami perubahan fungsi seksual yang digambarkan sebagai ketidakpuasan, dan merasa tidak dihargai. Jenis disfungsi seksual meliputi penyimpangan seksual hipo dan hiperseksualitas, penyimpangan hasrat, penyimpangan getaran seksual, penyimpangan orgasme, penyimpangan nyeri seksual, dan gangguan kemampuan seksual.

2.5.2.2. Deviasi seksual

Deviasi seksual merupakan gangguan arah tujuan seksual dalam hal ini bukan lagi merupakan partner. Cara utama mendapatkan kepuasan seksual ialah dengan objek lain atau dengan cara lain yang pada umumnya dianggap biasa:

- a. Onani atau masturbasi: orang memanipulasikan alat kelamin dengan tangan atau dengan cara lain.
- b. Sadisme: memperoleh kepuasan seksual melalui penderitaan, kesakitan dan hukuman.

- c. Masokisme: memperoleh kepuasan seksual dengan menyakiti pada diri sendiri.
- d. Voyurisme: memperoleh kepuasan seksual dengan cara melihat orang lain telanjang atau senggama.
- e. Ekshibisionisme: mendapatkan kepuasan seks dengan memperlihatkan genetalia atau alat kelaminnya.
- f. Skoptofilia: memperoleh kepuasan seksual dengan melihat bentuk manusia telanjang atau melihat alat kelamin orang lain.
- g. Transvestisme: memenuhi seksual dengan cara memakai pakaian dari lawan jenis kelaminnya.

2.6. Intervensi Keperawatan Komunitas

Bencana membutuhkan strategi intervensi keperawatan komunitas secara tepat, cepat, dan menyeluruh. Tindakan ini dilakukan untuk mengatasi masalah kerentanan akibat bencana, dan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Allender dan Spradley (2005), menjelaskan bahwa perawat komunitas memiliki peran penting dalam mencegah, mempersiapkan, menanggapi, dan mendukung pemulihan dari bencana. Setelah penilaian faktor resiko terhadap masyarakat, perawat komunitas dapat melakukan kolaborasi maupun kemitraan dari multidisiplin untuk bekerjasama dalam mencegah bencana dan mempersiapkan masyarakat. Pencegahan bencana dapat dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu: pencegahan Primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

a. Pencegahan primer.

Upaya pencegahan primer dilakukan dengan mempertimbangkan kebutuhan fisik, psikososial, budaya, ekonomi dan spiritual komunitas untuk mencegah kerentanan. *World Health Organization dan Council of Nurses* (2009), menjelaskan bahwa populasi rentan pada risiko akibat bencana baik fisik dan psikologis tanggapan terhadap bencana; memenuhi kebutuhan unik dan risiko tinggi penduduk; dan menciptakan lingkungan hidup yang memungkinkan tidak menimbulkan ketergantungan melalui pemberdayaan.

Pencegahan primer merupakan bimbingan antisipasi. Latihan bencana atau latihan antisipasi bisa membantu mengatasi stres dan memberikan ketenangan sebelum bencana terjadi. Perawat komunitas melakukan peran promosi kesehatan melalui peran educator. Peran ini dilakukan dengan cara pendidikan kesehatan langsung pada individu keluarga dan masyarakat. Metode yang dilakukan dengan cara pelatihan bencana dan cara mengantisipasi bencana secara terus menerus terhadap organisasi yang ada di masyarakat dan lintas sektoral. Perawat komunitas dapat meningkatkan kesadaran dan meningkatkan persiapan secara fisik dan emosional masyarakat melalui pendidikan kesehatan.

Anggota masyarakat harus mempunyai pengetahuan yang cukup tentang keselamatan diri ketika menghadapi bencana. Masyarakat harus diberikan pengetahuan tentang apa yang harus dilakukan ketika terjadi bencana, dan ke mana harus pergi mendapatkan keamanan. Pemerintah harus memberikan perhatian yang tinggi terhadap tempat hunian yang aman untuk pengungsi. Tempat hunian yang dibangun harus mampu melindungi penghuninya dari masalah kesehatan fisik dan psikologis serta melindungi diri dari kenyamanan atau privasi.

Pendidikan kesehatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia khususnya pemenuhan kebutuhan seksual sangat penting diberikan kepada keluarga pada saat sebelum terjadinya bencana. Tujuannya agar pasangan suami isteri dapat memenuhi kebutuhan seksualnya dengan menyesuaikan diri terhadap dampak bencana. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien dan keluarga meliputi: Kebutuhan seksual dan manfaatnya pada keadaan bencana, faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan seksual, akibat tidak terpenuhinya kebutuhan seksual dan cara mengatasi masalah pemenuhan kebutuhan seksual pada saat bencana.

b. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan melalui deteksi dan penanganan dini. Tindakan yang dilakukan perawat komunitas adalah memberikan perawatan secara langsung atau bantuan darurat secara langsung dan efektif untuk mencegah korban menderita luka, cedera lebih parah dan kematian. Intervensi keperawatan komunitas dapat dilakukan dengan memberikan perawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Advokasi untuk kebutuhan masyarakat yang rentan; mengidentifikasi sumber daya yang tersedia, membuat rujukan dan bekerja sama dengan organisasi-organisasi yang tersedia; melaksanakan asuhan keperawatan; melakukan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan untuk memastikan perawatan lanjutan dalam memenuhi kebutuhan perawatan khusus (*World Health Organization & Council of Nurses, 2009*).

Tindakan keperawatan diberikan bagi klien yang terdeteksi mengalami masalah kesehatan seksual dan sudah mengalami gangguan seksual. Perawatan yang dilakukan dengan cara: memperbaiki mitos atau persepsi yang salah tentang seksual, memfasilitasi cara memenuhi kebutuhan seksual, mengajarkan ekspresi seksual yang bertanggungjawab, memberikan konseling tentang masalah seksual klien, mengajarkan senam kegel pada klien yang mengalami ejakulasi dini dan kolaborasi pada tim kesehatan lain untuk pemberian terapi.

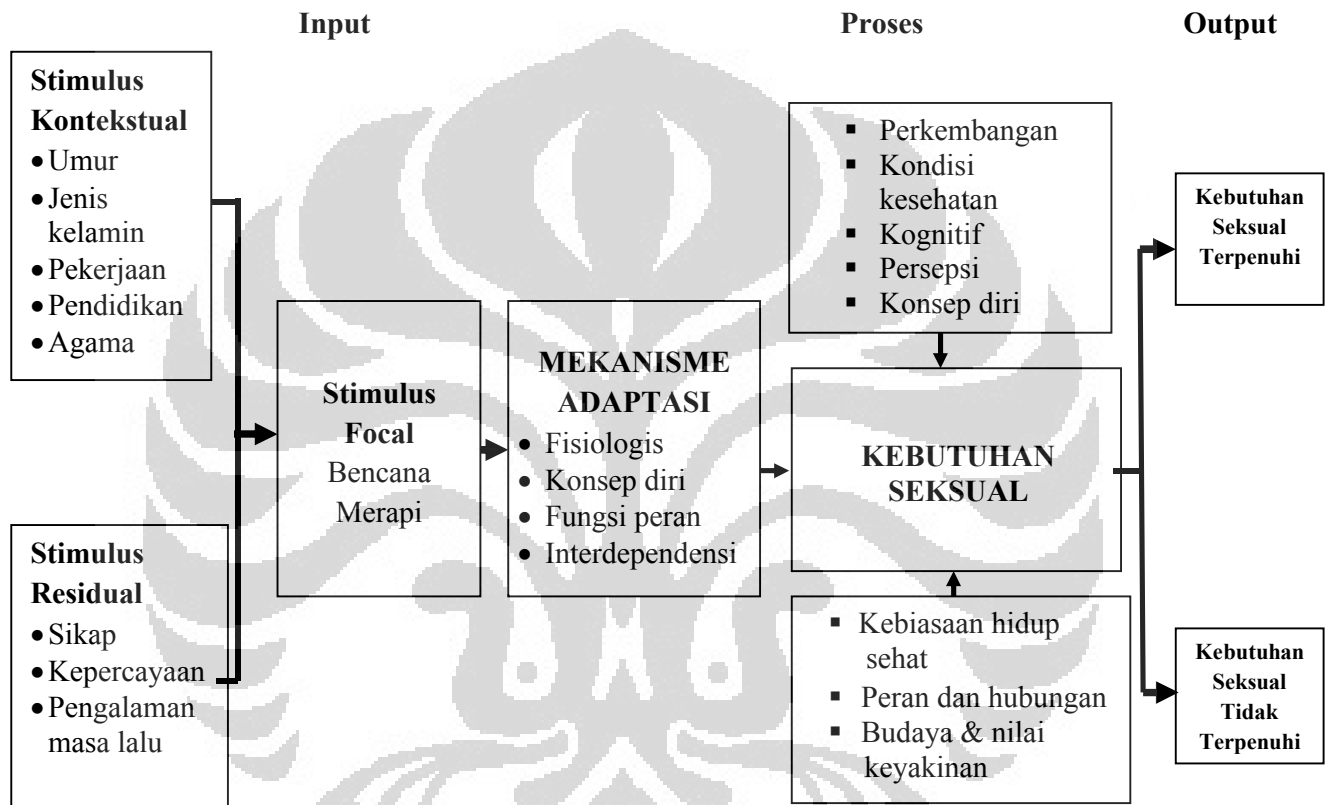
c. Pencegahan tertier

Pencegahan primer dilakukan untuk mengurangi jumlah dan derajat ketidakmampuan, kerusakan dan kecacatan yang diakibatkan dari bencana. Pencegahan ini dilakukan melalui tindakan konseling dilakukan perawat komunitas untuk mengatasi perilaku yang menyimpang secara seksual sesuai dengan faktor penyebabnya.

2.7. Kerangka Teori

Kerangka teori ini diperoleh berdasarkan hasil pemeparan pada tinjauan teori dan digambarkan pada skema 2.3.

SKEMA 2.3. KERANGKA TEORI PENELITIAN



Sumber: Modifikasi Roy (2009), BNPB (2012), Potter dan Perry (2005), Hamid (2008), Stuart dan Laraia (2005)

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional. Bab ini dimaksudkan untuk memberikan arah terhadap proses penelitian yang akan dilaksanakan.

3.1. Kerangka Konsep Penelitian

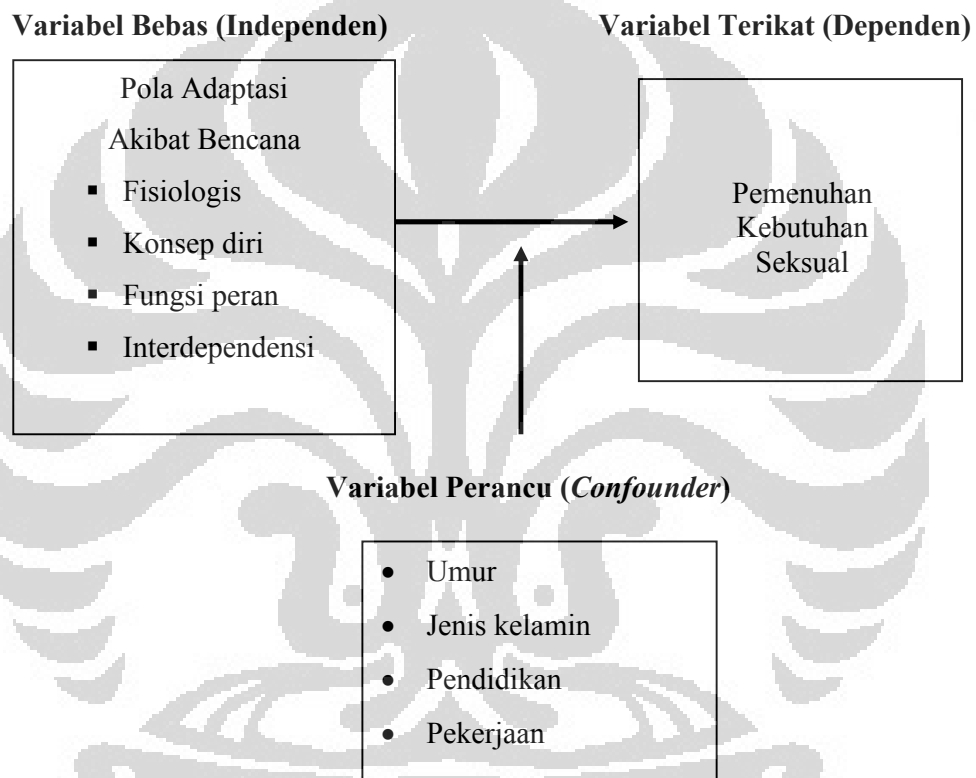
Kerangka konsep penelitian mengacu pada teori Model Adaptasi Roy untuk mengidentifikasi hubungan pola adaptasi akibat bencana terhadap pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang. Hubungan pola adaptasi akibat bencana terhadap pemenuhan kebutuhan seksual yang diprediksi akan dimasukkan ke dalam kerangka konsep penelitian untuk kemudian diuji dengan uji statistik multivariat.

Roy (2009), menjelaskan bahwa manusia merupakan suatu sistem yang mempunyai pertahanan internal untuk mempertahankan tubuh dalam kondisi normal. Stresor merupakan input yang terdiri 3 tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Pertahanan internal manusia mempunyai dua sistem adaptasi yaitu sistem regulator dan kognator. Sistem ini dimanifestasikan ke dalam empat mode yaitu fisiologis, fungsi peran, konsep diri dan interdependensi. Output dikategorikan sebagai suatu respons adaptif dan respons yang tidak efektif. Respons adaptif ditunjukkan dengan meningkatnya integritas individu, sedangkan respons yang tidak efektif digambarkan dengan tidak tercapainya tujuan. Hamid (2008), menyebutkan bahwa pola adaptasi terhadap stres merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual.

Bencana Merapi merupakan sumber utama penyebab terjadinya stres. Dampak stres akibat bencana akan mempengaruhi pasangan suami isteri untuk melakukan pola adaptasi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Pola adaptasi ini akan mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan seksual. Besarnya

pengaruh pola adaptasi dipengaruhi: umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Berdasarkan uraian ini, keterkaitan masing-masing variabel dapat dilihat dalam bagan 3.1.

Bagan 3.1
Kerangka Konsep Penelitian



3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan pernyataan hubungan dua atau lebih variabel yang merupakan pernyataan atau jawaban sementara, perlu diuji kebenarannya berguna menjawab pertanyaan penelitian. Hipotesis merupakan pernyataan formal dari hubungan yang diharapkan antara dua atau lebih variabel untuk menjelaskan masalah dan tujuan penelitian (Burn & Grove, 2009). Hipotesis merupakan pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya (Sabri & Hastono, 2010). Menurut Prasetyo dan Jannah (2010), hipotesis merupakan suatu jawaban sementara atas pertanyaan penelitian. Berdasarkan konsep teori yang ada, maka hipotesis yang muncul dalam penelitian ini adalah:

Hipotesis mayor: ada hubungan antara pola adaptasi bencana Merapi dengan pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di huntara Jumoyo Kabupaten Magelang.

Ho: Tidak ada hubungan pola adaptasi bencana Merapi terhadap pemenuhan kebutuhan seksual.

Ha: Ada hubungan pola adaptasi bencana Merapi terhadap pemenuhan kebutuhan seksual.

Hipotesis minor penelitian ini meliputi:

- a. Ada hubungan antara pola adaptasi fisiologis akibat bencana Merapi dengan pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di huntara Jumoyo Kabupaten Magelang.
- b. Ada hubungan antara pola adaptasi konsep diri akibat bencana Merapi dengan pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di huntara Jumoyo Kabupaten Magelang.
- c. Ada hubungan antara pola adaptasi fungsi peran akibat bencana Merapi dengan pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di huntara Jumoyo Kabupaten Magelang.
- d. Ada hubungan antara pola adaptasi interdependensi akibat bencana Merapi dengan pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di huntara Jumoyo Kabupaten Magelang.

3.3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.3.1. Variabel penelitian

Variabel merupakan gejala yang menjadi fokus peneliti untuk diamati (Sugiyono, 2011). Variabel adalah konsep yang mempunyai nilai (Margono, 2009). Variabel penelitian ini terdiri atas:

- a. Variabel terikat atau Dependen
Variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel terikat penelitian ini adalah pemenuhan kebutuhan seksual.
- b. Variabel bebas atau Independen
Variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel terikat. Variabel bebas penelitian ini meliputi: pola adaptasi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi akibat bencana Merapi.

3.3.2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, dan memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional yang digunakan sebagai parameter atau ukuran dalam penelitian ini diuraikan pada tabel 3.1

Tabel 3.1

Definisi Operasional Variabel Penelitian
(Variabel Dependen, Independen dan Confounding)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A Variabel Confounding (Karakteristik responden)					
1.	Umur	Jumlah tahun yang dihitung mulai lahir	Satu item pertanyaan pada kuesioner A atau demografi tentang usia responden	Dinyatakan dalam tahun berdasarkan rentang: -Dewasa awal (20-35 tahun)	Nominal

				-Dewasa tengah (36-55 tahun) -Dewasa Akhir (>56 tahun)	
2.	Jenis Kelamin	Merupakan perbedaan dari jenis kelamin/ gender responden	Satu pertanyaan kuesioner tentang kelamin responden.	item pada A jenis	1. Laki-laki 2. Perempuan Nominal
3.	Pekerjaan	Riwayat melakukan usaha baik di dalam maupun di luar rumah untuk mendapatkan penghasilan/ imbalan yang sesuai dengan usahanya	Satu pertanyaan kuesioner tentang riwayat pekerjaan responden	item pada A riwayat	1. Tidak bekerja 2. Bekerja Ordinal
4.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu pertanyaan kuesioner tentang pendidikan terakhir responden	item pada A	1. Tidak Sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMU 5. Perguruan tinggi Ordinal
B. Variabel Dependen					
5.	Pemenuhan kebutuhan seksual	Suatu tindakan alamiah, spontan yang dapat meningkatkan kepuasan pasangan suami isteri ditunjukkan dengan ketenangan jiwa, cinta & kasih sayang, pola frekuensi dan lamanya hubungan seksual, dan cara perlakuannya	Menggunakan lembar kuesioner B atau pertanyaan tentang pemenuhan kebutuhan seksual	1= tidak pernah 2= pernah 3= sering 4= selalu	Skor keseluruhan dari item jawaban kuesioner tentang perilaku seksual karena berdistribusi normal dibagi menjadi dua kategori: - tidak terpenuhi bila \leq dari mean - terpenuhi bila $>$ mean Ordinal

C. Variabel Independen

6.	Pola adaptasi fisiologis	Upaya yang dilakukan untuk mengatasi bencana melalui penyesuaian secara fisiologis yang ditunjukkan dengan terjadinya perubahan fungsi fisik	Menggunakan lembar kuesioner C: item pertanyaan nomor 1-12 tentang pola adaptasi fisiologis 1= tidak 2= ya	Skor keseluruhan dari item jawaban kuesioner tentang perilaku pola adaptasi fisiologis karena berdistribusi normal dibagi menjadi dua kategori: - fisiologis inefektif \leq dari mean - fisiologis adaptif bila $>$ mean	Ordinal
7.	Pola adaptasi Konsep diri	Upaya yang dilakukan untuk mengatasi bencana melalui penyesuaian konsep diri	Menggunakan lembar kuesioner C: item pertanyaan nomor 13-23 tentang pola adaptasi konsep diri 1=tidak 2= ya	Skor keseluruhan dari item jawaban kuesioner konsep diri karena berdistribusi normal dibagi menjadi dua kategori: - konsep diri inefektif bila \leq dari mean atau median - konsep diri adaptif bila $>$ mean atau median	Ordinal

8.	Pola adaptasi Fungsi peran	Upaya yang dilakukan untuk mengatasi akibat bencana melalui penyesuaian fungsi peran sebagai suami atau isteri, memberi dorongan, menjaga keharmonisan, saling menghibur dan membantu dalam keluarga	Menggunakan lembar kuesioner C atau item pertanyaan nomor 24-33, yaitu tentang pola adaptasi fungsi peran 1=tidak 2= ya	Skor Keseluruhan dari item jawaban kuesioner tentang perilaku pola adaptasi fungsi peran karena berdistribusi normal dibagi menjadi dua kategori: - fungsi peran inefektif bila \leq dari mean - fungsi peran adaptif bila $>$ mean	Ordinal
9.	Pola adaptasi Interdependensi	Upaya yang dilakukan untuk mengatasi akibat bencana melalui penyesuaian hubungan keluarga yang ditunjukkan dengan saling mengasihi dan menyayangi; memberi dan menerima; dan saling ketergantungan	Menggunakan lembar kuesioner C: item pertanyaan nomor 34-44, yaitu tentang pola adaptasi interdependensi 1=tidak 2= ya	Skor keseluruhan dari item jawaban kuesioner tentang perilaku pola adaptasi interdependensi karena berdistribusi normal dibagi menjadi dua kategori: - interdependensi inefektif bila \leq dari mean - interdependensi adaptif bila $>$ mean	Ordinal

BAB IV

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan analisa data.

4.1. Disain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian deskriptif korelasi menguji hubungan-hubungan yang berlangsung pada situasi tertentu, waktunya pendek, tidak dilakukan intervensi untuk memanipulasi situasi, dan dilakukan analisis statistik untuk mengetahui hubungan diantara variabel (Burn & Grove, 2009). Rancangan penelitian *cross-sectional* dilakukan dalam waktu tertentu (Prasetyo & Jannah, 2010). Kelompok subyek diberikan instrumen penilaian tentang pola adaptasi akibat bencana dan pemenuhan kebutuhan seksual dalam satu waktu secara bersamaan. Hasil penilaian dicari hubungan diantara variabel bebas dan variabel terikatnya.

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1. Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas subyek atau objek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2011). Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga di hunian sementara atau huntara Jumoyo, Kecamatan Salam Kabupaten Magelang karena jumlah penduduknya lebih banyak dibandingkan dengan huntara lain yaitu Mancasan, yaitu 117 Kepala keluarga (KK).

4.2.2. Sampel

Sampel merupakan unit paling dasar yang mempunyai karakteristik mendekati populasi diperoleh melalui proses memilih sebagian populasi atau *sampling* (Polit & Beck, 2003).

Menurut Sugiyono (2011), sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah keluarga yang tinggal di huntara. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu pemilihan sampel berdasarkan kriteria tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti, sebagai berikut:

- a. Suami atau isteri
- b. Tinggal di hunian sementara
- c. Dapat membaca dan menulis
- d. Bersedia sebagai responden.

Sampel tersebut juga tidak memiliki kriteria sebagai berikut:

- a. Tidak memiliki pasangan
- b. Menetap sementara di huntara
- c. Dalam keadaan sakit: jantung, stroke, trauma sumsum tulang belakang, asma berat, gangguan jiwa dan penyakit lain yang dapat mengganggu klien dalam pemenuhan kebutuhan seksual.

Estimasi besar sampel yang digunakan adalah dengan merencanakan analisis *multivariate* yaitu menguji hipotesis hubungan antara lebih dari 2 variabel. Dharma (2011), menggunakan perhitungan dengan cara “*rule of thumb*”. Perhitungan ini didasarkan pada jumlah sampel minimal setiap variabel independen yang diperlukan berkisar antara 5-50 kali lebih banyak. Peneliti menetapkan 20 kali dari tiap variabel independen, mempertimbangkan jumlah populasi wilayah. Jumlah sampel subjek penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus Dharma (2011), adalah:

$$n = (5 \dots 50 \times \text{Jumlah variabel independen})$$

n = Jumlah sampel; jumlah variabel independen penelitian ini adalah 4, sehingga besarnya sampel adalah: $20 \times 4 = 80$. Dilakukan koreksi jumlah

sampel untuk menghindari drop out sampel sebesar 15%. Formula yang digunakan untuk koreksi jumlah sampel (Dharma, 2011) adalah:

$$n' = \frac{n}{n - f}$$

Keterangan:

n' = besar sampel setelah dikoreksi

n = Jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya

f = prediksi persentase sampel drop out

Perhitungan jumlah sampel keseluruhan adalah

$$n' = \frac{80}{1 - 0,15} = 95$$

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada suami atau isteri di hunian sementara Jumoyo, Kecamatan Salam, Kabupaten Magelang.

4.4. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Februari sampai Juli 2012. Waktu pengambilan data dilaksanakan mulai 24 Mei-9 Juni 2012. Kegiatan penelitian dilaksanakan melalui tahapan persiapan, pelaksanaan, pengolahan dan analisa data, dan pelaporan. Tahap persiapan meliputi kegiatan pengusulan judul penelitian, penyusunan proposal, ujian proposal revisi proposal dan ujicoba instrumen dilaksanakan pada 17 Januari-30 Mei 2012. Tahap pelaksanaan dilakukan dengan cara pengambilan data pada tanggal 6-10 Juni 2012. Pengolahan dan analisa data dilakukan pada 11-15 Juni 2012. Tahap pelaporan meliputi kegiatan menulis laporan penelitian sampai dengan penyerahan ke Perpustakaan dilaksanakan pada tanggal 16 Juni sampai 16 Juli 2012. Jadwal penelitian pada lampiran.

4.5. Etika Penelitian

Pertimbangan etika penelitian ini, dengan memperhatikan aspek-aspek: *privacy*, *anonymity*, *informed consent*, terhindar dari bahaya dan kejadian negatif yang mungkin terjadi (Polit & Hungler, 2006). Pemenuhan kebutuhan seksual merupakan masalah sensitif yang memungkinkan responden tidak bersedia mengikuti penelitian ini. Peneliti melakukan upaya penjelasan mengenai tujuan penelitian, resiko dan potensi ketidaknyaman yang dialami selama penelitian, manfaat penelitian, prosedur pengisian instrument sebelum pengambilan data. Selanjutnya klien yang sesuai kriteria dan bersedia untuk menjadi responden dimintai untuk menanda tangani *informed consent* dan dilanjutkan dengan pengisian kuesioner. Adapun prinsip-prinsip etik yang diperhatikan adalah sebagai berikut:

4.5.1. Prinsip Otonomi

Penelitian ini akan menggali keluarga dalam pemenuhan kebutuhan seksual, yang bagi sebagian orang merupakan hal yang bersifat tabu dan malu untuk diceritakan. Untuk melindungi responden dari hal tersebut, maka peneliti menggunakan prinsip otonomi yakni *self determination* artinya partisipan berhak membuat keputusan atas dirinya sendiri dilakukan dengan secara sadar dan dipahami dengan baik, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian atau untuk berhenti dari penelitian ini (Burn & Grove, 2009).

Self determination sebagai hak responden dilaksanakan peneliti dengan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan proses penelitian, serta hak-hak partisipan selama mengikuti penelitian. Penjelasan dikemukakan secara verbal dan dalam bentuk tertulis dengan harapan dapat lebih mudah dipahami secara jelas oleh responden (termasuk penjelasan bagaimana data akan digunakan). Responden diberikan kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak bersedia mengikuti penelitian ini dengan sukarela. Apabila responden mengundurkan diri maka tidak dikenakan sanksi apapun. Responden yang menyatakan setuju dimintai memberikan tanda tangan pada lembar *informed consent*.

Proses *informed consent* adalah proses meminta persetujuan partisipan yang akan berperan serta pada penelitian ini. *Informed consent* ini digunakan untuk mengevaluasi kesediaan responden dalam berperan serta selama penelitian pada berbagai tahap proses penelitian (Streubert & Carpenter, 2003). Tujuan *informed consent* adalah untuk memperoleh kesediaan responden untuk mengikuti penelitian. Peneliti membuat *informed consent* dalam bentuk tertulis oleh karena itu pada penelitian ini responden harus bisa membaca dan menulis.

Selama proses penelitian sebagian besar calon responden bersedia menjadi responden dan bersedia menandatangani *informed consent* tetapi didapatkan 2 calon responden yang benar-benar tidak bersedia menjadi responden karena menganggap bahwa seksual adalah sesuatu yang privasi bagi dirinya. Peneliti memberikan kebebasan kepada calon responden yang tidak bersedia dengan mencari pengganti keluarga lain yang sesuai kriteria inklusi dengan melakukan koordinasi dengan Kepala hunian sementara Jumoyo.

Penelitian ini juga menggunakan menggunakan prinsip *confidentiality* yaitu peneliti menjamin kerahasiaan data atau informasi yang disampaikan oleh responden dan hanya akan mempergunakannya untuk kepentingan penelitian (Burn & Grove, 2009). Prinsip ini dilaksanakan oleh peneliti melalui penjelasan bahwa semua yang disampaikan responden diberikan jaminan kerahasiaan. Responden juga diberikan penjelasan bahwa dijamin keamanan identitas dirinya sebab peneliti hanya menggunakan kode pada data yang dikemukakan oleh partisipan dan tidak menyertakan nama responden (*anonymity*) sejak pengumpulan data hingga penyajian hasil penelitian, dan dijamin tidak menceritakan kepada orang lain kecuali pembimbing. Data akan disimpan pada tempat rahasia, hanya diketahui peneliti dan akan dimusnahkan setelah 5 tahun.

4.5.2. Prinsip *beneficence*

Peneliti menghormati prinsip *beneficence*, artinya penelitian mendukung ke arah kebaikan yaitu memberi manfaat secara langsung maupun tidak langsung bagi responden. Manfaat langsung responden mendapatkan informasi tentang cara

pemenuhan kebutuhan seksual. Manfaat tidak langsung adalah responden dapat membantu orang lain di daerah rawan bencana karena dari informasi yang diberikan dapat menjadikan pertimbangan pengembangan hunian sementara yang mempertimbangkan pemenuhan kebutuhan dasar.

4.5.3. Prinsip *nonmaleficence*

Peneliti menjelaskan kepada responden, bahwa penelitian yang akan dilakukan tidak akan membahayakan atau tidak menimbulkan resiko bagi responden karena bukan penelitian dengan perlakuan dan tidak berakibat fatal. Penelitian ini dapat menimbulkan resiko malu responden pada saat menuliskan jawaban di lembar kuesioner. Untuk mengatasi rasa malu, peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya, dan menawarkan apakah menginginkan diisi sendiri oleh suami atau isteri dan atau didampingi peneliti. Pada saat penelitian sebagian besar responden meminta untuk mengisi kuesioner sendiri tanpa didampingi tetapi diambil pada hari itu juga.

4.5.4. Prinsip *justice*

Penelitian ini melibatkan beberapa responden dengan sifat atau karakteristik yang berbeda, maka peneliti menggunakan prinsip keadilan (*justice*). Prinsip keadilan yang dimaksud adalah tidak membeda-bedakan dalam memperlakukan responden. Peneliti dan asisten peneliti memberikan perlakuan yang sama terhadap responden mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan, dan terminasi. Semua responden yang terlibat memiliki hak yang sama dalam penelitian. Prinsip *justice* terpenuhi melalui penerapan *respect for others*, dan *dignity*. Prinsip *respect for others* dilihat sebagai prinsip tertinggi diantara prinsip-prinsip etik lainnya, seperti perbedaan *gender*, agama, dan suku dari setiap partisipan yang terlibat dalam penelitian. Pada saat penelitian tidak diketemukan adanya permasalahan yang berhubungan dengan prinsip keadilan karena diberikan kebebasan isteri atau suami yang akan mengisi kuesioner, mayoritas beragama Islam dan semuanya suku Jawa. Prinsip untuk dihargai (*dignity*), peneliti menghargai seluruh jawaban responden atas pola adaptasi akibat bencana dan pemenuhan kebutuhan seksualnya yang diisikan dalam kuesioner. Peneliti juga memberikan penyuluhan

pemenuhan kebutuhan seksual di huntara setelah penelitian sebagai tanda terimakasih kepada responden.

4.6. Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data yang digunakan oleh peneliti adalah kuesioner yang berisi pertanyaan terkait variabel yang diteliti tergambar pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Daftar pertanyaan kuesioner

Variabel	Pertanyaan positif	Pertanyaan negative
Pemenuhan Kebutuhan Seksual	4,5,6,7,8,9,10,11,15,16,7,18,19,20,21,26,27	1,2,3,12,13,14,22,23,24,25,28
Pola Adaptasi Fisiologis	2,6,9,10,11,12,13	1,3,4,5,7,8
Pola Adaptasi Konsep diri	14,15,16,17,18,20,22, 23	13,19,21
Pola adaptasi Fungsi Peran	24,25,26,27,28,29,30,31,32,33	
Pola Adaptasi Interdependensi	34,35,36,37,38,41, 44	39,40,42,43

Penyusunan kuesioner dimulai dengan membuat kisi-kisi instrumen yang dikembangkan sesuai variabel dalam kerangka teori. Alat pengumpul data atau instrumen dilakukan uji coba pada responden di hunian sementara Mancasan karena memiliki karakteristik yang sama dengan calon responden di huntara Jumoyo. Jumlah responden yang dijadikan uji coba sebanyak 30 orang, dengan alasan nilai distribusi lebih mendekati kurva normal didasarkan pada pendapat Arikunto (2010), yang menyatakan bahwa jumlah subjek uji coba adalah 25-45 orang. Proses ujicoba dilakukan melalui tahapan validitas dan reliabilitas sebagai berikut:

4.6.2.1. Validitas

Validitas menunjukkan suatu alat ukur mengukur sesuai yang seharusnya hasil pengukuran. Instrumen yang valid harus mempunyai validitas internal dan eksternal. Validitas internal menunjukkan bahwa kriteria yang ada pada instrumen secara teori telah mencerminkan apa yang diukur. Validitas eksternal menunjukkan kriteria di dalam instrumen disusun berdasarkan fakta-fakta empiris yang ada. Validitas instrumen diuji menggunakan uji korelasi *pearson product moment*

dengan ketentuan r hitung lebih besar dari r tabel. Hasil uji validitas penelitian dari 32 item pertanyaan tentang pemenuhan kebutuhan seksual diperoleh 28 item pertanyaan valid dan 4 item pertanyaan yang tidak valid karena r hitung kurang dari 0,361; dan dari 54 pertanyaan pola adaptasi terhadap bencana didapatkan 44 item pertanyaan yang valid dan 10 pertanyaan yang tidak valid. Pertanyaan yang tidak valid tidak diikuti dalam penelitian karena komposisi pertanyaan sudah mewakili dari segi teori dan kebutuhan penelitian.

4.6.2.2. Reliabilitas

Reliabilitas merupakan suatu pengukuran yang konsisten dari hasil ukuran dengan menggunakan sebuah instrumen khusus dan mengindikasikan keluasan dari kesalahan acak melalui metode pengukuran (Burn & Grove, 2009). Reliabilitas menunjukkan konsistensi pengukuran yang dilakukan berulang kali untuk mendapatkan hasil yang sama. Uji reliabilitas dilakukan setelah semua pertanyaan valid. Reliabilitas diketahui dengan cara membandingkan nilai r hasil (α) dengan nilai r tabel. Keputusan uji dikatakan reliabel jika r $\alpha > r$ tabel (Hastono, 2007). Koefisien Alpha untuk menentukan keeratan hubungan digunakan kriteria Guiford (1956) dalam Susanti (2009), yaitu:

Tabel. 4.2. Interpretasi Koefisien Korelasi

Interval Koefisien Korelasi	Tingkat Hubungan
Kurang dari 0,20	Hubungan sangat kecil dan bisa diabaikan
0,20-< 0,40	Hubungan yang kecil (tidak erat)
0,40-<0,70	Hubungan yang cukup erat
0,70-<0,90	Hubungan yang erat (reliabel)
0,90-<1.00	Hubungan yang sangat erat (sangat reliabel)
1,00	Hubungan sempurna

Hasil reliabilitas didapatkan 28 item pertanyaan pemenuhan kebutuhan seksual reliabel (r $\alpha = 0,954$), dan pola adaptasi akibat bencana 44

item pertanyaan dinyatakan reliabel yaitu: 12 pertanyaan adaptasi fisiologis ($r_{\alpha} = 0,864$); 11 pertanyaan konsep diri ($r_{\alpha} = 0,832$); 10 pertanyaan fungsi peran ($r_{\alpha} = 0,913$); dan 12 pertanyaan interdependensi ($r_{\alpha} = 0,881$). Pertanyaan instrumen semua reliabel sehingga dapat digunakan sebagai alat pengumpul data pada penelitian ini. Hasil uji validitas dan reliabilitas secara lengkap dapat dilihat di bawah ini.

Tabel 4.3. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen

No.	Instrumen	Validitas	Reliabilitas
1.	Fisiologis	0,384-0,727	0,864
2.	Konsep diri	0,384-0,658	0,832
3.	Fungsi Peran	0,540-0,846	0,913
4.	Interdependensi	0,422-0,820	0,881
4.	Kebutuhan Seksual	0,417-0,870	0,954

4.7. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada dasarnya dapat dilakukan secara baik tetapi didapatkan beberapa persoalan teknis pada saat pengumpulan data saat uji coba yaitu: masih adanya item pertanyaan yang belum diisi oleh responden, belum jelas cara mengisinya, malu-malu untuk mengisinya dan terdapat juga responden yang benar-benar tidak mau mengisi terutama item pertanyaan kebutuhan seksual karena dianggap sesuatu yang privasi. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi hambatan ini dengan cara menjalin hubungan saling percaya dengan responden. Peneliti dan asisten peneliti membentuk *trust* dengan melakukan kunjungan dua minggu sebelum pengambilan data. Pendekatan dilakukan dengan mengunjungi kelompok-kelompok tempat berkumpulnya masyarakat yang biasanya pada sore hari setelah selesai bekerja. Kegiatan yang dilakukan adalah memperkenalkan diri, mengeksplorasi permasalahan-permasalahan yang dihadapi masyarakat dan menjelaskan rencana penelitian yang akan dilakukan. Peneliti meyakinkan calon responden bahwa seksual adalah sesuatu kebutuhan yang cara memenuhinya dibutuhkan keterbukaan, memberi penjelasan secara benar dan melakukan diskusi atas ketidaksediaan responden, dan melakukan klarifikasi

kembali jawaban yang diberikan. Peneliti mencari pengganti calon responden yang tidak bersedia dengan calon responden lain yang sesuai kriteria inklusi.

Prosedur pengumpulan data dari proses penelitian ini dimulai dengan pelaksanaan uji etik, uji validitas dan reliabilitas instrumen. Uji etik dilakukan oleh Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sebelum pengambilan data, peneliti terlebih dahulu melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen sebelum digunakan sebagai alat ukur penelitian. Selanjutnya peneliti mengajukan permohonan ijin Kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. Setelah mendapatkan ijin secara tertulis, peneliti melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang, Kepala Puskesmas Salam, Kepala Desa Jumoyo, Kepala Dusun hunian sementara yang merupakan tempat penelitian ini. Adapun prosedur pengumpulan data adalah sebagai berikut:

4.7.1. Tahap Persiapan

- 4.7.1.1. Peneliti mengusulkan kepada Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan memperoleh persetujuan kelayakan uji etik penelitian pada bulan Mei 2012
- 4.7.1.2. Prosedur perijinan dilakukan peneliti dengan meminta surat pengantar permintaan ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang, selanjutnya meminta surat ijin pengantar dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang yang meminta kepada Kepala Puskesmas Salam Kabupaten Magelang untuk mengizinkan kegiatan penelitian ini.
- 4.7.1.3. Selanjutnya peneliti meminta ijin wilayah dan mensosialisasikan rencana penelitian kepada Kepala desa, Kepala Dusun serta Kader kesehatan yang ada di wilayah Desa Jumoyo dengan membina hubungan saling percaya melalui perkenalan, dan dilanjutkan dengan menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur penelitian, hak dan peran responden selama penelitian.

- 4.7.1.4. Peneliti dibantu oleh Kepala Dusun dan Kader kesehatan di huntara Jumoyo Kabupaten Magelang sebagai fasilitator dalam menentukan calon responden sesuai dengan kriteria inklusi.
- 4.7.1.5. Peneliti meminta bantuan asisten peneliti yang sebelumnya dilakukan penyamaan persepsi secara lisan maupun tertulis. Peneliti membagikan informasi secara tertulis mengenai tujuan penelitian, resiko dan potensi ketidaknyaman responden yang mungkin dialami selama penelitian, manfaat penelitian, prosedur pengambilan data, dan etika yang diperhatikan pada saat pengambilan data. Asisten peneliti sebelumnya diminta untuk membaca dan memahaminya. Peneliti dan asisten peneliti mendiskusikan semua hal yang belum jelas terkait proses penelitian. Setelah mempunyai persepsi yang sama baru dilaksanakan pengambilan data pada semua calon responden.
- 4.7.1.6. Peneliti dan asisten peneliti dengan koordinasi Kepala huntara Jumoyo mengadakan kunjungan langsung di setiap rumah yang dinyatakan sebagai responden. Pengambilan data dengan koordinasi Kepala huntara Jumoyo semua proses dilakukan melalui kunjungan ke setiap rumah calon responden oleh peneliti dan asisten peneliti.
- 4.7.1.7. Setelah mendapatkan calon responden, peneliti membina hubungan saling percaya melalui perkenalan, dan dilanjutkan dengan menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur penelitian, hak dan peran responden dalam penelitian di rumah masing-masing responden.

4.7.2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan peneliti melakukan pembagian dan pengisian kuesioner dengan tahapan sebagai berikut:

Peneliti dibantu oleh 5 asisten peneliti perempuan yang merupakan Dosen Fikes Universitas Muhammadiyah Magelang dengan cara menjelaskan mengenai maksud dan tujuan penelitian; menjelaskan bahwa kebutuhan seksual adalah kebutuhan seperti halnya makan atau minum dan membutuhkan keterbukaan; menjelaskan manfaat penelitian bagi responden akan memperoleh pengetahuan ang benar tentang seksual dan memberikan informasi terhadap korban bencana di

daerah lain yang rawan bencana; menjelaskan kepada responden bahwa penelitian ini tidak ada unsur paksaan dan responden boleh memilih untuk mengikuti penelitian atau tidak bersedia; menjelaskan cara pengisian kuesioner. Responden yang bersedia diminta menandatangani surat kesediaan sebagai responden.

Peneliti dan asisten peneliti membagikan kuesioner dan meminta untuk mengisi secara jujur sesuai pengalaman responden dengan menawarkan apakah mau diisi suami atau isteri dan harus ditunggu peneliti atau ditinggal sendiri. Sebagian besar responden minta tidak ditunggu peneliti dan diambil pada hari itu juga.

4.7.3. Tahap Terminasi

Pada tahap ini, peneliti dan asisten peneliti mengambil kembali kuesioner yang sudah diisi responden dan melakukan pengecekan instrumen untuk memastikan kuesioner telah diisi, mengecek kelengkapan jawaban, dan memberikan kesempatan pada responden untuk menanyakan kemungkinan salah persepsi dalam pengisian jawaban dan pertanyaan lain terkait penelitian, dan mengisi kembali item pertanyaan yang belum terisi. Setelah pengisian instrumen lengkap, peneliti menyatakan pada responden bahwa proses penelitian telah berakhir. Peneliti memberikan penyuluhan tentang kebutuhan seksual pada responden. Selanjutnya peneliti mengucapkan terima kasih atas kesediaan dan kerjasama responden selama proses penelitian dengan baik.

4.8. Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1. Pengolahan data

Langkah-langkah pengolahan data dilakukan melalui tahapan: editing, koding, processing, dan cleaning (Hastono, 2007), sebagai berikut:

4.8.1.1. Editing

Editing adalah mengoreksi kesalahan-kesalahan yang ditemukan saat penelitian, dengan cara melakukan pengecekan kelengkapan data yang ada. Pengecekan dilakukan dengan melihat kelengkapan data (kelengkapan lembar kuesioner dan isian kuesioner), kejelasan, relevansi dan konsistensi jawaban yang ada pada isian kuesioner. Pada saat *editing*

sudah tidak ditemukan kesalahan karena semua pengisian instrumen sudah dilakukan pengecekan saat proses terminasi.

4.8.1.2. *Coding*

Teknik ini dilakukan dengan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan, selanjutnya dimasukkan ke dalam lembaran tabel kerja untuk memudahkan pengolahan data. Peneliti memberikan kode angka pada setiap variabel yang diteliti antara lain meliputi: umur (dewasa awal: 1, dewasa tengah: 2, & dewasa akhir: 3); jenis kelamin (laki-laki: 1, perempuan: 2); pendidikan (tidak sekolah: 0, SD: 1, SLTP: 2, SMA: 3, & PT: 4); pekerjaan (tidak bekerja: 1, bekerja: 2); pola adaptasi adaptif : 1, pola adaptasi inefektif: 0; terpenuhi kebutuhan seksual: 1; dan tidak terpenuhi kebutuhan seksual: 0.

4.8.1.3. *Processing*

Memindahkan jawaban atau kode pada *master table* yang telah disiapkan agar data dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program computer.

4.8.1.4. *Cleaning*

Pembersihan data dilakukan dengan mengecek kembali data yang sudah di-*entry* ada kesalahan atau tidak. Tindakan pembersihan data dilakukan dengan cara mendeteksi adanya *missing* data dan diketahui data yang di-*entry* benar atau salah. Pada proses ini dilakukan pengecekan pada semua variabel apakah persentasenya sudah 100%. Pada saat pengecekan terdapat kesalahan dalam menulis kode angka pada jenis pekerjaan lalu dilakukan pengecekan kembali pada kuesioner ternyata didapatkan kode angka yang keliru. Selanjutnya dilakukan perbaikan atau dilakukan penggantian sesuai data.

4.8.2. **Analisa data**

Tahap ini data diolah dan dianalisis dengan tehnik analisis kuantitatif. Dalam pengolahan ini mencakup tabulasi data dan perhitungan-perhitungan statistik. Analisis data dibedakan menjadi 3 macam yaitu:

4.8.2.1. Analisis univariat

Dalam analisis univariat, data-data dideskripsikan dari masing-masing variabel yang diteliti meliputi karakteristik responden. Hastono (2007), menjelaskan bahwa data numerik digunakan nilai mean, median dan standard deviasi, sedangkan data kategorik hanya menjelaskan angka atau nilai jumlah dan persentase masing-masing kelompok.

Data disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan tendensi sentral. Burn dan Grove (2009), menyebutkan bahwa distribusi frekuensi meliputi persentase atau proporsi, dan tendensi sentral terdiri mean, median dan modus. Pada penelitian ini variabel dengan jenis data numerik disajikan berupa nilai mean atau median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal. Sedangkan variabel yang berjenis data kategorik disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

4.8.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap variabel bebas dan variabel terikat. Dalam penelitian ini, analisa bivariat dilakukan dengan pengujian statistik *chi square* karena seluruh variabel memiliki jenis data kategorik. Uji statistik dianalisis dengan menggunakan derajat kemaknaan (*confidence interval*) 95% atau 0,05 (Sugiono, 2011). Variabel yang dihubungkan dan penggunaan uji statistik dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Analisis bivariat uji statistik antara dua variabel

No.	Variabel Independen	Variabel dependen	Uji Statistik
1.	Fisiologis	Pemenuhan kebutuhan seksual	Chi square
2.	Konsep diri	Pemenuhan kebutuhan seksual	Chi square
3.	Fungsi Peran	Pemenuhan kebutuhan seksual	Chi square
4.	Interdependensi	Pemenuhan kebutuhan seksual	Chi square

4.8.2.3. Analisis Multivariat

Analisis dilakukan menggunakan regresi logistik ganda. Analisis ini dalam rangka mengetahui hubungan beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat. Hastono (2007), menyatakan bahwa regresi logistik berganda merupakan analisis hubungan antara beberapa

variabel independen (campuran kategorik dan atau numerik) dengan satu variabel dependen katagorik (terutama yang dikotomus). Langkah uji multivariat regresi logistik berganda adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Pemodelan dilakukan dengan cara memasukkan semua variabel: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pola adaptasi fisiologis, pola adaptasi konsep diri, fungsi peran dan interdependensi ke dalam model.
- b. Memilih variabel yang dianggap penting masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p\ value < 0,05$ dan mengeluarkan $p\ valuenya > 0,05$, namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai $p\ value$ terbesar. Pemodelan lengkap diperoleh nilai $p\ value$ terbesar adalah jenis kelamin sehingga dikeluarkan dari model. Selanjutnya secara berurutan dikeluarkan $p\ value$ terbesar adalah umur, konsep diri, pendidikan dan terakhir yang dikeluarkan adalah pola adaptasi fisiologis.
- c. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Penentuan variabel interaksi sebaiknya melalui logika substansif. Pengukuran interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model. Hasil analisis ini dapat menggambarkan variabel yang paling sesuai sebagai faktor hubungan variabel terikat. Proses pemodelan terakhir didapatkan variabel yang nilai $p\ valuenya$ terkecil adalah fungsi peran dan interdependensi. Adapun model rumus regresi logistik ganda tersebut adalah sebagai berikut:

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-Z}}$$

Variabel karakteristik responden dan variabel pola adaptasi dihubungkan dengan pemenuhan kebutuhan seksual dengan menggunakan uji statistik multivariat dapat dilihat pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Analisis multivariat uji statistik

No.	Variabel Independen	Variabel dependen	Uji Statistik
1.	Umur	Pemenuhan kebutuhan seksual	Regresi logistik berganda
2.	Jenis kelamin		
3.	Pekerjaan		
4.	Pendidikan		
5.	Fisiologis		
6.	Konsep diri		
7.	Fungsi Peran		
8.	Interdependensi		

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang hasil penelitian yang meliputi: karakteristik responden, pola adaptasi akibat bencana, pemenuhan kebutuhan seksual, hubungan pola adaptasi akibat bencana dengan pemenuhan kebutuhan seksual dan variabel yang paling berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan seksual.

5.1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden diuraikan berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Distribusi frekuensi karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 5.1

Tabel 5.1
Distribusi responden menurut umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang tahun 2012 (n=95)

Karakteristik	Jumlah	%
1. Usia		
a. 20-35 tahun	40	42,1
b. 35-55 tahun	41	43,2
c. > 55 tahun	14	14,7
2. Jenis Kelamin		
a. Laki-laki	41	43,2
b. Perempuan	54	56,8
3. Tingkat pendidikan		
a. SD	47	49,5
b. SLTP	26	27,4
c. SLTA	22	23,2
4. Pekerjaan		
a. Tidak bekerja	25	26,3
b. Bekerja	70	73,7

Tabel 5.1 menggambarkan proporsi terbanyak adalah dewasa tengah (36-55 tahun) sebesar 43,2%; jenis kelamin perempuan sebesar 56,8%; tingkat pendidikan responden SD sebesar 49,5; dan bekerja yaitu 73,7%.

5.2. Pola Adaptasi Akibat Bencana Merapi

Pola adaptasi akibat bencana pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang dapat digambarkan pada tabel 5.2

Tabel 5.2
Distribusi pola adaptasi akibat bencana pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang tahun 2012 (n=95)

Pola adaptasi	Jumlah	%
1. Fisiologis		
a. Tidak efektif	40	42,1
b. Adaptif	55	57,9
2. Konsep diri		
a. Tidak efektif	42	44,2
b. Adaptif	53	55,8
3. Fungsi peran		
a. Tidak efektif	40	42,1
b. Adaptif	55	57,9
4. Interdependesi		
a. Tidak efektif	42	44,2
b. Adaptif	53	55,8

Tabel 5.2 menggambarkan persentase pola adaptasi keluarga terbanyak adalah adaptif.

5.3. Kebutuhan Seksual

Hasil analisis kebutuhan seksual keluarga di hunian sementara Kabupaten Magelang ditunjukkan pada tabel 5.3

Tabel 5.3
Distribusi responden menurut kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang tahun 2012 (n=95)

Kebutuhan Seksual	Jumlah	%
a. Tidak terpenuhi	44	46,3
b. Terpenuhi	51	53,7

Tabel 5.3 menggambarkan proporsi terbanyak adalah kebutuhan seksualnya terpenuhi sebesar 53,7%.

5.4. Hubungan Pola Adaptasi Akibat Bencana dengan Pemenuhan Kebutuhan Seksual

Hubungan pola adaptasi akibat bencana dengan pemenuhan kebutuhan seksual dilakukan analisis dengan menggunakan uji *Chi square*. Hasil uji analisisnya dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4
Analisis pola adaptasi akibat bencana Merapi dan kebutuhan seksual pada Keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang tahun 2012 (n=95)

Pola adaptasi	Kebutuhan Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Tidak terpenuhi		Terpenuhi		N	%		
	n	%	n	%				
Tidak Efektif	32	33,7	11	11,6	43	45,3	9,697	0,000
Adaptif	12	12,6	40	42,1	52	54,7	3,78 – 24,85	
Jumlah	44	46,3	51	53,7	95	100		

Tabel 5.4 menunjukkan hasil uji didapatkan $p \text{ value} < 0,05$, artinya terdapat hubungan yang bermakna pola adaptasi dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Hasil analisis diperoleh nilai $OR=9,7$; artinya bahwa pola adaptasi akibat bencana secara adaptif mempunyai peluang 9,7 kali untuk terpenuhinya kebutuhan seksual dibandingkan dengan suami isteri yang pola adaptasinya inefektif.

5.4.1. Fisiologis dan Pemenuhan Kebutuhan Seksual

Hasil analisis hubungan pola adaptasi fisiologis akibat bencana dengan pemenuhan kebutuhan seksual ditunjukkan pada tabel 5.5

Tabel 5.5
Analisis pola adaptasi fisiologis akibat bencana dan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang tahun 2012 (n=95)

Pola adaptasi Fisiologis	Kebutuhan Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Tidak terpenuhi		Terpenuhi		N	%		
	n	%	n	%				
Tidak Efektif	27	28,4	13	13,7	40	42,1	4,643	0,001
Adaptif	17	17,9	38	40,0	55	57,9	1,94 – 11,13	
Jumlah	44	46,3	51	53,7	95	100		

Tabel 5.5 menunjukkan p value < 0,05, artinya terdapat hubungan yang bermakna pola adaptasi fisiologis dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Hasil analisis diperoleh nilai OR=4,6 yang artinya pola adaptasi akibat bencana secara adaptif mempunyai peluang 4,6 kali untuk terpenuhinya kebutuhan seksual dibandingkan dengan suami isteri yang pola adaptasi fisiologisnya inefektif.

5.4.2. Konsep Diri dan Pemenuhan Kebutuhan Seksual

Hasil analisis hubungan pola adaptasi konsep diri akibat bencana dengan pemenuhan kebutuhan seksual ditunjukkan pada tabel 5.6

Tabel 5.6
Analisis pola adaptasi konsep diri akibat bencana dan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang tahun 2012 (n=95)

Pola adaptasi Konsep diri	Kebutuhan Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Tidak terpenuhi		Terpenuhi		N	%		
	n	%	N	%				
Tidak Efektif	28	29,5	14	14,7	42	44,2	4,625	0,001
Adaptif	16	16,8	37	39,0	53	55,8	1,94 – 11,03	
Jumlah	44	46,3	51	53,7	95	100		

Tabel 5.6 menunjukkan nilai p value < 0,05, artinya terdapat hubungan yang bermakna pola adaptasi konsep diri dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Hasil analisis didapatkan nilai OR = 4,6 yang artinya pola adaptasi akibat bencana

secara adaptif mempunyai peluang 4,6 kali untuk terpenuhinya kebutuhan seksual dibandingkan dengan suami isteri yang pola adaptasi konsep dirinya inefektif.

5.4.3. Fungsi Peran dan Pemenuhan Kebutuhan Seksual

Hasil analisis hubungan pola adaptasi fungsi peran akibat bencana dengan pemenuhan kebutuhan seksual ditunjukkan pada tabel 5.7

Tabel 5.7
Analisis pola adaptasi fungsi peran akibat bencana dan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang tahun 2012 (n=95)

Pola adaptasi Fungsi Peran	Kebutuhan Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Tidak terpenuhi		Terpenuhi		N	%		
	n	%	N	%				
Tidak Efektif	30	31,6	10	10,5	40	42,1	8,786	0,000
Adaptif	14	14,7	41	43,2	55	57,9	3,44 – 22,45	
Jumlah	44	46,3	51	53,7	95	100		

Tabel 5.7 menunjukkan nilai *p value* < 0,05, berarti terdapat hubungan yang bermakna pola adaptasi fungsi peran dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Hasil analisis nilai OR=8,8 artinya pola adaptasi fungsi peran akibat bencana secara adaptif mempunyai peluang 8,8 kali untuk terpenuhinya kebutuhan seksual dibandingkan dengan suami isteri yang pola adaptasi fungsi perannya inefektif.

5.4.4. Interdependensi dengan Pemenuhan Kebutuhan Seksual

Hasil analisis hubungan pola adaptasi interdependensi akibat bencana dengan pemenuhan kebutuhan seksual ditunjukkan pada tabel 5.8

Tabel 5.8
Analisis pola adaptasi interdependensi akibat bencana dan kebutuhan seksual keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang tahun 2012 (n=95)

Pola adaptasi Interdependensi	Kebutuhan Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Tidak terpenuhi		Terpenuhi		N	%		
	n	%	n	%				
Tidak Efektif	30	31,6	12	12,6	42	44,2	6,964	0,000
Adaptif	14	14,7	39	41,1	53	55,8	2,81 – 17,24	
Jumlah	44	46,3	51	53,7	95	100		

Tabel 5.8 menunjukkan nilai p *value* < 0,05, artinya terdapat hubungan yang bermakna pola adaptasi interdependensi dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Hasil analisis diperoleh nilai OR=6,96, menunjukkan pola adaptasi interdependensi akibat bencana secara adaptif mempunyai peluang 6,96 kali untuk terpenuhinya kebutuhan seksual dibandingkan dengan suami isteri yang pola adaptasi interdependensinya inefektif.

5.5. Variabel Berpengaruh dalam Pemenuhan Kebutuhan Seksual

Variabel yang berkontribusi terhadap pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang dilakukan dengan uji regresi logistik ganda dengan cara: 1) Melakukan pemodelan lengkap, mencakup semua variabel yaitu: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pola adaptasi fisiologis, pola adaptasi konsep diri, fungsi peran dan interdependensi; 2) Melakukan penilaian interaksi, dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang nilai p *value* tidak signifikan secara berurutan satu persatu dari nilai p *value* terbesar; 3) Melakukan penilaian *confounding* dengan melihat nilai beda > 10%. Pemodelan lengkap diperoleh nilai p *value* terbesar adalah jenis kelamin sehingga dikeluarkan dari model. Selanjutnya secara berurutan dikeluarkan p *value* terbesar adalah umur, konsep diri, pendidikan pola adaptasi fisiologis. Hasil uji melalui proses pemodelan terakhir ditunjukkan pada tabel 5.8

Tabel 5.9
Pemodelan akhir faktor yang berkontribusi terhadap pemenuhan
kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana
Merapi Kabupaten Magelang tahun 2012 (n=95)

Pola adaptasi	Kebutuhan Seksual						(95% CI)
	B	SE	Wald	Df	P ^	Exp(B)	
Step 6 ^a Fungsi peran1	1,864	,590	9,985	1	,002	6,449	2,03– 20,49
Interdependensi 1 (Constant)	1,127	,552	4,163	1	,041	3,086	1,05 - 9,11

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa variabel yang berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan seksual adalah pola adaptasi fungsi peran dengan hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,01 dan nilai OR= 6,449, artinya pola adaptasi fungsi peran akibat bencana secara adaptif mempunyai peluang 6,449 kali untuk terpenuhinya kebutuhan seksual dibandingkan dengan suami isteri yang pola adaptasi fungsinya inefektif setelah dikontrol variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, pola adaptasi fisiologis dan konsep diri. Uji statistik pola adaptasi interdependensi menunjukkan nilai p value = 0,041 dan nilai OR= 3,086, artinya pola adaptasi interdependensi akibat bencana secara adaptif mempunyai peluang 3,086 kali untuk terpenuhinya kebutuhan seksual dibandingkan dengan suami isteri yang pola adaptasi interdependensinya inefektif sesudah dikontrol variabel jenis kelamin, umur, pendidikan, pola adaptasi fisiologis dan konsep diri.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan tentang interpretasi dan diskusi tentang hubungan pola adaptasi akibat bencana dengan pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang, keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian. Bab ini dimaksudkan untuk memberikan landasan hasil penelitian yang didapatkan.

6.1. Interpretasi dan Diskusi

6.1.1. Karakteristik Responden

Hasil penelitian karakteristik responden pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang menunjukkan usia terbanyak adalah dewasa awal dan dewasa tengah. Hastuti (2004) melaporkan bahwa umur perempuan yang tinggal di lereng Merapi Selatan yang terbanyak adalah dewasa awal 25,3% dan dewasa tengah 61,4%. Hasil ini menunjukkan persamaan survey di Desa Jumoyo Kecamatan Salam Kabupaten Magelang (2011), didapatkan komposisi penduduk yang tinggal di hunian sementara atau hunian Jumoyo sebagian besar usia produktif yaitu usia 20-59 tahun sebesar 64,5%. Bidang pelayanan kesehatan Dinkes Kabupaten Magelang (2010), melaporkan bahwa terdapat sebanyak 42.671 jiwa tinggal di pengungsian kabupaten Magelang yang sebagian besarnya adalah usia dewasa. Hasil penelitian ini menggambarkan sesuai dengan kriteria inklusi pada sampel dan menggambarkan usia pengungsi di Kabupaten Magelang.

Karakteristik berdasarkan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan. Yudhistira (2008), menyebutkan bahwa komposisi penduduk yang tinggal di daerah kawasan gunung Merapi lebih banyak laki-laki. Badan Pusat Statistik (2010), melaporkan bahwa komposisi penduduk laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Perbedaan ini dapat disebabkan waktu pengambilan data lebih sering bertemu

isteri daripada suaminya karena sebagian besar sebagai ibu rumah tangga atau bila bekerja pulanginya lebih awal dibandingkan suami.

Tingkat pendidikan responden terbanyak adalah SD dan tidak ada yang berpendidikan tinggi. Yudhistira (2008), melaporkan bahwa komposisi penduduk yang tinggal di daerah kawasan gunung Merapi adalah SD sebesar 51%. Hasil ini juga sama dengan hasil penelitian Hastuti (2004) yang menunjukkan bahwa pendidikan perempuan yang tinggal di lereng Merapi Selatan terbanyak adalah SD 56,6%. Hasil ini menunjukkan bahwa pendidikan masyarakat di daerah sekitar Merapi berpendidikan SD. Pengungsi dengan pendidikan tinggi sebagian besar meninggalkan hunian sementara dan lebih memilih tinggal di daerah lain yang layak atau lebih memilih tinggal di rumah saudaranya.

Karakteristik Responden berdasarkan pekerjaan diperoleh data bahwa sebagian besar bekerja sebanyak 73,7%. Hasil ini menunjukkan persamaan dengan Hastuti (2004) yang melaporkan bahwa perempuan yang tinggal di lereng Merapi Selatan 91,5 % adalah bekerja yang meliputi: pertanian, peternakan bahkan mencari pasir dan batu. Hasil ini menunjukkan persamaan bahwa sebagian besar masyarakat adalah bekerja. Bencana Merapi menimbulkan rusaknya lahan pertanian yang menyebabkan hilangnya pekerjaan masyarakat. Selanjutnya Merapi mengeluarkan material berupa pasir dan batu yang mempunyai nilai ekonomi dan sebagai lahan pekerjaan. Hasil ini menggambarkan bahwa responden mampu beradaptasi terhadap bencana dengan mengalihkan pekerjaan yang lain dari sebelumnya.

6.1.2. Pola Adaptasi Akibat Bencana

Bencana alam Merapi membuat suami atau isteri menyesuaikan diri secara fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi baik adaptif maupun inefektif.

Hasil penelitian pola adaptasi fisiologis akibat bencana pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang menunjukkan sebagian

besar secara adaptif. Hasil penelitian ini berbeda dengan Wijayanti, Suryaningsih dan Tiniko (2010), yang menyebutkan bahwa dampak erupsi Merapi mengganggu kesehatan fisik. Masalah kesehatan fisik dialami pengungsi karena dampak primer maupun sekunder Merapi yang biasanya berupa perlukaan, maupun ISPA karena debu vulkanik, pusing-pusing atau diare. Dampak ini biasanya dialami pada minggu sampai bulan awal pasca bencana. Potter dan Perry (2005), menyatakan bahwa secara fisiologis sistem tubuh akan berespon terhadap stimulus yang mempengaruhi terjadinya stres. Nazario (2005), menjelaskan bahwa respon fisiologis terhadap penyebab stres dipengaruhi reaksi hormon cortisol dan epineprin. Individu yang mengalami stres akan melepaskan cortisol dan epineprin dalam darah untuk melawan terhadap stres.

Individu akan berusaha menyesuaikan diri dengan stres untuk mencapai homeostasis atau keseimbangan dalam semua dimensi kehidupan secara holistik atau menyeluruh. Individu yang adaptif akan mampu mengatasi stres yaitu mempertahankan tingkat kesejahteraan yang tinggi dibandingkan dengan yang respon inefektif (DeLaune & Ladner, 2011). Individu yang mempunyai kemampuan adaptasi secara fisiologis secara adaptif akan cepat mengatasinya dan tidak akan mengalami penyakit fisik yang patologis. Sedangkan seseorang yang tidak mampu melawan stresor dapat mengalami kelelahan, hipertensi, gastritis dan penyakit fisik lainnya.

Hasil penelitian pola adaptasi konsep diri menunjukkan sebagian besar secara adaptif. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Galea, Nandi dan Vlahov (2004) menyebutkan akibat psikologis dapat menyebabkan terjadinya trauma korban langsung dari bencana pada populasi umum 5-10%. Hopper, Bassuk dan Olivet (2010) menyebutkan reaksi trauma bukan satu-satunya masalah kejiwaan yang dihadapi, banyak juga yang menderita depresi, dan penyakit mental parah. Meskipun efek psikologis bencana bervariasi dari situasi ke situasi tetapi menunjukkan bahwa tanggapan emosi terhadap bencana secara umum di dunia adalah mirip atau hampir sama. Korban dapat menunjukkan setidaknya beberapa gangguan psikologis trauma dan depresi pada jam-jam segera atau awal setelah

bencana. Sebagian besar, gejala secara bertahap mereda selama berikutan minggu sampai dengan dua belas minggu setelah bencana, namun, 20-50 % atau bahkan lebih mungkin masih menunjukkan tanda-tanda bermakna. Secara umum menunjukkan gejala umumnya terus menurun (Ehrenreich, 2001).

Stres menghadapi bencana dipengaruhi oleh persepsi, keyakinan atau nilai, budaya, pengalaman dan tingkat dukungan sosial terhadap individu. Faktor-faktor ini apabila mampu menunjang kearah perilaku yang positif akan mampu berpengaruh adaptasi secara adaptif. Santanu (2010), menjelaskan bahwa umumnya manusia 82% dipengaruhi oleh pikiran bawah sadar yang meliputi *memory* atau ingatan, *self image* atau citra diri, *personality* atau kepribadian, dan habits atau kebiasaan. Individu yang mampu menggabungkan pikiran bawah sadarnya secara positif akan mempunyai kekuatan dalam menghadapi stres pasca bencana.

Hasil penelitian konsep diri sesuai dengan pendapat Stuart (2009), menyatakan bahwa semua nilai, keyakinan dan ide seseorang yang mencakup persepsi, perasaan tentang ukuran dan bentuk tubuh, fungsi, penampilan dan potensi tubuh mempengaruhi perilaku seseorang. Individu yang mempunyai konsep diri adaptif akan menerima dirinya sebagai seorang yang berharga dan berbeda dengan orang lain. Penerimaan berbagai keadaan hidup merupakan keyakinan atau pandangan positif yang dapat menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting untuk membentuk coping seseorang dalam menghadapi keadaannya (Muktadin, 2002, dalam Hariana & Ariani, 2007). Faktor menerima (*nrimo*) pada budaya Jawa dan persepsi suami atau isteri bahwa bencana Merapi dianggap sesuatu yang biasa juga turut mempengaruhi konsep diri adaptif pada responden. Citra tubuh juga berhubungan dengan harga diri. Citra tubuh dapat menimbulkan gejala depresi dan kecemasan pada laki-laki dan perempuan (Davison & McCabe, 2005). Individu yang mempunyai citra tubuh yang tinggi akan mempunyai harga diri yang baik dan akan mampu melakukan adaptasi konsep diri secara adaptif. Perbedaan penelitian ini disebabkan karena keunikan manusia dalam merespon terhadap bencana.

Hasil penelitian pola adaptasi fungsi peran akibat bencana pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang menunjukkan sebagian besar secara adaptif. Peran mengacu pada seperangkat perilaku yang diharapkan yang ditentukan oleh norma-norma keluarga, budaya, dan sosial. Setiap pasangan suami isteri mempunyai kewajiban untuk memenuhi perannya masing-masing. Peran selalu menyertai tanggung jawab. Setiap kali seseorang dapat memenuhi tanggung jawab akan mampu mengatasi masalahnya (DeLaune & Ladner, 2011). Peneliti berpendapat bahwa bencana akan menimbulkan suatu respon pada individu untuk menyesuaikan dirinya seperti yang diharapkan sosialnya. Suami atau isteri akan melakukan adaptasi dengan saling mendukung dalam melaksanakan perannya secara adaptif. Suami atau isteri dituntut kemampuannya untuk menyadari perasaan dirinya dan perasaan suami dan kemudian memotivasi diri, mengelola emosi dengan baik dalam diri sendiri maupun dalam berhubungan dengan orang lain.

Hubungan intim pasangan suami isteri juga diperlukan kemampuan-kemampuan kesadaran diri, kontrol diri, empati, komunikasi terbuka, komitmen dan penyelesaian konflik sehingga mampu beradaptasi secara adaptif terhadap stres (Novianti, 2009). Suami atau isteri yang menyadari kelebihan dan kekurangan dirinya akan mampu memecahkan masalahnya dengan baik. Kontrol diri diantara pasangan suami isteri secara adaptif sangat dibutuhkan untuk mengendalikan stresor. Dukungan suami atau isteri melalui sikap saling mendengar dan merasakan apa yang dirasakan diantara pasangan akan mampu membantu mengatasi stres. Pasangan suami isteri yang selalu menjaga rasa keterbukaan dalam memecahkan permasalahannya akan mampu mencegah dan mengatasi masalah. Konflik dalam keluarga apalagi dalam kondisi pasca bencana adalah sesuatu yang normal tetapi yang terpenting adalah bagaimana komitmen pasangan suami isteri memecahkan secara bijaksana.

Hasil penelitian pola adaptasi interdependensi akibat bencana pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang menunjukkan sebagian besar secara adaptif. Roy (2009) menyebutkan bahwa pola adaptasi

interdependensi yang adaptif ditunjukkan dengan kasih sayang, cinta, kemandirian komunikasi yang efektif, perhatian, keamanan dan sistem pendukung yang cukup. Ketika ketetangaan dan kekerabatan lumpuh akibat bencana Merapi, pengungsi dengan cepat membangun sistem sosial dan berkonsolidasi. Di dalam kerja sosial masyarakat Jawa mengenal filosofi *sepi ing pamrih rame ing gawe* (tidak mementingkan diri, giat bekerja). Ungkapan kunci lain adalah mengedepankan sikap *nrimo* atau pasrah, *sabar*, *waspada-eling* atau selalu hati-hati dan ingat, *andhap asor dan prasaja* atau sederhana (Zamroni, 2011). Filosofi inilah yang dapat menjadi kekuatan kebersamaan suami isteri selama tinggal di hunian sementara untuk beradaptasi secara adaptif.

Hasil penelitian Lestari (2007), menunjukkan adanya hubungan yang positif antara dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informasi, dan jaringan sosial dengan pengembalian akibat bencana. Individu yang mendapatkan dukungan keluarga yang tinggi dapat membantu mengatasi stres dan menimbulkan koping adaptif terhadap stres selanjutnya tercipta keberhasilan dalam beradaptasi (Taylor, 1995 dalam Hariana & Ariani, 2007). Interaksi yang terjadi secara berulang-ulang terbukti penting bagi kesehatan psikologis pada saat stres (Friedman, 2010). Peneliti berpendapat bahwa interaksi, dukungan dan kebersamaan pasangan suami isteri pada saat menghadapi bencana akan mampu beradaptasi interdependensi secara adaptif.

Hasil penelitian secara umum suami atau isteri di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang ini menunjukkan respons yang adaptif. Hasil penelitian ini sesuai Roy (2009) yang menyatakan bahwa setiap individu untuk dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi dengan melakukan adaptasi secara fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi. Pola adaptasi yang terpenuhi dengan baik maka menghasilkan perilaku adaptif dan bila tidak terpenuhi dengan baik sebaliknya akan menghasilkan respon perilaku inefektif.

6.1.3. Kebutuhan Seksual

Hasil penelitian pada suami atau isteri di hunian sementara Kabupaten Magelang sebagian besar kebutuhan seksualnya terpenuhi tetapi masih ada sebanyak 46,3% yang belum terpenuhi kebutuhan seksualnya. Responden yang tidak terpenuhi kebutuhan seksualnya ditemukan sebanyak 33,7 % pola adaptasinya inefektif dan 12,6% pola adaptasinya adaptif. Aday (2001) menyebutkan bahwa populasi korban bencana merupakan kelompok yang *vulnerable* (Aday, 2001). Kerentanan berhubungan dengan kemampuan beradaptasi terhadap perubahan sosial dari beragam dampak berkaitan masalah kesehatan dan bencana. Faktor-faktor yang mempengaruhi kerentanan terhadap dampak psikologis merugikan tidak semua orang sama-sama terkena dampak bencana, dan tidak semua bencana sama-sama menghancurkan dari segi psikologis (Ehrenreich, 2001). Kelompok rentan yang mampu mengatasi perubahan sosial yang terjadi baik berupa kesehatan personal maupun perubahan *extreme* di lingkungannya akan mampu mengatasi dampak bencana (Lindsay, 2003, dalam Yustiningrum 2010). Sedangkan kelompok rentan yang tidak mampu mengatasi pengaruh lingkungan psikososial akibat bencana akan menghambat dalam pemenuhan kebutuhan seksual.

Dampak bencana Merapi mengakibatkan situasi dapat mengakibatkan kehilangan atau berduka karena fisik, psikologis maupun sosial ekonomi yang dapat terjadi secara terus menerus terutama pada individu yang mengalami kerentanan. *Chronic Sorrow Teory* menjelaskan bahwa kehilangan akan menimbulkan ketidakseimbangan antara yang diharapkan dengan kenyataan. Kejadian ini akan memicu timbulnya kesedihan atau dukacita berkepanjangan atau mendalam. Individu dengan pengalaman kesedihan tersebut biasanya akan menggunakan metode manajemen internal dan eksternal dalam mengatasinya. (Gordon, 2009). Kemampuan manajemen mempengaruhi pola adaptasi adaptif atau inefektif yang dapat mempengaruhi pemenuhan seksualnya.

Metode manajemen internal atau koping personal dengan cara: pengalihan perhatian, berpikir positif, ikhlas menerima, melakukan curhat, menangis dan mengekspresikan emosi. Strategi manajemen ini semua dianggap efektif bila

individu mengaku terbantu untuk menurunkan perasaan kembali berduka. Sedangkan manajemen eksternal yaitu dukungan yang dilakukan oleh profesional kesehatan khususnya perawat komunitas.

Hasil pengamatan peneliti dukungan profesional kesehatan masih kurang dibuktikan dalam memberikan pelayanan kesehatan lebih menekankan upaya kuratif, belum adanya sarana dan tenaga khusus yang memberikan pelayanan konsultasi terhadap masalah psikologis dan seksual. Akibat yang dapat terjadi adalah proses adaptasi dapat mengalami pemulihan secara lambat dan bahkan bisa terjadi adaptasi inefektif lagi. Badan penelitian dan pengembangan Propinsi Jawa Tengah (2008), melaporkan bahwa upaya pelayanan yang menyentuh kesehatan mental hanya bersifat incidental (kegiatan dilakukan beberapa hari saja setelah kejadian bencana), tidak berkesinambungan dan kegiatan ini di masa rehabilitasi dan *recovery* ternyata tidak ada.

Menurut teori Engle's bahwa tahap proses berduka dibagi menjadi 3 yaitu: syok dan ketidakpercayaan, mengembangkan kesadaran, restitusi dan resolusi. Syok dan ketidakpercayaan ditandai dengan disorientasi, tidak berdaya, penolakan dan tidak mampu menghadapi kenyataan. Tahap ini berlangsung dari menit sampai berhari-hari. Pengembangan kesadaran ditandai dengan meningkat realitas kerugian, merasa berdaya, mampu mengatasi kesalahan, kesedihan, dan kesendirian. Tahap ini dapat berlangsung dari 6 sampai 12 bulan. Tahap Restitusi dan resolusi menandai awal proses penyembuhan dan bisa memakan waktu hingga beberapa tahun (DeLaune & Ladner, 2011). Peneliti berpendapat bahwa individu yang mampu melalui tahap berduka dengan cepat akan mampu memenuhi kebutuhan seksualnya tetapi sebaliknya yang tidak mampu melalui tahapan ini dapat menghambat pemenuhan kebutuhan seksualnya.

Kubler-Ross (2005) mengenalkan 5 tahap dalam menghadapi proses berduka yaitu: penolakan atau denial, kemarahan atau *anger*, penawaran atau *bargaining*, depresi, dan penerimaan atau *acceptance*. Tahap awal Individu dalam menghadapi bencana biasanya marah pada dirinya sendiri atau orang lain bahkan bisa menyalahkan Tuhan. Tahap selanjutnya individu akan mengalami negosiasi

antara menerima dan menolak kejadian bencana dengan mengatakan seandainya bencana tidak terjadi maka saya tidak kehilangan rumah tetapi individu juga mengatakan mungkin ini memang kehendak Tuhan. Selanjutnya individu dapat menjadi diam, menolak, menangis dan berduka. Tahap terakhir individu akan menerima keadaannya dan mampu melakukan pola adaptasi secara adaptif. Semua tahapan berduka ini dapat dialami pasangan suami isteri yang tinggal di hunian sementara akibat bencana Merapi secara berulang-ulang tetapi juga terkadang tidak semua tahapan ini dialaminya.

Responden tinggal di hunian Sementara Kabupaten Magelang sudah lebih dari satu tahun sehingga memungkinkan keluarga sudah mampu mengatasi tahapan berduka yang diakibatkan bencana. Hasil penelitian Maryam (2007), menyebutkan bahwa setelah setahun gempa dan tsunami di Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam sebagian besar (88,4%) mengalami stres tingkat minor, strategi koping yang dilakukan keluarga berfokus pada masalah dan berfokus pada emosi. Faktor yang mempengaruhi strategi koping berdasarkan masalah adalah masalah kesehatan, stres kognitif, dukungan sosial dan tipologi keluarga. Strategi koping berfokus pada emosi dipengaruhi kepribadian, umur kepala keluarga, jumlah anggota keluarga, dan dukungan sosial.

Seksual adalah merupakan kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan mendasar yang harus dipenuhi lebih dahulu sebelum kebutuhan lainnya (Maslow 2000, dalam Baihaqi et al., 2007). Individu akan menekan dahulu semua kebutuhan lain sampai kebutuhan fisiologisnya terpenuhi (Goble, 2010). Hasil wawancara peneliti menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan bahwa kebutuhan seksual adalah kebutuhan yang penting dan harus dipenuhi meskipun pada keadaan bencana. Peneliti mempunyai keyakinan bahwa individu yang tinggal di hunian sementara pasca bencana tetap berusaha memenuhi kebutuhan seksualnya.

Alasan lain suami atau isteri mampu terpenuhi kebutuhan seksualnya didukung hasil penelitian Virginasari (2011) yang menunjukkan bahwa hubungan seksual dapat menurunkan stres. Suami isteri yang mempunyai keyakinan bahwa

memenuhi kebutuhan seksual merupakan suatu rekreasi akan memenuhinya ketika dirinya merasa stres. Alasan lain sesuai karakteristik responden sebagian besar adalah usia dewasa muda sesuai aspek perkembangan seksual lebih mementingkan kuantitas seksual. Individu akan mempunyai persepsi bahwa terpenuhinya kebutuhan seksual dipengaruhi seberapa sering melakukan hubungan seksual.

Keluarga dewasa awal biasanya jumlah keluarganya juga lebih sedikit sehingga dapat mengatasi rasa malu ketika melakukan aktivitas seksual karena tidak terdengar anak atau tetangganya. Dorongan seksual membuat individu akan berusaha memenuhi kebutuhan seksualnya melalui pola frekuensi seksual. Suami atau isteri dewasa tengah memungkinkan tetap mampu memenuhi kebutuhan seksualnya meskipun tinggal di hunian sementara yang belum menjamin kenyamanannya dan privasinya.

Meskipun sebagian besar dewasa awal tetapi juga didapatkan keluarga yang tinggal bersama dengan jumlah anggota yang banyak atau keluarga besar. Suami atau isteri yang tidak mampu menyesuaikan diri dengan mengatur waktu yang tepat untuk memenuhi kebutuhan seksual dapat mempengaruhi tidak terpenuhinya kebutuhan seksual. Hasil survey peneliti menunjukkan bahwa terdapat anggota keluarga yang mengatakan tidak mampu memenuhi kebutuhan seksualnya karena takut terdengar atau dilihat anggota keluarga atau anaknya.

Galea, Nandi dan Vlahov (2004), melaporkan bahwa perempuan memiliki prevalensi lebih tinggi terjadi trauma pasca bencana dibandingkan laki-laki. Kuffel dan Haiman (2006), menemukan bahwa gairah suasana hati perempuan secara signifikan lebih berpengaruh terhadap seksual dibandingkan dengan ketika kondisi mengendalikan kecemasan. Perempuan yang mengalami kecemasan bahkan terjadi trauma akan mengalami kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan seksualnya. Menurut peneliti bahwa faktor yang mempengaruhi sebagian responden yang tidak mampu memenuhi kebutuhan seksual karena

pola adaptasi inefektif disebabkan sebagian besar responden adalah perempuan.

Hasil survei yang dilakukan setelah 11 bulan gempa Hanshin Jepang menunjukkan lebih banyak perempuan dibandingkan laki-laki yang mengalami masalah kesehatan memburuk karena tinggal di tempat penampungan sementara: privasi tidak dijamin dan mengeluh tidak adanya privasi di tempat penampungan (Takeuchi & Shaw, 2008). Faktor lingkungan hunian sementara yang tidak memberikan kenyamanan dan menjaga privasi penghuninya juga mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan seksual.

Hasil survey peneliti menunjukkan bahwa bangunan rumah: atap seng, dinding dari anyaman bambu yang berlubang, tidak terpisah diantara rumah hunian. Faktor bangunan ini membuat sebagian responden mengeluh kedinginan pada malam hari dan merasa kepanasan pada siang hari. Kondisi dinding terbuat dari anyaman bambu membuat cahaya listrik bisa masuk lubang sehingga aktivitas yang dilakukan di dalam rumah dapat dilihat dari luar rumah.

Hasil Survei pada salah satu responden setelah 11 bulan gempa di Hanshin Jepang menunjukkan bahwa seorang isteri sering melakukan pertengkaran dengan suaminya karena ketidakmampuannya memenuhi tuntutan pemenuhan seksual suaminya. Responden mengatakan bahwa ia merasa sangat menghambat untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya karena hunian sementara yang tidak dapat melindungi privasinya (Takeuchi & Shaw, 2008). Peneliti berkeyakinan bahwa faktor hunian sementara yang tidak dapat memberikan kenyamanan dan menjaga privasi dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual di hunian Kabupaten Magelang. Individu akan merasa khawatir terdengar atau terlihat oleh tetangganya dan merasa tidak nyaman.

Sebagian responden melakukan pola adaptasi adaptif tetapi tidak terpenuhi kebutuhan seksualnya. Faktor yang menyebabkan adalah karena masih banyaknya pasangan suami isteri yang minim pengetahuan tentang seksual dan

kurangnya keterbukaan seputar hubungan seksual (Pangkahila, 2011). Penyebab lainnya adalah karena faktor komunikasi dan faktor ekonomi (Setiati, 2006 dalam Chandrasari, 2009).

Dzara (2011), menyebutkan bahwa pemenuhan kebutuhan seksual untuk memuaskan seksual laki-laki berbeda dengan perempuan. An-Nu'aimi (2011), menjelaskan bahwa perempuan mempunyai tabiat yang berbeda dengan laki-laki. Laki-laki cepat dibangkitkan hasrat seksualnya dan bisa mencapai orgasme dalam waktu yang singkat. Dipihak lain, perempuan mempunyai pola atau irama yang lebih lamban.

Kebutuhan seksual berhubungan dengan bagaimana seseorang mengkomunikasikan perasaan melalui tindakan yang dilakukannya, seperti sentuhan, ciuman, pelukan, dan senggama sexual dan perilaku yang lebih halus, seperti isyarat gerak tubuh, berpakaian, dan kata-kata (Potter & Perry, 2005). Peneliti berpendapat bahwa suami atau isteri yang tidak memperhatikan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kebutuhan seksual baik saat kondisi bencana atau kondisi normal dapat menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan seksualnya.

6.1.4. Hubungan Pola Adaptasi Akibat Bencana dan Pemenuhan Kebutuhan Seksual

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna pola adaptasi dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Kebutuhan seksual merupakan kebutuhan yang istimewa karena mencakup kebutuhan fisiologis dan kebutuhan dicintai dan mencintai (Maslow 2000, dalam Baihaqi et al., 2007). Secara biologis kebutuhan seksual juga dapat meredakan ketegangan fisik dan secara psikologis sangat penting bagi pemuasaan kebutuhan-kebutuhan suami atau isteri. Kebutuhan seksual dapat terpenuhi bagi suami isteri sangat bersifat perseorangan atau pribadi. Alasan inilah sering menyebabkan kebutuhan seksual sesuatu yang unik dan biasanya dipengaruhi oleh adanya dorongan seksual melalui gabungan dari kenangan, gairah, dan fantasi. Kemampuan dalam menciptakan dan

mengendalikan dorongan seksual secara adaptif pada saat menghadapi bencana Merapi sangat penting dalam pemenuhan kebutuhan seksual karena menghasilkan aktifitas seksual yang terorganisasi (Baihaqi et al., 2007).

Suami isteri yang mengalami adaptasi secara adaptif menyebabkan kondisi tubuh menjadi stabil sehingga mampu memenuhi kebutuhan seksualnya dengan baik. Sebaliknya stres juga sering membuat individu berpikir bagaimana cara melaluinya dengan baik sehingga sedikit sekali yang sampai sempat terpikir untuk melampiaskannya melalui kegiatan yang menyenangkan, salah satunya bercinta. Sementara jika terus-menerus stres, kondisi hormon kortisol secara keseluruhan menjadi tidak seimbang. Ketidakseimbangan hormon kortisol akan berpengaruh terhadap penurunan libido (Rudolph, 2011). Peneliti berpendapat bahwa penurunan libido akan mempengaruhi suami isteri dalam memenuhi kebutuhan seksualnya.

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna pola adaptasi fisiologis dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Potter dan Perry (2005), menyatakan bahwa ketika individu menghadapi sesuatu stresor maka akan berespon secara fisiologis melalui saraf otonom dan sistem endokrin. Reaksi ini terdiri atas reaksi peringatan, tahap resisten dan tahap kehabisan tenaga (DeLaune & Ladner, 2011).

Reaksi peringatan dengan cara stimulus direspon hipotalamus untuk memerintahkan hipofisis anterior memproduksi Adeno Corticotropin hormon (ACTH). Peningkatan ACTH akan merangsang diproduksinya kortisol oleh korteks adrenal untuk menyiapkan energi sebagai respon adaptasi. Efek lain juga terjadi peningkatan hormon epineprin dan norepineprin untuk meningkatkan aliran darah ke otot, meningkatkan pengambilan oksigen dan memperbesar kewaspadaan mental. Reaksi ini disebut reaksi jangka pendek. individu akan melawan atau menghindari stresor yang memunculkan penyelesaian situasi dan penghilangan stres (Stanhope & Knollmueller, 2010).

Individu akan berupaya beradaptasi ke tahap resisten yaitu tubuh kembali stabil. Tubuh akan memperbaiki kembali kerusakan yang terjadi selama proses adaptasi. Tahap inilah yang menyebabkan individu mampu beradaptasi secara adaptif. Stres dan peningkatan hormon ACTH berpengaruh terhadap peningkatan endorfin yang memberikan efek menyenangkan (Team Dee Publishing, 2010). Suami atau isteri yang mempunyai energi yang cukup dan cara adaptasi secara fisiologis yang adaptif akan mampu memenuhi kebutuhan seksualnya. Energi yang menurun menyebabkan kelelahan yang mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan seksualnya (An-Nu'aimi, 2011). Namun demikian, ketika individu tidak berhasil beradaptasi terhadap stresor akan kehabisan tenaga dan individu akan mengalami adaptasi inefektif serta kadar endorfin mengalami penurunan sehingga efeknya suami atau isteri tidak mampu memenuhi kebutuhan seksualnya (Corwin, 2001).

Selain faktor endorfin pemenuhan kebutuhan seksual sangat dipengaruhi hormon estrogen pada perempuan dan androgen atau testosteron pada laki-laki. Produksi hormon estrogen yang memadai dapat menyebabkan bertambahnya lubrikasi vagina, membuat ketika melakukan hubungan seksual menjadi tidak sakit. Sedangkan pada laki-laki dewasa melalui produksi androgen atau testosteron dapat mengalami peningkatan ejakulasi dan kemampuan ereksi meningkat (Taylor, Lillis, LeMone & Lynn, 2008; Pillitteri, 2003). Suami atau isteri di hunian sementara terbanyak mampu beradaptasi fisiologis secara adaptif sehingga mampu memenuhi kebutuhan seksualnya dengan baik.

Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna pola adaptasi konsep diri dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Hasil penelitian Randall dan Johnson (2008) menyebutkan bahwa perilaku seksual berhubungan dengan konsep diri. Konsep diri memberikan rasa kontinuitas, keutuhan dan konsistensi pada seseorang. Konsep diri yang adaptif mempunyai tingkat kestabilan yang tinggi dan membangkitkan perasaan terhadap dirinya secara positif (Potter & Perry, 2005). Kristanti (2003), menyatakan bahwa konsep diri yang adaptif mempunyai kontrol diri terhadap perilaku seksual. Individu yang tidak mampu beradaptasi konsep dirinya secara adaptif akan mengalami rendah

diri, depresi dan kecemasan yang akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual (Team Dee Publishing, 2010). Individu yang merasa tidak berdaya, tidak berguna, merasa harga dirinya rendah, dan kurang percaya diri dan berdampak tidak mampu memenuhi kebutuhan seksualnya (Andarmoyo, 2012).

Hasil penelitian Khoiriyah (2008), menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara konsep diri dengan toleransi stres. Suami atau isteri yang tinggal di hunian sementara yang mempunyai konsep diri yang tinggi akan mampu mengatasi stres dengan baik dan akan mampu memenuhi kebutuhan seksualnya. Sedangkan individu yang konsep dirinya inefektif akan mudah mengalami kecemasan yang berakibat meningkatnya gairah seksual. Hasil penelitian Sharifzadeh (2009), tentang dampak kecemasan pada gairah seksual, menunjukkan bahwa kecemasan memiliki efek meningkatkan gairah seksual pada pria dan wanita. Kecemasan berdampak positif terhadap gairah seksual terjadi melalui peningkatan sistem saraf simpatik. Selain itu, gairah seksual tampaknya positif mempengaruhi dan berhasil mengurangi kecemasan. Gairah seksual ini perlu dikelola melalui adaptasi secara adaptif sehingga mampu memenuhi kebutuhan seksualnya.

Konsep diri juga ditentukan oleh keyakinan atau spiritualitas seseorang. Liza (2008), melaporkan bahwa motivasi ibadah yang tinggi akan meningkatkan kekebalan dalam menghadapi stresor. Suami atau isteri yang ketika menghadapi bencana lebih ikhlas dan memotivasi dirinya lebih dekat dengan Tuhan. Individu akan merasa yakin bahwa bencana adalah cobaan yang harus dihadapi dengan kesabaran dalam rangka pendewasaan atau derajat yang lebih tinggi. Keyakinan ini akan mempengaruhi konsep dirinya dan mampu beradaptasi secara adaptif. Religiusitas mampu menolong untuk mencapai pengendalian pemenuhan kebutuhan seksual yang lebih besar karena lebih respek dan memahami terhadap pasangan (Hard, 2003). Konsep diri merupakan pengalaman individu tentang dirinya. Suami atau isteri yang konsep dirinya adaptif akan dapat memenuhi kebutuhan seksualnya. Konsep diri pada suami atau isteri akan mendorong dirinya untuk beradaptasi sesuai dengan kemampuan dan

pengalamannya masing-masing. Konsep diri secara adaptif mempengaruhi percaya diri individu yang akan mempengaruhi terpenuhinya kebutuhan seksual

Hasil penelitian menunjukkan terdapatnya hubungan yang bermakna pola adaptasi fungsi peran dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Peran suami atau isteri dalam keluarga akan mempengaruhi kualitas hubungan suami isteri yang berefek terhadap pemenuhan kebutuhan seksual (Andarmoyo, 2012). Suami atau isteri mempunyai peran yang sangat penting dan saling melengkapi. Individu yang mampu beradaptasi secara adaptif akan mampu memenuhi kebutuhan seksualnya secara baik. Bencana akan menimbulkan stres terhadap suami atau isteri. Kemampuan individu beradaptasi sangat ditentukan cara beradaptasi fungsi peran secara adaptif. Suami isteri yang mampu membagi peran masing-masing dan berusaha untuk saling melengkapi dalam keluarga akan mampu membantu mengatasi stresor secara maksimal, dan akan berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan seksualnya.

Peran mencakup harapan atau standar perilaku yang telah diterima oleh keluarga maupun komunitas. Setiap peran mencakup pemenuhan harapan tertentu dari orang lain. Pemenuhan harapan ini mengarah pada penghargaan. Ketidakberhasilan memenuhi harapan ini menyebabkan tidak diterima. Keberhasilan memenuhi harapan akan menambah dorongan untuk memenuhi kebutuhan seksual.

Hasil penelitian pada keluarga di hunian sementara Kabupaten Magelang menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna pola adaptasi interdependensi dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Hasil penelitian ini terdapat persamaan Burleson, Trevathan dan Todd (2007), menunjukkan bahwa kasih sayang akan mampu meningkatkan perasaan senang dan mengurangi stres, dengan suasana hati membaik dan stres yang berkurang pada gilirannya meningkatkan dalam pemenuhan kebutuhan seksual.

Dampak bencana akan dapat diatasi dengan cepat ketika suami atau isteri, keluarga masyarakat, pemerintah dan sumberdaya yang ada saling membantu untuk mengatasinya. Suami isteri yang merasa dirinya saling diperhatikan disayangi dikasihi akan membantu meningkatkan kemampuan beradaptasi secara adaptif. Kemampuan ini akan mampu mendorong dalam pemenuhan kebutuhan seksual. Individu yang mampu melakukan adaptasi interdependensi secara adaptif akan selalu melakukan kedekatan emosional, keterbukaan yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual (Boyke, 2010). Bencana sering membuat suami atau isteri tidak berdaya. Kondisi ini membutuhkan bantuan dukungan orang lain. Pola adaptasi ini akan menimbulkan berdampak kenyamanan yang akan membantu dalam pemenuhan kebutuhan seksual.

Pola adaptasi fungsi peran dan interdependensi merupakan faktor yang berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan seksual. Suami atau isteri akan lebih berusaha memperhatikan perannya secara formal yaitu sebagai suami atau isteri dan melaksanakan peran informal yaitu memberi dorongan, menjaga keharmonisan, saling menghibur dan saling membantu memecahkan masalahnya. Dampak ini semua adalah suami isteri saling memenuhi hak dan kewajiban dalam pemenuhan kebutuhan seksual (Friedman, 2010). Dorongan saling membutuhkan orang lain akan mempengaruhi pola adaptasi fungsi peran. Pola adaptasi fungsi peran sangat dibutuhkan dalam mencapai pemenuhan kebutuhan seksual saat menghadapi bencana.

Faktor lain yang dominan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual adalah pola adaptasi interdependensi. Hasil ini sesuai dengan penelitian Arm (2009), yang menyebutkan bahwa dukungan sosial berhubungan positif dengan stres. Individu yang mendapatkan dukungan sosial yang kuat akan dapat melakukan pemenuhan kebutuhan seksual. Hasil penelitian Rumiani (2010), melaporkan bahwa semakin kuat dukungan sosial maka semakin mempunyai kemampuan dalam menghadapi bencana. Stanhope dan Knollmueller (2010), menyebutkan bahwa bersosialisasi dapat mengurangi stres. Burlison, Trevathan dan Todd (2007) menyebutkan bahwa stres yang berkurang dapat meningkatkan seksual.

Bencana juga mengakibatkan suami atau isteri harus beradaptasi dan saling membutuhkan bantuan untuk mampu beradaptasi secara adaptif. Manusia merupakan makhluk sosial dan keluarga adalah benteng pertahanan terhadap kondisi psikologis seseorang. Ketika dukungan diantara suami isteri ini kuat maka akan menambah kedekatan diantara keduanya dan dampaknya pemenuhan kebutuhan seksual dapat terpenuhi.

6.2. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini mempunyai beberapa keterbatasan yang meliputi:

- 6.2.1. Penelitian ini menggambarkan persepsi responden tentang pola adaptasi akibat bencana dengan pemenuhan kebutuhan seksual. Sehingga belum dapat digali secara mendalam tentang kebutuhan seksual dan kemampuan beradaptasi.
- 6.2.2. Penelitian ini hanya mengukur hubungan pola adaptasi dengan pemenuhan kebutuhan seksual namun belum dapat mengukur pengaruh pola adaptasi bencana secara langsung terhadap pemenuhan kebutuhan seksual.
- 6.2.3. Pemenuhan kebutuhan seksual secara budaya di Indonesia tidak umum untuk ditanyakan sehingga mengalami keterbatasan dalam memperoleh sumber rujukan berupa penelitian dan teori terkait kebutuhan seksual.
- 6.2.4. Adanya budaya yang membatasi responden dalam menjawab pertanyaan di instrumen karena menganggap seksual adalah sesuatu yang tabu.
- 6.2.5. Dukungan pelayanan kesehatan khususnya tenaga keperawatan pada tanggap darurat tercukupi tetapi ketika tahap rekonstruksi yaitu pengungsi sudah tinggal di hunian sementara masih kurang bahkan tidak ada.

6.3. Implikasi Penelitian

6.3.4. Aplikatif

Sebagian besar responden mampu melakukan adaptasi secara adaptif tetapi juga masih ada yang mengalami pola adaptasi yang inefektif. Pola adaptasi yang

adaptif akan membantu individu mengatasi masalahnya secara efektif dan mampu menjaga keseimbangan dirinya. Pola adaptasi yang adaptif juga dapat mempengaruhi terpenuhi kebutuhan seksual pasangan suami isteri. Dampaknya dapat meningkatkan kebahagiaan dan kesejahteraan keluarga. Sebaliknya kebahagiaan dan kesejahteraan keluarga akan mempengaruhi kemampuan menghadapi stresor bencana. Suami isteri yang mampu memenuhi kebutuhan seksualnya pada saat sebelum bencana akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual ketika tinggal di pengungsian atau hunian sementara.

Pola adaptasi akibat bencana yang lebih berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan seksual adalah fungsi peran dan interdependensi. Pembagian peran dan melaksanakan peran sebagai suami atau isteri di dalam keluarga akan mampu memberikan dukungan dalam memenuhi kebutuhan seksual karena suami atau isteri merasa terpenuhi hak dan kewajibannya sebagai suami atau isteri. Hubungan saling ketergantungan terutama dukungan suami isteri maupun sosial masyarakat akan menimbulkan rasa cinta, kasih sayang, perhatian, saling mengerti akan mampu mempererat hubungan suami isteri dan terpenuhinya kebutuhan seksual khususnya pasca bencana.

Pola adaptasi adaptif akan berubah menjadi inefektif ketika dukungan tenaga kesehatan khususnya keperawatan ketika hanya difokuskan pada saat awal bencana atau tahap kesiapsiagaan saja dan tidak berkelanjutan pada prabencana, bencana dan pasca bencana. Dukungan terhadap faktor lingkungan hunian sementara yang tidak privasi (bisa terlihat atau terdengar suara dari luar ketika melakukan aktivitas seksual) dan tidak nyaman (kamar yang sempit, panas atau dingin udara yang berlebihan yang masuk ke rumah) dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan seksual keluarga.

6.3.5. Keilmuan

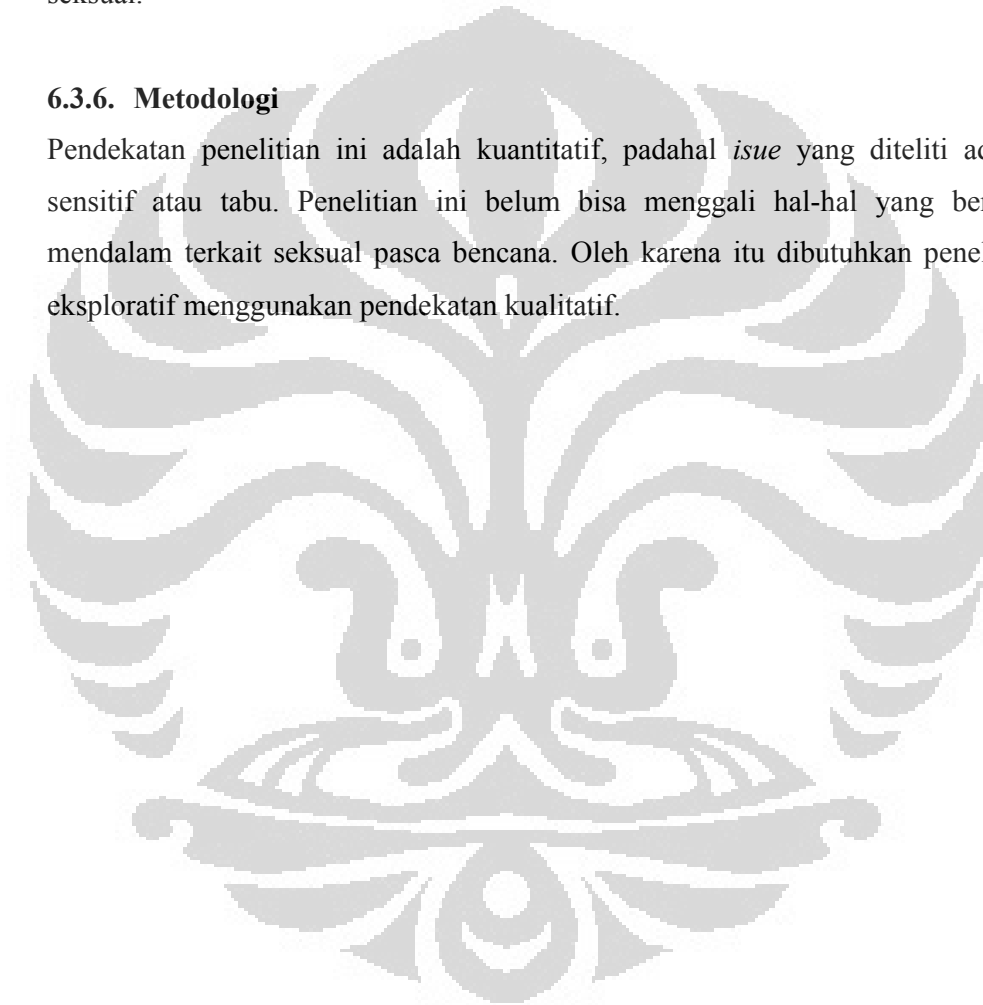
Penelitian ini memberikan ide dasar bahwa pemenuhan kebutuhan seksual tidak hanya terbatas pada aktivitas seksual tetapi mencakup arti yang lebih luas meliputi: ketenangan jiwa, cinta kasih, aktifitas seksual dan perilaku seksual.

Penelitian ini juga memberikan ide dasar bahwa perawat terutama spesialis komunitas mampu memfasilitasi keluarga pada pola adaptasi yang adaptif sehingga mampu memenuhi kebutuhan seksual.

Persepsi masyarakat mengenai kebutuhan seksual merupakan sesuatu yang tabu akan dapat menyebabkan kendala bagi perawat dalam memecahkan persoalan seksual.

6.3.6. Metodologi

Pendekatan penelitian ini adalah kuantitatif, padahal *issue* yang diteliti adalah sensitif atau tabu. Penelitian ini belum bisa menggali hal-hal yang bersifat mendalam terkait seksual pasca bencana. Oleh karena itu dibutuhkan penelitian eksploratif menggunakan pendekatan kualitatif.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisi tentang simpulan dan saran yang didasarkan dari hasil penelitian dan pembahasan dan merupakan jawaban dari tujuan penelitian.

7.1. Simpulan

- 7.1.1. Karakteristik responden penelitian ini menunjukkan terbanyak adalah: dewasa tengah, jenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan SD, dan mempunyai pekerjaan.
- 7.1.2. Penelitian didapatkan pola adaptasi responden terhadap bencana Merapi yang terbesar adalah adaptif.
- 7.1.3. Penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mampu memenuhi kebutuhan seksualnya tetapi masih terdapat sebagian yang belum terpenuhi.
- 7.1.4. Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang bermakna pola adaptasi akibat bencana (fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi) dengan pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian Sementara Kabupaten Magelang.
- 7.1.5. Variabel yang paling berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan seksual adalah pola adaptasi fungsi peran dan pola adaptasi interdependensi.

7.2. Saran

7.2.1. Aplikatif

- 7.2.1.1. Perawat komunitas membuka layanan konseling di setiap hunian sementara pasca bencana agar mampu memfasilitasi kearah pola perilaku adaptif dan terpenuhinya kebutuhan seksual.
- 7.2.1.2. Pemerintah daerah membangun hunian sementara pasca bencana memperhatikan prinsip pemenuhan kebutuhan dasar manusia termasuk kebutuhan seksualnya dan dipersiapkan sebelum terjadinya bencana sehingga mampu memberi dukungan pada pengungsi kearah pola adaptasi adaptif pada saat terjadi bencana.

- 7.2.1.3. Perawat komunitas melakukan strategi intervensi pada saat prabencana (mengkaji faktor-faktor kerentanan masyarakat, kemampuan pola adaptasi, mengubah persepsi tabu tentang seksual pada masyarakat, memberikan pelatihan tentang pola adaptasi dan kebutuhan seksual melalui pembentukan kelompok swabantu dan kelompok pemberi suport); tahap bencana (melakukan evakuasi memprioritaskan kelompok rentan, mengatur penempatan pengungsi, memberikan konseling); dan pasca bencana (membuka layanan konseling, mengatur penggunaan toilet laki-laki dan perempuan, memberi informasi mengatur waktu yang tepat memenuhi kebutuhan seksual, pengaturan cahaya lampu saat melakukan aktivitas seksual dan menyalurkan energi dengan berolahraga dan beribadah).
- 7.2.1.4. Perawat komunitas memberikan perawatan keluarga secara langsung melalui *home care* agar mampu memfasilitasi pola adaptasi adaptif dan pemenuhan kebutuhan seksual pada pengungsi yang tinggal di hunian sementara.
- 7.2.1.5. Perawat harus lebih meningkatkan perannya dalam upaya promosi kesehatan tentang kiat suami atau isteri dalam pemenuhan kebutuhan seksual secara terus menerus dan berkelanjutan dilakukan pada saat kondisi tidak bencana maupun bencana.

7.2.2. Keilmuan

- 7.2.2.1. Mahasiswa keperawatan perlu diberikan keterampilan melakukan pengkajian pemenuhan kebutuhan seksual agar mampu mengubah persepsi tabu tentang seksual.
- 7.2.2.2. Mahasiswa keperawatan harus memiliki keterampilan komunikasi dan hubungan perawat-klien agar mampu menggali masalah seksual.
- 7.2.2.3. Mahasiswa spesialis keperawatan komunitas harus dibekali keterampilan konseling tentang cara mengatasi stres dan pemenuhan kebutuhan seksual.

7.2.3. Metodologi

- 7.2.3.1. Perlunya penelitian lanjutan tentang pola adaptasi adaptif akibat bencana dan pemenuhan kebutuhan seksual secara mendalam melalui penelitian kualitatif pengalaman pemenuhan kebutuhan seksual di hunian sementara pasca bencana.
- 7.2.3.2. Perlunya penelitian lanjutan tentang intervensi model perilaku adaptif dalam pemenuhan kebutuhan seksual pada pasangan suami isteri di hunian sementara atau pengungsian akibat bencana melalui kuasi eksperimen tentang pengaruh fungsi peran terhadap pemenuhan kebutuhan seksual.



DAFTAR PUSTAKA

- Aday, L. A. (2001). *At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. (2th ed.). California: Jossey-Bass.
- Ahmed, I. (2011). *An overview of post-disaster permanent housing reconstruction in developing countries*. University Melbourne Australia.
- Allender, J.A & Spradley, B.W. (2005). *Community health nursing: Concepts and practice*, (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Amstrong, J.L.(2011). *Sexual self-concept and college adjustment*. April 15, 2012. ProQuest. Jurnal. <http://search.proquest.com>.
- Andarmoyo, S. (2012). *Psikoseksual dalam pendekatan konsep konsep dan proses keperawatan*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Anderson, E.T. & Farlane, M.J. (2011). *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing*, (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- An-Nu'aimi, T.K, (2011). *Psikologi suami isteri: Memahami perbedaan tabiat dan karakter seksis lai-laki dan perempuan demi membangun Keharmonisan Hidup Berkeluarga*, edisi 11, Yogyakarta: Mitra Pustaka.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian : suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arthur, J.E. (2011). *Gender self-concept and sexual behavior of students in Greek-letter organizations*. April 17, 2012. Indiana State. University.
- Aurojo, et al., (2010), *Sexual fuction in rheumatic diseases*. April 15, 2012, Acta Rheumatol Port. Jurnal, 35(1), 16-35.
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana. (2010). Februari 27, 2012. *Panduan pengenalan karakteristik bencana dan upaya mitigasinya di Indonesia*. www.bnpb.go.id.
- _____ (2012). [www.bappenas.go.id/get-file server/node/8844/](http://www.bappenas.go.id/get-file/server/node/8844/).
- Badan penelitian dan pengembangan Propinsi Jawa Tengah.(2008). Laporan penelitian post traumatic stress disorder (gangguan stress pasca trauma bencana) Jawa Tengah.

- Baihaqi, Sunardi, Akhlan, R.N.R., & Heryati, E. (2007). *Psikiatri: konsep dasar gangguan-gangguan*. Bandung: Refika Aditama.
- Basrowi & Suwandi, (2008). *Memahami Penelitian Kualitatif*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Beck, J. G & Bozman, A.W.(1995). *Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety*. Maret 3, 2012. *Sexual Behaviour*. Jurnal, 24(6), 595-612.
- Boyke, D.N. (2011). *Frekuensi Hubungan seks yang ideal*. Februari 16, 2012. <http://www.resep.web.id/seputar-sex/berapa-kali-frekuensi-hubungan-seks-yang-ideal.htm>.
- _____ (2010). *Problema seks dan solusinya*. Jakarta: Bumi Akasara.
- Bradford, A.(2002). *Life in recovery: Rebuilding fro trauma*. *Trauma Nursing*. Februari 27, 2012. Jurnal, 8 (3).
- Bryant (2008), *Perceptions of the health effects of disaster environment stress: An analysis of male and female disaster workers' reaction to hurricane Katrina/ hurricane rita disaster environment*. Februari 27, 2012. www.atu.edu.
- Budiarto, E. (2002). *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Burleson, M.H., Trevathan, W.R. & Todd, M. (2007). *In the mood for love or vice versa? Exploring the relations among sexual activity, physical affection, affect, and stress in daily lives of mid-aged women*. Maret 13, 2012, *Sexual Behavior*. Jurnal, 36(3), 357-68.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.) St. Louis: Saunder Elsevier.
- _____, & Susan K.G., (1997). *The Practice of Nursing Research Conduct Critique and Utilization, Third Edition*. W.B. Saunder Company. Philadelphia.
- Burosch S, (2009), *The sexual health education experiences and needs of immigrant women in Kitchener-Waterloo*. Februari 2012. Thesis.
- Chandler, C.O. (2008). *A study of perceived self-efficacy on sexual risk-taking behaviors in young men*. Maret 17, 2012. University Alaska Anchorage.
- Chandrasari, R.E., (2009) *Hubungan antara Kualitas komunikasi Seksual dengan Kepuasan Pernikahan*. Februari 28, 2012. Skripsi.

- Clements, B. (2009). *Disasters and public health: Planning and response*. Februari 28, 2012. Amerika: Elsevier.
- Corwin, E. J. (2001). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Creswell, (1998). *Basic of qualitative research*. USA: Newbury Park
- Davison, T.E. & McCabe, M.P. (2005). *Relationship between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning*. April 20, 2012. Sex Role . Jurnal, 52 (7-8), 463-475.
- Diahsari, E.Y. (2007). Tend-befriend: pola respon terhadap stress ala wanita. Fakultas psikologi Universitas Ahmad dahlan Yogyakarta. Juli 7, 2012. Konferensi nasional stress management dalam berbagai setting kehidupan. Bandung 2-3 februari 2007.
- Delaune, S.C. & Ladner, P.K. (2011). *Fundamental of nursing: Standards and practice* (4th ed.). USA: Delmar.
- Depsos, (2007), *Penanggulangan Bencana Berbasis Masyarakat*. April 14, 2012. <http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=406>
- Dharma, K.K (2011). *Metodologi penelitian keperawatan: Pedoman melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta : Trans Info Media
- Diaz, J.O.P. , Murthy, R.S. & Laksminarayana, R.L. (2006). *Advances in disaster mental health and psychological support*. India: New Delhi.
- Direktorat Jenderal Kementerian Pekerjaan Umum (2012). *Standar Operasional Prosedur Penyiapan Infrastruktur Permukiman Pascabencana*
- Dzara, K., (2011). *Benarkah seks pengaruhi kepuasan pada pernikahan*. April 14, 2012. <http://www.wolipop.com/read/2011/10/05/083936/1736998/227/>.
- Ehrenreich, J.H. (2001). *Coping with disasters: A guidebook to psychological intervention*. Psychology & Society. States University of New York. Februari 28, 2012 .www.mhwwb.org.
- Freedly, J.R & Simpson, W. M. (2007). *Disaster- related physical and mental health: A role for the family physician*. Medical University of South Carolina, Charleston, Shouth Carolina.
- Friedman, M.M, Bowden, V.R. & Jones, E.G, (2010). *Keperawatan keluarga: Riset, teori & praktek*. (Terjemahan), Jakarta:EGC.
- Galea,S., Nandi, A & Vlahov, D.(2005). *The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters*. Februari 27, 2012. Epidemiology. Jurnal.27.

- Ginting, B.B. (2012), *Dampak bencana pasca meletusnya gunung sinabung terhadap kehidupan sosial ekonomi desa Kutarayat Kecamatan Naman Teran Kabupaten Karo*. Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Universitas Sumatra Utara.Medan. Skripsi.
- Goble, F.G, (2010). *Psikologi humanistik Abraham Maslow*. Yogyakarta: Kanisius.
- Gordon, J. (2009). *An evidence-Based approach for supporting parents experiencing chronic sorrow*. Journal Pediatric Nursing. 35(2).
- Hamid, A.Y.S. (2008). *Bunga rampai asuhan keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Hard, A. D. (2007). *The sexual man: mengungkap seksualitas pria pada masa kini (edisi 7)*. Jakarta: Metanoia Phublising.
- Hariana, S. & Ariani, Y. (2007), Respons adaptasi klien dengan fraktur ekstremitas bawah selama masa rawatan di RSUP H. Adam malik Medan dan RSUD DR. Pirngadi Medan. *Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatra Utara*, 2(2), Nov. 2007.
- Harwati, Amali, F. W. & Krisna (2010), *Analisis dampak bencana Merapi terhadap aktivitas industri di kawasan Cangkringan*. Maret 3, 2012. Program Studi Teknik Industri Universitas Islam Indonesia. Yogyakarta. <http://dppm.ac.id>.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan: Basic data analysis for health research training*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- _____, Sabri, L., (2010). *Statistik kesehatan*. Edisi 5. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Hastuti. (2004). *Kemiskinan dan beban kerja perempuan di lerang Merapi Selatan*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta.
- Helvie, C. (1998). *Advanced practice Nursing in the community*. London: Sage Publication.
- Hidayat,N., Widodo, S. & Musofie (2010), *Dampak bencana erupsi gunung Merapi terhadap sistem usahatani integrasi tanaman kopi-ternak sapi perah di Daerah Istimewa Yogyakarta*. Maret 13, 2012. <http://litbang.deptan.go.id/ind>.
- Hitchcock, Janice, E., Phyllis E., & Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: Caring in action*. USA: Denver University.

- Hopper, E.K., Bassuk, E.L. & Olivet, J. (2010). *Shelter from the storm: Trauma-Informed care in homelessness services settings*. Februari 16, 2012. Health Service and Policy. Jurnal. (3), 80-100.
- Sekjen PBB beri penghormatan untuk korban gempa di Jepang. Juni 28, 2012. <http://www.voanews.com/indonesian/news/special-reports/natural-disasters/Malapetaka-di-Jepang-117946754.html>, 11 Maret 2011.
- Tops worst natural disasters*. (2011). <http://www.globalpost.com/.../worst-natural-disaster>. Desember 30, 2011.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2001), *Standar minimal penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penganan pengungsi*.
- Khairiyah (2008). *Hubungan antara konsep diri dengan toleransi stress pada wanita menjelang menopause di pedukuhan I Geblakan, keluarahan Tamantirto, kecamatan kasihan kabupaten Bantul*. Juli 9, 2012. <http://publikasi.umy.ac.id/index.php/psik/article/view/478>.
- Kristanti, D.E. (2003), *Hubungan Konsep Diri Dengan Kontrol Diri Terhadap Perilaku Seksual Pra-Nikah Pada siswa Kelas II SMU Negeri 01 Tumpang*. <http://library.um.ac.id/free-contents/index.php/pub/detail/hubungan-konsep-diri-dengan-kontrol-diri-terhadap-perilaku-seksual-pra-nikah-pada-siswa-kelas-ii-smu-negeri-01-tumpang-oleh-elvina-dwi-kristanti-42832.html>.
- Kubler-Ross, E. (2009). *On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. Francis: Routledge.
- Kuffel, S.T & Haiman, J.L. (2006). *Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexually healthy women*. April 21, 2012. Sexual Behavior. Jurnal, 35 (2), 163-77.
- Langan, J.C. & James, D.C. (2005). *Preparing nurses for disaster management*, New Jersey: Pearson Education.
- Larkin, M. (2009). *Vulnerable Group in Health and Social care*. London: Sage Publication.
- Lestari, K. (2007). *Hubungan antara bentuk-bentuk dukungan sosial dengan tingkat resiliensi penyintas gempa di desa Canan Kecamatan Wedi Kabupaten Klaten*. Februari 29, 2012. Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro, Semarang. Skripsi.
- Liu, et al., (2010). *The impact physical health and socioeconomic factors on sexual activity in middle-aged and elderly Taiwanese men*. Februari 16, 2012. Aging Male. Journal. 13(2), 148-53.

- Liza (2008). Hubungan motivasi beribadah dan kekebalan stress dengan pencegahan gangguan psikosomatik (studi kasus pada puskesmas astapada Kabupaten Cirebon. Juli 9, 2012. <http://drlizapoem.com/2008/10/abstrak-hubungan-motivasi-beribadah-dan.html.9>.
- Lewis, J., Kelman, I & Lewis, S.A.V. (2004), *It fear itself The only thing We have to fear? Explorations of Psychology in perceptions of the vulnerability of others*. Australian Journal of Disaster and Trauma Studies.
- Menard, A.D & Offman, A. (2009). *The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction*. April 17, 2012. The Canadian of Human Sexual. Jurnal, 18. 35-45.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, (2011)., *Standar minimal penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan pengungsi*.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, (2001)., *Keputusan tentang penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi*.
- Margono, S, (2009). *Metodologi penelitian pendidikan komponen MKDK*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Maserejian, et al., (2010), *The presentation of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women*. Februari 15, 2012. Sex Med. Jurnal.7(10), 3439-48.
- Melvin, C.S. (2005). *Suffering and chronic sorrow: characteristics and a paradigm for nursing intervention*. Journal for Human Caring. 9(2).
- Mundakir, (2009), *Dampak Psikososial Akibat Bencana Lumpur Lapindo di desa Pajarakan Kecamatan Jabon Sidoarjo*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tesis.
- Nazario, B. (2005). Why men and women handle stres differently. Juli 7, 2012. <http://www.thestessoflife.com/why men and women handle stress.htm>.
- Nugroho, S.P. (2010) *Mengapa Jawa makin rentan bencana*. September 28, 2012. http://www.bnpb.go.id/website/asp/berita_list.asp?id=772.
- _____ (2010). *Catatan akhir tahun 2010 dan antisipasi bencana 2011*. September 28. 2011 http://www.bnpb.go.id/website/asp/berita_list.asp?id=772.
- Noorthoorm, E.O, Havenaar, J.M, Haan, H.A., Rood, Y.R, Stiphout, W.A.H.J.V., (2010). *Mental health service use and outcomes after the enschede fireworks disaster: A naturalistic follow-up study*. Psychiatric Services. Februari 16, 2012. Jurnal. 61(11).

- Novianti, L.E. (2009). Gambaran *Emotional Intelligence* Individu dalam Konteks Relasi dengan Pasangannya (Studi Awal mengenai *Emotional Intelligence* Individu yang Telah Menikah dan Individu yang Akan Menikah dalam Konteks Relasi dengan Pasangannya). Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran.
- Nowacki-Butzen & Stephanie(2009). *God image, self-concept, and attachment to God in female survivors of sexual trauma*. April 15, 2012. Regent University.
- Nursalam, 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Pamudji, S. (2005). *Pengelolaan pemenuhan kebutuhan biologis (seksual) Narapidana di Lapas Bekasi*. Program Studi Pengkajian Ketahanan Nasional Universitas Indonesia. Pebruari 29, 2012. Tesis.
- Pangkahila W, (2011), *Sek bukan sekedar pemenuhan kebutuhan laki-laki*. Januari 18, 2012. <http://forum.vivanews.com/seks/24300-seks-bukan-sekadar-pemenuhan-kebutuhan-laki-laki.html>.
- Patricia A. Potter,P.A & Perry,A.G, (2006)., *Fundamental keperawatan konsep, proses dan praktik* , edisi 4, alih bahasa :Renata Komalasari dkk, Jakarta: EGC.
- Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana No. 7 tahun 2008, *Pedoman Tata Cara Pemberian Bantuan Pemenuhan Kebutuhan Dasar*.
- Pillitteri, A, (2003). *Maternal and Child Health Nursing care of the childbearing and childrearing family*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pincha, C. (2008). *Gender sensitive disaster management : A toolkit for practitioners*. America: Oxfam & Nanban Trust.
- Poerwandari, E.K., (2005). *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*, Depok: Perfecta.
- Pollit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P, (2002). *Nursing reseach, methods, appraisal, and utilization (5th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- _____. & Beck. (2004). *Nursing reseach, Priciples and methods (7th ed.)*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter & Perry. (2005). *Fundamental Keperawatan: Konsep proses dan praktek*. Edisi 4 . (Penerjemah Yasmin Asih et. al). Jakarta: EGC.

- Prasetyo, B., Jannah, L.M. (2010). *Teori dan aplikasi: Metode penelitian kuantitatif*. (edisi 5). Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan Sekretariat Jendral Departemen Kesehatan (2001), *Standar Minimal penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi*. Februari, 15, 2012. <http://www.depkes.go.id/downloads/Standar%20Minimal.pdf>.
- Rachmadiany. (2008). *Pengaruh karakteristik dukungan keluarga dan kebutuhan pasien stress pasca-trauma terhadap pemanfaatan pelayanan di trauma center Lhoksukon Kabupaten Aceh Utara*. Juli 8, 2012. Universitas Sumatera Utara. Medan. USU repository.
- Randall, S.J. (2008). *The associatition of past and intended sexual behavior with sexual self concept, self esteem, and sexual self-efficacy*. April 14, 2012. The George University.
- Regional Health Education*. (1998), *Physical, and Psychological causes of women's sexual problems*. Kaiser Permanente. Obsgyn.
- Rudolph (2011). *Ketika wanita sedang stres*, Februari 16, 2012. <http://www.terselebung.up2det.com/2011/12/3-dampak-stres-bagi-hidup-anda.html>.
- Rumiani (2010), *Optimalisasi peran keluarga sebagai stress buffer dalam menghadapi bencana*. Program Studi Psikologi Universitas Islam Indonesia. Juni 9, 2012. <http://dppm.uii.ac.id>.
- Sandfort, T.G.M., Bakker F., Schellevis. & F.G. Vanwesenbeeck, I. (2001). *Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a dutch population survey*. American Journal of Pulic Health. 96 (6) , 1119-1125.
- Satria, M (2009), *Tinjauan Kesejahteraan Sosial Pengungsi korban gempa tsunami di Dusun Kolok desa Kota Batu Kecamatan Simeulue Timur Kabupaten Simeulue Nanggroe Aceh Darussalam*. Februari 28, 2012. www.ripsitorry.usu.ac.id.
- Sharma, V.K. (2006), *Psychological support within Disaster Mangement in Asian Countries*.
- Sofyan, S. (2005). *Pemenuhan Kebutuhan Seksual Narapidana dalam Lembaga Kemasyarakatan: Studi kasus di Lembaga Pemasyarakatan Sukabumi*. Program Studi Pengkajian Ketahan Nasional Universitas Indonesia. Tesis.
- Standhope, Knollmueler. (2010). *Praktik Keperawatan Kesehatan Komuntas* (edisi 2). (Penerjemah Sari Kurnianingsih). Jakarta: EGC.

- Stuart, G.W.S. (2009). *Pinciples and Practice of Psychiatric Nursing*. Mosby elsevier.
- _____ & Laraia, M.T. (2005). *Pinciples and practice of Psychiatric Nursing* (8th ed.). Mosby elsevier.
- Suryoputra, A., Ford , N.J., & Shaluhayah, Z. (2006). Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual remaja di jwa tengah: implikasinya terhadap kebijakan dan layanan kesehatan seksual dan reproduksi. Juli 8, 2012. Fakultas kesehatan masyarakat. Universitas Indonesia. Makara kesehatan. 10 (1):29-40. Juni 2006.
- Reinhard, D.T.(2008), *Bodies on display: gender, sexuality and the visual culture of American medicine*. Temple University.
- Roy, S.C.(2009). *The Roy adaptation model*. (3th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Sekjen PBB beri penghormatan untuk korban gempa di Jepang. Juni 28, 2012. <http://www.voanews.com/indonesian/news/special-reports/natural-disasters/Malapetaka-di-Jepang-117946754.html>, 11 Maret 2011.
- Selzer, L.J.(2006). *An integrated mentoring model for developing morally and spiritually strong leaders in the local church*. ProQuest. Jurnal.
- Setyawan I, (2008), *Hubungan lama perawatan pasien dengan motivasi kebutuhan seksual laki-laki usia 21-55 tahun di rumah sakit umum islam kustati surakarta*, Skripsi.
- Sewell, M.A.2008). *Ameliorating fat stigma: Resilience as a correlate to self-esteem, body image, and sexual quality of life for internet-savvy big beautiful women*. Widener University.
- Sharifzadeh,B. (2009). *The impact of anxiety on subjective and physiological sexual arousal*. Concordia University.
- Shi, L & Stevens, G.D. (2005). *Vulnerable populations in the United States*.(4th ed.) Amerika: Jossey- Bass.
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2002). *Keperawatan medical bedah*. (edisi 8). (Penerjemah Agung Waluyo, Penerjemah) Jakarta: EGC.
- Steinke, E.E.(2005). *Intimacy needs and chronic illness: Strategies for sexual counseling and self-management*. April 15, 2012. Gerontological Nursing. Jurnal, 31(5)., 40-50.

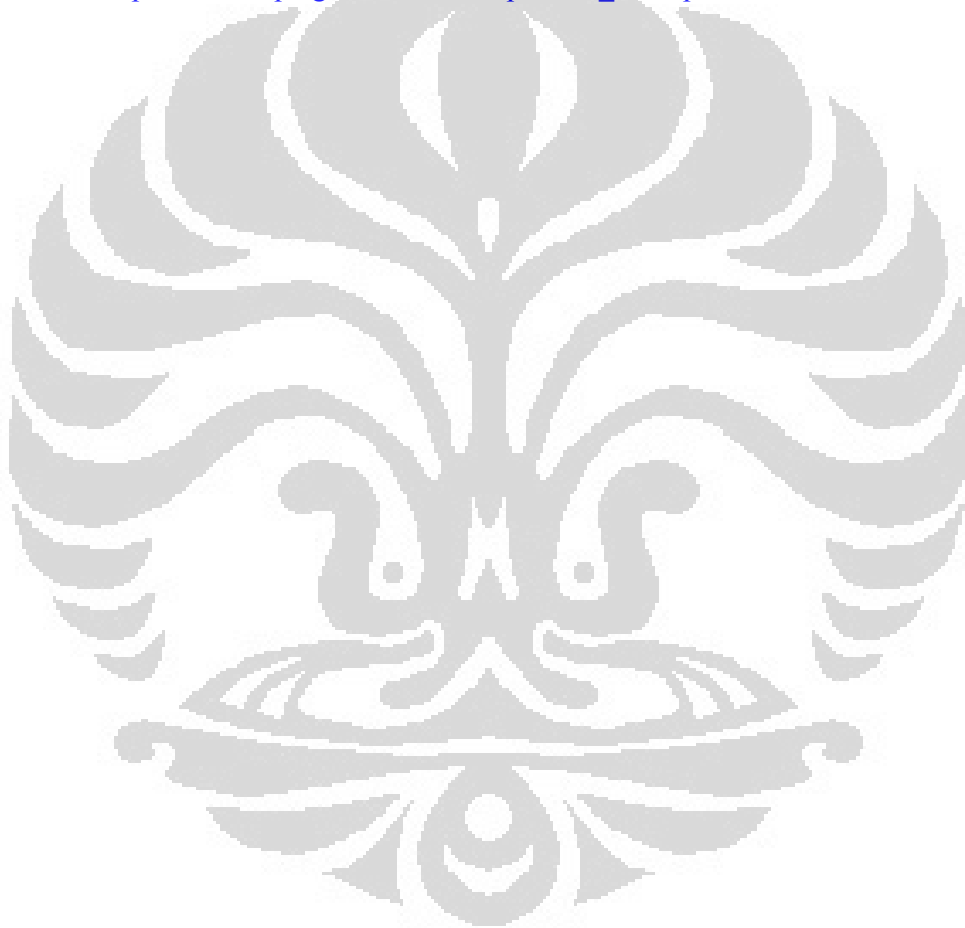
- Stanhope, M, & Lancaster, J. (2004). *Community health nursing* (4 th ed.). St Louis Missouri: Mosby Co.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R., (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (3th ed.). Piladelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Stuart,G.W, (2007). *Keperawatan jiwa*, (edisi 5), Alih bahasa, Jakarta: EGC.
- Sugiyono (2011). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Supratinya, A, (2006)., *Madzab ketiga psikologi humanistic Maslow* (edisi 11), Jakarta: Kanisius.
- Susanti L, (2009). *Pola Adaptasi Narapidana Laki-laki dalam Pemenuhan Kebutuhan Seksual di Lembaga Pemasyarakatan Kelas I Cipinang*. Tesis.
- Swanson, J.M., & Nies, M.A. (1997). *Community helth nursing: Promoting the health of aggregates* .(2th ed.). Philadelphia: Saunders Company.
- Tailor,C.R, Lillis, C, LeMone P. & Lynn, P.(2008). *Fundamentals of nursing the art and science of nursing care*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Takeuchi, Y. & Shaw, R. (2008). *Gender and disaster risk reduction: perspective from Japan*. Management, Graduate School of Global Environmental Studies, Kyoto University.
- Taufik (2005), *Memahami psikososio-spiritual korban bencana Nanggroe Aceh Daarussalam*. Februari 29, 2012. Psikologi Undip. Jurnal. 2(1). <http://www.scribd.com/doc/45041621/Review-Jurnal-Psikologi-Islami>.
- Taleporos, G. & McCabe, M.P. (2001), *Physical disability and sexual esteem*. Sexual and Disability. April 14, 2012. Jurnal. 19(2), 131-148.
- Tomey, A.M. & Alligod, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work* (6th ed.). America: Mosby Elsevier.
- Tops worst natural disasters*. (2011). <http://www.globalpost.com/.../worst-natural-disaster>.Desember 30, 2011.
- Townsend,M.C., (2009). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of Care in evidence- based practice*. F.A. Davis Company.
- Undang Undang Republik Indonesia No 24 (2007). *Pedoman rehabilitasi dan rekonstruksi pasca bencana*.

- Valle,A.K., Roysamb, E., Sunddby. J. & Klepp, K.I. (2009). *Parental Social position, body image, and other psychosocial determinant and first sexual intercourse among 15- and 16 –year olds*. April 17, 2012. ProQuest. Jurnal. 44(174), 479-98.
- Varcarolis, E.M. & Halter, M.J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A clinical approach* (6th ed.). Souders Elsevier.
- Vernon, M.L. (2008). Physiological signs of stress during conflict: the role of attachment style, sexual passion, and love. April 15, 2012. Social psychology. Proquet .Jurnal. Thesis.UMI. 3315497.
- Virginasari, S.L. (2011). Pengaruh hubungan seksual terhadap tingkat stress kerja pada buruh pabrik PT. Panverta Cakrakencana. Juli 9, 2012. Fakultas Psikologi Universitas Airlangga. Surabaya.
- Warsono, 2010. Hubungan karakteristik usia lanjut dengan pemenuhan kebutuhan seksualitas usia lanjut di kelurahan Karangroto Kecamatan genuk Kota Semarang. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- White, G.D. & Donovan, J. (2002). *Sexual satisfaction, quality of life and the transaction of intimacy in hospital patient accounts of their heterosexual relationships*. *Sociology of Health & illness*. April 15, 2012. Journal,24 (1), 0141-9889.
- Wijayanti,P.M., Suryaningsih, B.E & Tiniko. (2010). *Analisis situasi kesehatan pasca bencana erupsi gunung Merapi di Kecamatan Srumbung, Magelang, Jawa Tengah*.
- _____ (2010). *Analisis situasi kesehatan pasca bencana erupsi gunung Merapi di Desa Mranggen dan Kamongan Kecamatan Srumbung Magelang Jawa Tengah*. Direktorat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (DPPM) Universitas Islam Yogyakarta.
- Wisner, B., Cannon, T & Davis, I. (2003). *At risk: Natural hazard, people's vulnerability and disasters*. (2th ed.). London & New York: Routledge Taylor & Francis group.
- World Health Organization (2009). *International Council of Nures framework of disaster nursing competencies*. Western Pasific Region.
- _____ (2002), *Gender and health in natural disasters*. Februari 16, 2012. <http://www.who.int/gender/gwhgendernd2.pdf>.
- Yosep,I. (2007). *Keperawatan jiwa. (edisi 1)*.Bandung: Refika Aditama.

Yudhistira. (2008). *Kajian dampak kerusakan lingkungan akibat kegiatan penambangan pasir di daerah kawasan gunung Merapi (studi kasus desa Keningar Kecamatan Dukun Kabupaten Magelang, Propinsi Jawa Tengah)*. Semarang: Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro. Tesis.

Yustiningrum, R.E. (2010). *Strategi Penanganan pasca bencana alam di Indonesia :Dampak terhadap kelompok rentan*. Pusat Penelitian Politik (P2P). Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI).

Zamroni, M.I. (2011). *Islam dan Kearifan lokal dalam penanggulangan bencana. Jawa. Penggulangan Bencana*. Februari 29, 2012. Jurnal, 2 (1).
http://www.bnpb.go.id/website/asp/berita_list.asp?id=365



Jadwal Pelaksanaan Penelitian

Hubungan Pola Adaptasi Akibat Bencana Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Seksual pada Keluarga di Hunian Sementara Pasca Bencana Merapi Kabupaten Magelang

No.	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan																							
		Februari 2012				Maret 2012				April 2012				Mei 2012				Juni 2012				Juli 2012			
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX	XIX	XX	XIX	
1	Penetapan Judul	■																							
2	Penyusunan proposal		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
3	Seminar proposal														■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4	Revisi Proposal															■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5	Uji Etik peneliti																								
6	Persiapan Penelitian																								
7	Ujicoba Instrumen																								
8	Pengambilan data																								
9	Analisis data dan Pembahasan																								
10	Seminar Hasil																								
11	Ujian Sidang Tesis																								
12	Perbaikan Tesis																								
13	Pengumpulan Tesis																								

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.
Calon Responden Peneliti
Di

Tempat

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan di bawah ini :
Nama : **Priyo**
NPM : **1006748791**

Adalah mahasiswa Program Pascasarjana Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian dengan judul ” ” Hubungan Pola Adaptasi Akibat Bencana terhadap Pemenuhan Kebutuhan Seksual pada Keluarga di Hunian Sementara Pasca Bencana Merapi Kabupaten Magelang”.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pola adaptasi akibat bencana terhadap pemenuhan kebutuhan seksual pada keluarga di hunian sementara pasca bencana Merapi Kabupaten Magelang”. Manfaat penelitian ini, mampu mengetahui pola adaptasi terhadap bencana, sehingga dapat memenuhi kebutuhan seksual keluarga pada pasca bencana khususnya bencana Merapi.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi Saudara sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan akan digunakan hanya untuk kepentingan penelitian. Penelitian ini dilakukan dengan mengisi daftar pertanyaan yang tersedia secara jujur sesuai dengan Saudara alami.

Jika Saudara tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi Saudara. Dan jika Saudara telah bersedia menjadi responden dan terjadi hal-hal yang memungkinkan untuk mengundurkan diri, maka Saudara diperbolehkan untuk tidak ikut dalam penelitian ini. Apabila Saudara menyetujui, maka saya mohon untuk menandatangani persetujuan yang telah peneliti siapkan.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, saya ucapkan terima kasih.

Magelang, Mei 2012

Peneliti

Priyo

Universitas Indonesia

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : (Inisial) (L/P)
 Alamat :

Menyatakan bersedia untuk menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian dengan judul ” Hubungan Pola Adaptasi Akibat Bencana terhadap Pemenuhan Kebutuhan Seksual pada Keluarga di Hunian Sementara Pasca Bencana Merapi Kabupaten Magelang”.

Saya memahami bahwa dalam penelitian ini tidak ada unsur yang merugikan, untuk itu saya setuju dan bersedia menjadi responden dengan menandatangani persetujuan ini.

Magelang, Mei 2012

Saksi,

Responden,

(.....)

(Tanpa Nama)

Peneliti

Priyo

ANGKET PENELITIAN
“Hubungan Penyesuaian Akibat Bencana terhadap Pemenuhan Kebutuhan Seksual pada Keluarga di Hunian Sementara Pasca Bencana Merapi Kabupaten Magelang”

Petunjuk Pengisian:

- ❖ Bacalah dengan teliti pertanyaan terlebih dahulu
- ❖ Jawablah semua pertanyaan dengan **cara mengisi titik-titik** atau dengan **memberikan tanda checklist (√)** pada tempat yang disediakan
- ❖ Jawaban Bapak/Ibu akan sangat membantu dalam upaya menciptakan pola hidup sehat

KUESIONER A

DATA UMUM

Nomor Responden :

--	--	--

Alamat :

1	Usia Tahun
3	Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
2	Pendidikan terakhir	<input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD/ sederajat <input type="checkbox"/> SLTP/ sederajat <input type="checkbox"/> SLTA/ sederajat <input type="checkbox"/> Perguruan tinggi
3	Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Tidak Bekerja <input type="checkbox"/> Pegawai negeri <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Petani <input type="checkbox"/> Karyawan <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan.....
4	Penghasilan keluarga perbulan	<input type="checkbox"/> ≥ Rp 750.000,- <input type="checkbox"/> < Rp 750.000,-

KUESIONER B
PEMENUHAN KEBUTUHAN SEKSUAL

Petunjuk Pengisian :

Jawablah semua pertanyaan dengan cara memberikan tanda checklist (√) pada tempat atau kolom yang disediakan:

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Pernah	Tidak pernah
1	Selama di huntara saya merasa terganggu melakukan hubungan seksual ketika mengingat peristiwa bencana Merapi				
2	Selama di huntara saya merasa takut terdengar anak-anak atau anggota keluarga ketika menyalurkan hasrat seksual				
3	Selama di huntara saya merasa takut terdengar tetangga ketika berhubungan seksual				
4	Selama di huntara saya merasa dapat saling menikmati ketika berhubungan seksual				
5	Selama di huntara saya saling memberikan ucapan cinta atau sayang kepada pasangan				
6	Selama tinggal di huntara saya merasa bahagia tinggal bersama pasangan				
7	Selama di huntara saya saling menghibur pasangan ketika ada masalah				
8	Selama di huntara saya saling memberikan motivasi atau semangat				
9	Selama di huntara saya bisa menerima kekurangan diantara pasangan				
10	Selama di huntara saya memberikan pujian pasangan				
11	Selama di huntara saya meluangkan waktu bersama dengan pasangan				
12	Selama di huntara saya merasa malu mengucapkan kata-kata rayuan diantara pasangan				
13	Selama di huntara saya merasa malu ketika bergandengan tangan dengan pasangan				

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Pernah	Tidak pernah
14	Selama di huntara saya merasa malas berpenampilan menarik untuk pasangan				
15	Selama di huntara saya mendengarkan pasangan ketika menyampaikan isi hatinya				
16	Selama di huntara saya memberikan ciuman atau pelukan pasangan				
17	Selama di huntara saya berhubungan seksual 1-4 kali per minggu				
18	Selama di huntara saya ketika berhubungan seksual selama 3-18 menit				
19	Selama di huntara setiap kali selesai melakukan hubungan seksual saya menanyakan tentang kepuasan pasangan				
20	Saya memenuhi hasrat seksual karena untuk memenuhi kebutuhan saya dan pasangan				
21	Selama di huntara saya setiap melakukan hubungan seksual saling memberikan rangsangan				
22	Selama di huntara saya memilih membayangkan saja untuk menyalurkan hasrat seksual				
23	Selama di huntara saya lebih memilih masturbasi atau onani untuk menyalurkan hasrat seksual				
24	Setelah menyakiti pasangan, kebutuhan seksual saya terpenuhi				
25	Selama di huntara saya memilih cara menonton film porno untuk menyalurkan hasrat seksual				
26	Selama di huntara saya beribadah secara tekun daripada memikirkan tentang hasrat seksual				
27	Selama di huntara saya rajin berolahraga daripada memikirkan tentang hasrat seksual				
28	Selama di huntara saya lebih memilih hubungan seksual sesama jenis kelamin				

KUESIONER C
PENYESUAIAN TERHADAP BENCANA MERAPI

Petunjuk Pengisian :

Jawablah semua pertanyaan dengan **memberikan tanda checklist (√)** pada tempat yang disediakan/ kolom dibawah ini:

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Setelah di huntara jantung saya sering berdebar-debar		
2	Setelah di huntara napas saya menjadi longgar		
3	Setelah tinggal di huntara saya tambah bertenaga		
4	Setelah di huntara saya sering mengalami sakit kepala		
5	Setelah di huntara saya sering sakit pada ulu hati atau lambung		
6	Setelah di huntara saya tidak mual		
7	Setelah di huntara saya mengalami penurunan nafsu makan		
8	Setelah di huntara saya tiba-tiba sering mencret		
9	Setelah di huntara kencing saya menjadi lancar		
10	Setelah di huntara saya menjadi gampang tidur		
11	Setelah di huntara saya gampang menyerap informasi		
12	Setelah di huntara saya menjadi sehat		
13	Setelah di huntara saya gampang cemas		
14	Setelah di huntara saya menjadi lebih berbangga diri		
15	Setelah di huntara saya menjadi penyabar		
16	Setelah di huntara saya menjadi santai		
17	Setelah di huntara saya merasa lebih berharga		
18	Setelah di huntara saya menjadi rajin bekerja		
19	Setelah di huntara saya menjadi pelupa		
20	Setelah di huntara saya menjadi percaya diri		
21	Setelah di huntara saya sering teringat peristiwa bencana		
22	Setelah di huntara saya merasa lebih punya kekuatan		
23	Setelah di huntara saya menjadi rajin beribadah		
24	Setelah di huntara saya megalami penyesuaian peran dalam keluarga		
25	Setelah di huntara saya menjadi berhasil sebagai orang tua		
26	Setelah di huntara saya menjadi lebih melindungi keluarga		
27	Setelah di huntara saya mampu memberi nafkah keluarga		
28	Setelah di huntara saya menjadi lebih perhatian pada keluarga		

No	Pernyataan	Ya	Tidak
29	Setelah di huntara saya dapat melaksanakan peran keluarga atau masyarakat		
30	Setelah di huntara menjadi suka membantu orang lain		
31	Setelah di huntara saya menjadi suka memotivasi orang lain		
32	Setelah di huntara saya menjadi senang berkumpul dengan tetangga		
33	Setelah di huntara saya menjadi suka mengobrol dengan tetangga dalam mengisi waktu luang		
34	Setelah di huntara saya menjadi terlindungi		
35	Setelah di huntara saya menjadi lebih aman		
36	Setelah di huntara saya menjadi dikasihi		
37	Setelah di huntara saya menjadi disayangi		
38	Setelah di huntara menjadi diperhatikan		
39	Setelah di huntara saya menjadi kesepian		
40	Setelah di huntara saya merasa terasing		
41	Setelah di huntara saya merasa ada dukungan dari orang lain atau masyarakat atau tenaga kesehatan		
42	Setelah di huntara saya malas berhubungan dengan orang lain		
43	Setelah di huntara saya menjadi tergantung pada orang lain		
44	Setelah di huntara saya lebih terbuka dengan orang lain		