

ISSN 2085-3602



9 772085 360089

JURNAL Sain Med

Volume 9, Nomor 1, Juni 2017

- Efektivitas *Game Quiz* terhadap Pengetahuan tentang PHBS pada Siswa Kelas 4 SD
- Pengaruh Pemberian *Birth Massage* terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif
- Efektivitas Terapi Akupuntur terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi
- Dukungan Keluarga pada Ibu Bekerja dengan Keberhasilan ASI Eksklusif
- Hubungan Perilaku Ibu dalam *Toilet Training* dengan Keberhasilan *Toilet Training*
- Hubungan Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi Lansia di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto
- Peran Orang Tua dengan Kemandirian *Toileting* pada Anak Retardasi Mental di SDLB Negeri Seduri Kabupaten Mojokerto
- Hubungan Kelembaban Udara dalam Rumah dengan Kejadian ISPA pada Anak Usia *Toddler*
- Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Personal Hygiene* Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri
- Efektivitas Penanganan Dismenore dengan Kompres Hangat dan Obat Anti Nyeri pada Remaja Putri
- Analisis terhadap Upaya Kepemilikan Jaminan Kesehatan di Wilayah Kecamatan Gubeng Kelurahan Mojo Surabaya
- Pengaruh Teknik Mozaik terhadap Perkembangan Motorik Halus Anak Prasekolah
- Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja di SMAN 1 Rambipuji - Jember
- Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dan Pemilihan Penolong Persalinan
- *Atraumatic Care* Menurunkan Kecemasan Hospitalisasi pada Anak Prasekolah di Ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Lamongan
- Analisis Efektivitas *Hypnobirthing* dengan *Aromatherapy* terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I

Kopertis 7

J. Sain Med	Vol. 9	No. 1	Hal. 1–81	Surabaya Juni 2017	ISSN 2085-3602
-------------	--------	-------	-----------	-----------------------	-------------------

Sain Med

JURNAL KESEHATAN

Diterbitkan oleh Kopertis Wilayah VII sebagai terbitan berkala yang menyajikan informasi dan analisis persoalan ilmu Kesehatan.

Kajian ini bersifat ilmiah populer sebagai hasil pemikiran teoritik maupun penelitian empirik. Redaksi menerima karya ilmiah/hasil penelitian atau artikel, termasuk ide-ide pengembangan di bidang ilmu Kesehatan.

Untuk itu JURNAL SAIN MED mengundang para intelektual, ekspertis, praktisi, mahasiswa serta siapa saja berdialog dengan penuangan pemikiran secara bebas, kritis, kreatif, inovatif, dan bertanggung jawab. Redaksi berhak menyingkat dan memperbaiki karangan itu sejauh tidak mengubah tujuan isinya. Tulisan-tulisan dalam artikel JURNAL SAIN MED tidak selalu mencerminkan pandangan redaksi. Dilarang mengutip, menerjemahkan atau memperbanyak kecuali dengan izin redaksi.

PELINDUNG

Prof. Dr. Ir. Suprpto, DEA.
(*Koordinator Kopertis Wilayah VII*)

REDAKTUR

Prof. Dr. Ali Maksun
(*Sekretaris Pelaksana Kopertis Wilayah VII*)

PENYUNTING/EDITOR

Dr. Yoso Wiyarno, M.Kes.
Dian Mulawarmanti, Dr., drg., MS.
Sihning E.J.T., dr., MS.
Drs. Ec. Purwo Bekti, M.Si.
Drs. Supradono, MM
Suyono, S.Sos, M.Si
Thohari, S.Kom.
Indera Zainul Muttaqien, ST.

DESAIN GRAFIS & FOTOGRAFER

Muhammad Machmud, S.Kom.
Sutipah

SEKRETARIS

Tri Puji Rahayu, S.Sos.; Soetjahyono

Alamat Redaksi: Kantor Kopertis Wilayah VII (Seksi Sistem Informasi)
Jl. Dr. Ir. H. Soekarno No. 177 Surabaya
Telp. (031) 5925418-19, 5947473 psw. 120 Fax. (031) 5947479
Situs Web: <http://www.kopertis7.go.id>, E-mail: jurnal@kopertis7.go.id

Sain Med

JURNAL KESEHATAN

DAFTAR ISI (CONTENTS)

	Halaman (Page)
1. Efektivitas Game Quiz terhadap Pengetahuan tentang PHBS pada Siswa Kelas 4 SD (<i>The Effect of Game Quiz toward the Knowledge of PHBS</i>) Tri Ratnaningsih	1–4
2. Pengaruh Pemberian Birth Massage terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif (<i>Effect of Birth Massage on First Stage Labor Pain</i>) Rafhani Rosyidah, Evi Rinata, Nuril Masrukah	5–8
3. Efektivitas Terapi Akupuntur terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi (<i>Effectiveness of Acupuncture Treatment of Changes in Blood Pressure Hypertension Patients</i>) Eka Nur So'emah	9–14
4. Dukungan Keluarga pada Ibu Bekerja dengan Keberhasilan ASI Eksklusif (<i>Family Support on Working Mothers with Success of the Exclusive Breast Feeding</i>) Nurul Azizah, Yanik Purwanti	15–18
5. Hubungan Perilaku Ibu dalam Toilet Training dengan Keberhasilan Toilet Training (<i>Relation Mother's Behavior in Toilet Training with Toilet Training Success</i>) Siti Indatul Laili, Nur Indriyanti	19–23
6. Hubungan Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi Lansia di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto (<i>Correlation of Family Communication Pattern with Depression Level in Elderly in Kebondalem Village, Mojosari Regency Mojokerto</i>) Amar Akbar	24–28
7. Peran Orang Tua dengan Kemandirian Toileting pada Anak Retardasi Mental di SDLB Negeri Seduri Kabupaten Mojokerto (<i>Role Parents with Independence Toileting of Children Mental Retardation in Elementary School SDLB Seduri Regency of Mojokerto</i>) Lida Khalimatus Sa'diya, Nike Afiana	29–33
8. Hubungan Kelembaban Udara dalam Rumah dengan Kejadian ISPA pada Anak Usia Toddler (<i>Correlation of Air Humidity in the House with Acute Respiratory Infection on Toddler</i>) Enny Virda Yuniarti, Nurindah Triwahyuningsih	34–39
9. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Personal Hygiene Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri (<i>Support the Family Relationship on Personal Hygiene Independence for the Elderly in the Elderly in the Village of Putih Sub – District Gampengrejo District of Kediri</i>) Nurhidayah	40–44

10.	Efektivitas Penanganan Dismenore dengan Kompres Hangat dan Obat Anti Nyeri pada Remaja Putri <i>(Effectiveness of Dysmenorrhoea Management with the Provision of Warm Water Compresses and Analgetics to Adolescent Girls)</i> Umi Narsih, Homsiatu Rohmatin, Agustina Widayati	45–51
11.	Analisis terhadap Upaya Kepemilikan Jaminan Kesehatan di Wilayah Kecamatan Gubeng Kelurahan Mojo Surabaya <i>(Analysis of the Efforts Health Insurance in the Districts Mojo Gubeng Surabaya)</i> Muhadi	52–56
12.	Pengaruh Teknik Mozaik terhadap Perkembangan Motorik Halus Anak Prasekolah <i>(The Effect of Mozaic Technique to Fine Motor Development of Pre-School Children)</i> Lilis Maghfuroh, Nurul Khotimah	57–61
13.	Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja di SMAN 1 Rambipuji - Jember <i>(Correlation Between Level of Religiosity with Level of Knowledge of Contraception Tools, to Initiation of Permissive Conduct in Dating, in Teenager Pupils, in Public Senior High School 1 Rambipuji - Jember)</i> Widia Shofa Ilmiah, Fifi Maulidatul Azizah, Nina Sukma Amelia	62–68
14.	Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dan Pemilihan Penolong Persalinan <i>(Correlation Between Access of Health Service and Birth Attendant Selection)</i> Sri Astutik, Wiwin Nur Siam, Kurnia Ramadhani, Edi Susanto	69–73
15.	<i>Atraumatic Care</i> Menurunkan Kecemasan Hospitalisasi pada Anak Prasekolah di Ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Lamongan <i>(The Atraumatic Care Reduce Anxiety Hospitalization Preschool Children in Anggrek Room RSUD dr. Soegiri Lamongan)</i> Lilis Maghfuroh	74–78
16.	Analisis Efektivitas <i>Hypnobirthing</i> dengan <i>Aromatherapy</i> terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I <i>(Analysis Effectiveness Hypnobirthing with Aromatherapy Stage of Labor to Reduce Pain I)</i> Vidia Atika Manggiasih, Yulia Puspitasari	79–81

PANDUAN UNTUK PENULISAN NASKAH

Jurnal ilmiah SAINMED adalah publikasi ilmiah enam bulanan yang diterbitkan oleh Kopertis Wilayah VII. Untuk mendukung penerbitan selanjutnya redaksi menerima artikel ilmiah yang berupa hasil penelitian empiris dan artikel konseptual dalam bidang Ilmu Kesehatan.

Naskah yang diterima hanya naskah asli yang belum pernah diterbitkan di media cetak dengan gaya bahasa akademis dan efektif. Naskah terdiri atas:

1. Judul naskah maksimum 15 kata, ditulis dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris tergantung bahasa yang digunakan untuk penulisan naskah lengkapnya. Jika ditulis dalam bahasa Indonesia, disertakan pula terjemahan judulnya dalam bahasa Inggris.
2. Nama penulis, ditulis di bawah judul tanpa disertai gelar akademik maupun jabatan. Di bawah nama penulis dicantumkan instansi tempat penulis bekerja.
3. Abstrak ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris tidak lebih dari 200 kata diketik 1 (satu) spasi. Abstrak harus meliputi intisari seluruh tulisan yang terdiri atas: latar belakang, permasalahan, tujuan, metode, hasil analisis statistik, dan kesimpulan, disertakan pula kata kunci.
4. Artikel hasil penelitian berisi: judul, nama penulis, abstrak, pendahuluan, materi, metode penelitian, hasil penelitian, pembahasan, kesimpulan, dan daftar pustaka.
5. Artikel konseptual berisi: judul, nama penulis, abstrak, pendahuluan, analisis (kupasan, asumsi, komparasi), kesimpulan dan daftar pustaka.
6. Tabel dan gambar harus diberi nomor secara berurutan sesuai dengan urutan pemunculannya. Setiap gambar dan Tabel perlu diberi penjelasan singkat yang diletakkan di bawah untuk gambar. Gambar berupa foto (kalau ada), disertakan dalam bentuk mengkilap (gloss).
7. Pembahasan berisi tentang uraian hasil penelitian, bagaimana penelitian yang dihasilkan dapat memecahkan masalah, faktor-faktor apa saja yang memengaruhi hasil penelitian dan disertai pustaka yang menunjang.
8. Daftar pustaka, ditulis sesuai aturan penulisan Vancouver, disusun berdasarkan urutan kemunculannya

bukan berdasarkan abjad. Untuk rujukan buku urutannya sebagai berikut: nama penulis, editor (bila ada), judul buku, kota penerbit, tahun penerbit, volume, edisi, dan nomor halaman. Untuk terbitan berkala urutannya sebagai berikut: nama penulis, judul tulisan, judul terbitan, tahun penerbitan, volume, dan nomor halaman.

Contoh penulisan Daftar Pustaka:

1. Grimes EW, **A use of freeze-dried bone in Endodontic**, J. Endod, 1994: 20: 355–6
2. Cohen S, Burn RC, **Pathways of the pulp**. 5th ed., St. Louis; Mosby Co 1994: 127–47
3. Morse SS, **Factors in the emergence of infectious disease**. Emerg Infect Dis (serial online), 1995 Jan–Mar, 1(1): (14 screen). Available from: URL: <http://www/cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>. Accessed Desember 25, 1999.

Naskah diketik 2 (dua) spasi 12 pitch dalam program MS Word dengan susur (margin) kiri 4 cm, susur kanan 2,5 cm, susur atas 3,5 cm, dan susur bawah 2 cm, di atas kertas A4.

Setiap halaman diberi nomor halaman, maksimal 12 halaman (termasuk daftar pustaka, Tabel, dan gambar), naskah dikirim melalui E-mail: jurnal@kopertis7.go.id.

Redaksi berhak memperbaiki penulisan naskah tanpa mengubah isi naskah tersebut. Semua data, pendapat atau pernyataan yang terdapat pada naskah merupakan tanggung jawab penulis. Naskah yang tidak sesuai dengan ketentuan redaksi akan dikembalikan melalui email.

Redaksi/Penerbit:

Kopertis Wilayah VII
d/a Seksi Sistem Informasi
Jl. Dr. Ir. H. Soekarno No. 177 Surabaya
Telp. (031) 5925418-19, 5947473 psw. 120
Hp. 08155171928 (Suyono)
Fax. (031) 5947479
E-mail: jurnal@kopertis7.go.id
Homepage: www.kopertis7.go.id.

Efektivitas Game Quiz terhadap Pengetahuan tentang PHBS pada Siswa Kelas 4 SD

(The Effect of Game Quiz toward The Knowledge of PHBS)

Tri Ratnaningsih

STIKES Bina Sehat PPNI Mojokerto

E-mail: triratna83@yahoo.co.id

ABSTRAK

Perilaku hidup bersih dan sehat di Sekolah adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan oleh peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, sehingga secara mandiri mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya, serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan pengaruh Game Quiz terhadap pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan sekolah SDN Carat 1 Gempol Pasuruan. Penelitian ini menggunakan desain pra-eksperimental dengan rancangan One group pretest - posttest design. Jumlah populasi sebanyak 43 responden, teknik sampling yang digunakan yaitu Simple random sampling, diambil sampel 25% dari total responden, sampel 11 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner perilaku hidup bersih dan sehat tatanan sekolah. Hasil Uji Wilcoxon Signed Rank Test menunjukkan bahwa $p(0,003) < \alpha(0,05)$, sehingga H_0 ditolak artinya terdapat pengaruh Game Quiz terhadap pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat di lingkungan sekolah. Game quiz dapat meningkatkan pengetahuan siswa tentang perilaku hidup bersih dan sehat, karena cara ini lebih kreatif dan efektif dalam mengingatkan kemampuan kognitif anak secara sempurna. Sehingga metode ini sangat cocok untuk diberikan dan diterapkan pada anak usia sekolah.

Kata kunci: game quiz, pengetahuan, perilaku hidup bersih dan sehat

ABSTRACT

The hygienic and health lifestyles in school are activities that are practiced by students, teachers, and surrounding societies nearby the school. It happens because of the personal awareness as the result of learning, so that it prevents disease independently. This study aimed to verifying the effect of Game Quiz toward the knowledge of hygienic and health lifestyles in SDN Carat 1 Gempol Pasuruan. This study used pre-experimental research design with One group pretest - posttest design. The number of population were 43 respondents in the which taken by using simple random sampling, taken 25% of the total respondents, sample of 11 respondents. The data collection used questionnaires of hygienic and health lifestyle of school arrangement. The result from Wilcoxon Signed Rank Test revealed that $p(0.003) < \alpha(0.05)$, it means that H_0 was rejected that there was an effect of Game Quiz toward the knowledge of hygienic and health lifestyles in school environment. Game Quiz is able to increase knowledge students about Hygienic and Health Lifestyle, because in this way is more creative and effective in remind the child cognitive abilities perfect. This method is suitable for the given and applied in school age child.

Keywords: game quiz, knowledge, hygienic and health lifestyle

PENDAHULUAN

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di Sekolah adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan oleh peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, sehingga secara mandiri mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya, serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat (Depkes,2007). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mochamad Setyo Pramono dan Astridya Paramita pada tahun (2011) menggunakan game elektronik menunjukkan bahwa, media game elektronik mampu meningkatkan pengetahuan siswa tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Dengan hasil menunjukkan, terjadi peningkatan pengetahuan setelah di beri perlakuan berupa game elektronik, nilai pengetahuan meningkat,

di kota malang yang tingkat pengetahuan tentang PHBS yang dulunya 88,51% menjadi 97,81% sedangkan di Yogyakarta yang dulunya 94,19% menjadi 95,07% (Mochamad Setyo Pramono & Astridya Paramita, 2011).

Menurut data WHO (2007) setiap tahun 100.000 anak Indonesia meninggal akibat diare (Dinkes, 2012), dan angka kejadian kecacangan mencapai 40-60% (Depkes, 2005). Menurut riskesdas tahun 2013 proporsi nasional rumah tangga dengan PHBS baik adalah 32,3 persen, dengan proporsi tertinggi pada DKI Jakarta (56,8%) dan terendah pada Papua (16,4%). Terdapat 20 dari 33 provinsi yang masih memiliki rumah tangga PHBS baik di bawah proporsi nasional. Proporsi nasional rumah tangga PHBS pada tahun 2007 adalah sebesar 38,7% (Depkes RI, 2013). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan di sekolah SDN Carat 1 Gempol- Pasuruan pada tanggal 27 Juni 2015, dari 10 anak sampel acak

didapatkan data: 8 anak mengatakan tidak pernah cuci tangan pakai sabun, 2 anak mengatakan sering cuci tangan pakai sabun, 7 anak mengatakan tidak pernah membuang sampah pada tempatnya, 3 anak mengatakan sering membuang sampah pada tempatnya. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang tidak benar akan menciptakan suatu lingkungan yang tidak sehat bagi siswa, perilaku yang tidak sehat seperti: tidak mencuci tangan pakai sabun, jarang membersihkan jamban dan membuang sampah tidak pada tempatnya, jika kebiasaan ini terus berlanjut maka lama kelamaan akan menjadi sumber penyakit seperti diare, kecacingan dan gangguan kesehatan, dengan menggunakan *game quiz* diharapkan anak akan tertarik dan jika anak sudah tertarik maka ia akan mencoba dengan begitu anak akan lebih mudah memahami dan mempelajari pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat.

MATERI

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di Sekolah adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan oleh peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, sehingga secara mandiri mampu mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya, serta berperan aktif dalam mewujudkan lingkungan sehat (Depkes, 2007). Metode pembelajaran adalah cara yang dipergunakan guru dalam mengadakan hubungan dengan siswa pada saat berlangsung pembelajaran (Sudjana, 2005:76). Salah satu hal yang paling penting dalam kegiatan belajar mengajar di kelas adalah bagaimana seorang pengajar dapat menguasai keadaan kelas sehingga tercipta suasana belajar yang menyenangkan.

Dengan demikian pengajar harus menerapkan metode pembelajaran yang sesuai dengan karakteristik peserta didiknya.

Media pendidikan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan, alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Menurut para ahli, indera indra yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Kurang lebih 75% sampai 87% dari pengetahuan manusia diperoleh disalurkan melalui mata. Sedangkan 13% sampai 25% lainnya tersalur melalui indera lain. Dari sini dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan (Notoatmodjo, 2003). Untuk meningkatkan pengetahuan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), maka harus menghilangkan perilaku yang kurang sehat dengan cara memberikan suatu pembelajaran tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan menggunakan media permainan yang membuat anak tertarik misalnya dengan menggunakan *game quiz*. Dengan menggunakan *game quiz* diharapkan anak akan tertarik dan jika anak sudah tertarik maka ia akan mencoba dengan begitu

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Responden di SDN Carat 1 Pacet Mojokerto.

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Laki-Laki	8	72,7
2.	Perempuan	3	27,3
Total		11	100

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Responden di SDN Carat 1 Pacet Mojokerto

No.	Umur	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	9 Tahun	7	67,6
2.	10 Tahun	4	36,4
Total		11	100

anak akan lebih mudah memahami dan mempelajari pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *pra-eksperimental* dengan rancangan *One group pretest-post test design*. Jumlah populasi sebanyak 43 responden, teknik sampling yang *Simple random sampling*, diambil sampel 25% dari total responden, sampel 11 responden.

Pengumpulan data menggunakan kuisioner perilaku hidup bersih dan sehat tatanan sekolah.

Pretest dengan menggunakan lembar kuisioner tentang pengetahuan perilaku hidup bersih dan sehat yang sudah disiapkan oleh peneliti selama 30 menit, setelah diberikan simulasi cara bermain game, responden di berikan permainan yang sesungguhnya selama 20 menit. Pada hari berikutnya responden diberikan pertanyaan melalui kuesioner tentang PHBS untuk mengukur pengetahuan mereka. Jadi pelaksanaan game quiz ini diberikan satu kali saja. Data di proses melalui proses *editing, coding, skoring, dan tabulating* kemudian di uji dengan menggunakan uji Statistik *non parametric Wilcoxon Signed Rank Test*.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Siswa

Pada Tabel 1 di atas didapatkan data bahwa jenis kelamin responden laki-laki 8 orang responden (72,7%) dan perempuan 3 orang responden (27,3%).

Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Siswa

Pada Tabel 2 di atas didapatkan data bahwa sebagian besar responden berumur 9 tahun sebanyak 7 responden

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Siswa Sebelum Diberi Game Quiz Tentang PHBS di SDN Carat 1 Pacet Mojokerto

No.	Tingkat Pengetahuan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Kurang	4	36,4
2.	Cukup	7	63,6
3.	Baik	0	
Total		11	100

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Siswa Setelah Diberi Game Quiz Tentang PHBS di SDN Carat 1 Gempol Pasuruan

No.	Perilaku	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Kurang	0	
2.	Cukup	3	27,3
3.	Baik	8	72,7
Total		11	100

(63,6%) dan berumur 10 tahun 4 orang responden (36,4%).

Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Siswa Tentang PHBS Sebelum diberi Game Quiz tentang PHBS di SDN Carat 1 Gempol Pasuruan

Berdasarkan Tabel 3, menunjukkan bahwa sebagian besar siswa mempunyai pengetahuan cukup tentang PHBS sebelum diberikan game quiz yaitu sebanyak 7 responden (63,6%).

Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Siswa Setelah Diberi Game Quiz tentang PHBS di SDN Carat 1 Gempol Pasuruan

Berdasarkan Tabel 4, menunjukkan bahwa hampir seluruh siswa mempunyai pengetahuan baik tentang PHBS setelah diberikan game quiz yaitu sebanyak 8 responden (72,7%).

Analisa Tingkat Pengetahuan Siswa Sebelum dan Sesudah Diberi Game Quiz Tentang PHBS di SDN Carat 1 Gempol Pasuruan

Berdasarkan Tabel 5 dapat diketahui bahwa pengetahuan siswa tentang PHBS sebelum diberikan game quiz paling dominan adalah berpengetahuan cukup sebanyak 7 responden dan berpengetahuan kurang sebanyak 4 responden. Sedangkan setelah diberikan game quiz didapatkan tak satu pun responden yang berpengetahuan cukup yaitu sebanyak 3 responden dan paling dominan berpengetahuan baik sebanyak 8 responden.

Tabel 5. Hasil Analisa Tingkat Pengetahuan Siswa Sebelum dan Sesudah Diberi Game Quiz Tentang PHBS di SDN Carat 1 Gempol Pasuruan

Tingkat Pengetahuan	Pre Test		Post Test	
	Frekuensi	Prosentase	Frekuensi	Prosentase
Baik	0	0%	8	72,7%
Cukup	7	63,6%	3	27,3%
Kurang	4	36,4%	0	0%
Total	11	100%	11	100%

PEMBAHASAN

Tingkat Pengetahuan Siswa Sebelum Diberi Game Quiz Tentang PHBS di SDN Carat 1 Gempol Mojokerto

Berdasarkan Tabel 5, menunjukkan bahwa sebagian besar siswa mempunyai pengetahuan cukup tentang PHBS sebelum diberikan *game quiz* yaitu sebanyak 7 responden (63,6%). Hal tersebut menunjukkan bahwa responden di tempat penelitian lebih dominan mempunyai pengetahuan cukup meskipun masih ada responden yang mempunyai pengetahuan kurang dan pengetahuan baik.

Menurut Notoatmodjo (2010). Pengetahuan (knowledge) merupakan hasil tahu dari manusia, yang sekadar menjawab pertanyaan “*what*”, misalnya apa air, apa manusia, apa alam, dan sebagainya. Pengetahuan hanya dapat menjawab pertanyaan apa sesuatu itu. Pengetahuan merupakan respons mental seseorang dalam hubungannya objek tertentu yang disadari sebagai “*ada*” atau terjadi. Pengetahuan dapat salah atau keliru, karena bila suatu pengetahuan ternyata salah atau keliru, tidak dapat dianggap sebagai pengetahuan. Sehingga apa yang dianggap pengetahuan tersebut berubah statusnya menjadi keyakinan saja.

Pengetahuan responden (siswa) dalam penelitian ini hanya diteliti pada sampai tingkat tahu. Tingkat tahu dalam pengetahuan tentang PHBS menuntut siswa untuk mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang dipelajari atau rangsangan yang di terima. Secara khusus, materi PHBS tidak diajarkan pelajaran, namun guru biasanya menyisipkan tentang perilaku-perilaku hidup bersih dan sehat sehari-hari dalam bentuk nasihat pada siswa, dan sedikit disinggung pada mata pelajaran pendidikan jasmani dan olah raga.

Hal tersebut menunjukkan bahwa informasi tentang PHBS tidak terima oleh siswa dengan lengkap sehingga masih banyak siswa yang hanya pada kategori cukup dan masih banyak yang pengetahuannya dalam kategori kurang. Selain informasi yang adekuat faktor umur juga sangat memengaruhi pengetahuan responden di mana umur mereka masih sangat muda sehingga daya kognitifnya masih dalam proses perkembangan.

Tingkat Pengetahuan Siswa Setelah Diberi *Game Quiz* tentang PHBS di SDN Carat 1 Gempol Pasuruan

Berdasarkan Tabel 4, menunjukkan bahwa hampir seluruh siswa mempunyai pengetahuan baik tentang PHBS setelah diberikan *game quiz* yaitu sebanyak 8 responden (72,7%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah diberikan *game quiz*, hampir seluruh siswa memperoleh pengetahuan yang baik. *Game quiz* adalah suatu bentuk permainan atau pikiran di mana pemain (sebagai individu atau dalam tim) berusaha untuk menjawab pertanyaan dengan benar. *Game quiz* interaktif merupakan sebuah aplikasi yang berisi materi pelajaran dalam bentuk soal atau pertanyaan yang memungkinkan peserta didik untuk meningkatkan wawasan dan pengetahuannya mengenai materi pembelajaran secara mandiri. *Game quiz* bertindak sebagai sumber informasi di mana menurut Notoatmodjo (2007), sumber informasi akan memengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Bila seseorang banyak memperoleh informasi maka ia cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih luas. *Game quiz* mampu memberikan induksi pengetahuan pada siswa tentang PHBS. Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pernyataan yang bersifat umum. Hal ini berarti dalam berpikir induksi pembuatan kesimpulan tersebut berdasarkan pengalaman-pengalaman empiris yang ditangkap oleh indra. Kemudian disimpulkan ke dalam suatu konsep yang memungkinkan seseorang untuk memahami suatu gejala, (Notoatmodjo, 2010).

Hasil nilai post test menunjukkan bahwa terjadi peningkatan yang signifikan pada nilai pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Game quiz pada penelitian ini berfungsi sebagai sumber informasi yang sangat efektif, karena sumber informasi dari *game quiz* sangat diminati oleh anak-anak, menurut Notoatmodjo (2007) minat diartikan sebagai sesuatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Dengan adanya pengetahuan yang tinggi didukung minat yang cukup sangatlah mungkin seseorang tersebut akan sesuai dengan apa yang diharapkan. Informasi yang diberikan oleh peneliti diharapkan mampu meningkatkan minat siswa untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Hal yang menjadi catatan pada penelitian ini adalah penelitian ini dilakukan satu kali oleh peneliti sehingga masih dimungkinkan adanya faktor lupa dari responden tentang informasi yang telah diberikan oleh peneliti, namun peneliti memberikan *software* dalam bentuk *copy* pada guru sehingga kapan pun bisa ingin mengakses media belajar *game quiz*.

Analisa Pengaruh *Game Quiz* terhadap Pengetahuan Tentang PHBS pada Siswa SD Kelas 4 di SDN Carat 1 Gempol Pasuruan

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 5 dapat diketahui bahwa pengetahuan siswa tentang PHBS sebelum diberikan *game quiz* paling dominan adalah

berpengetahuan cukup sebanyak 7 responden, dan berpengetahuan kurang sebanyak 4 responden. Sedangkan setelah diberikan *game quiz* didapatkan tidak satu pun responden berpengetahuan kurang, yang berpengetahuan cukup sebanyak 3 responden dan paling dominan berpengetahuan baik sebanyak 8 responden.

Hasil uji *rank wilcoxon* didapatkan tidak satu pun responden yang mengalami penurunan pengetahuan, 11 responden mengalami peningkatan pengetahuan. Hasil uji hipotesis *wilcoxon* didapatkan nilai signifikan sebesar $0,003 < 0,05$ yang artinya terdapat pengaruh *game quiz* terhadap pengetahuan tentang PHBS pada siswa SD kelas 4 di SDN Carat 1 Gempol Pasuruan. Hasil penelitian didukung oleh penelitian dari Mochamad Setyo Pramono dan Astridya Paramita pada tahun (2011) menggunakan *game elektronik* menunjukkan bahwa, media *game elektronik* mampu meningkatkan pengetahuan siswa tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Dengan hasil menunjukkan, terjadi peningkatan pengetahuan setelah di beri perlakuan berupa *game elektronik*, nilai pengetahuan meningkat, di kota malang yang tingkat pengetahuan tentang PHBS yang dulunya 88,51% menjadi 97,81%, sedangkan di Yogyakarta yang dulunya 94,19% menjadi 95,07% (Mochamad Setyo Pramono & Astridya Paramita, 2011).

KESIMPULAN

Kesimpulan pada penelitian ini yaitu ada pengaruh *game quiz* terhadap pengetahuan tentang Perilaku hidup bersih dan sehat pada siswa SD kelas 4 di SDN Carat 1 Gempol Pasuruan, karena *Game quiz* dapat meningkatkan pengetahuan siswa tentang perilaku hidup bersih dan sehat, sebab cara ini lebih kreatif dan efektif dalam meningkatkan kemampuan kognitif anak secara sempurna.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arikunto, Uharsimi. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, eds. revisi VI. Jakarta: Rineka Cipta. 2010. p. 10–5.
2. Depkes, RI. *Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Kementerian Kesehatan RI. 2011. P. 20–24 Sekolah Dasar. Diakses Pada 10 Januari 2015 <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/694>.
3. Mubarak, Wahit Iqbal. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Salemba Medika. 2012. P. 38–41.
4. Maryunani, Anik. *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: Trans Info Media. 2013. P. 23–17.
5. Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. 2010. P. 20–24.
6. Notoatmodjo, Soekidjo. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta. 2010. P. 30–35.
7. Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta. (2007). P. 30–32.
8. Pramono, Mochamad Setyo dan Paramita, Astridya. 2011. *Peningkatan Pengetahuan Anak-anak tentang PHBS dan Penyakit Menular melalui Teknik KIE Berupa Permainan Elektronik*. Diakses 21 Desember 2014.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta. (2010). P. 32–33.

Pengaruh Pemberian *Birth Massage* terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif

(Effect of Birth Massage on First Stage Labor Pain)

Rafhani Rosyidah¹, Evi Rinata², Nuril Masrukah³

¹ Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Jawa Timur
E-mail: rafhani.rosyidah@gmail.com

² Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Jawa Timur

³ BPM Nuril Masrukah, Candi, Sidoarjo, Jawa Timur

ABSTRAK

Persalinan merupakan saat yang sangat dinantikan ibu hamil untuk dapat merasakan kebahagiaan yang didambakan. Namun, persalinan kadang diliputi oleh rasa takut dan cemas terhadap rasa nyeri saat persalinan. *Birth massage* adalah salah satu cara untuk mengurangi nyeri persalinan. Tujuan penelitian ini ialah untuk mengetahui pengaruh pemberian *birth massage* terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif. Desain yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan pre-eksperimental design dengan menggunakan pretest–posttest design. Populasi yang digunakan yaitu semua ibu bersalin kala I fase aktif di BPM Nuril Masrukha Candi Sidoarjo tanggal 24 November 2016–24 Januari 2017 yang memenuhi kriteria inklusi. Jumlah sampel sebanyak 33 ibu bersalin. Data dianalisis menggunakan uji Paired Sample T Test dengan tingkat kesalahan $\alpha = 0,05$. Hasil penelitian menunjukkan rerata skor nyeri persalinan sebelum pemberian *birth massage* adalah $7,24 \pm 0,87$ dan rerata skor nyeri persalinan setelah pemberian *birth massage* adalah $4,94 \pm 0,75$. Dari uji statistik didapatkan nilai $p = 0,000$ sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian *birth massage* dapat menurunkan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

Kata kunci: *birth massage*, nyeri persalinan

ABSTRACT

Childbirth is a highly anticipated moment of pregnant women to be able feel the happiness coveted. However, labor is often overwhelmed by fear and anxiety to pain during childbirth. *Birth massage* is one of technique to reduce pain labor. The purpose of this study was to determine the effect of *birth massage* to reduce pain labor in first stage active phase. The design used in this study using pre-experimental design using pretest–post test design. The population is all labor mother in the active phase of the first stage in BPM Nuril Masrukha Candi Sidoarjo on 24 November 2016–24 January 2017 met the inclusion criteria. The total sample of 33 labor mother. Data were analyzed using Paired Sample T Test with error level $\alpha = 0.05$. The results showed a mean score of labor pain before giving *birth massage* is 7.24 ± 0.87 and the mean score of labor pain after giving *birth massage* is 4.94 ± 0.75 . From statistic test p value = 0.000 so that can made conclusion *birth massage* can reduce first stage pain labor in active phase.

Keywords: *birth massage*, pain labor

PENDAHULUAN

Persalinan merupakan saat yang sangat dinantikan ibu hamil untuk dapat merasakan kebahagiaan yang didambakan. Namun bagi beberapa wanita, persalinan kadang diliputi oleh rasa takut dan cemas terhadap rasa nyeri saat persalinan (Prawirohardjo, 2008). Lamaze dalam Bobak (2010) menyatakan bahwa 85–90% persalinan berlangsung dengan nyeri, dan hanya 10–15% persalinan yang berlangsung tanpa rasa nyeri.

Berbagai upaya dilakukan untuk menurunkan nyeri pada persalinan, baik secara farmakologi maupun nonfarmakologi. Manajemen nyeri secara farmakologi lebih efektif dibanding dengan metode nonfarmakologi namun metode farmakologi lebih mahal, dan berpotensi mempunyai efek yang kurang baik. Sedangkan metode nonfarmakologi bersifat murah, simpel, efektif, dan tanpa efek yang merugikan. Metode nonfarmakologi juga

dapat meningkatkan kepuasan selama persalinan karena ibu dapat mengontrol perasaannya dan kekuatannya (Handerson & Jones, 2006).

Metode nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri persalinan dapat berupa hipnosis, *psychoprophylaxis* (teknik lamaze), *Transcutaneous Electric Nerve Stimulation* (TENS), aroma terapi, hidroterapi, *massage* (pijat), *sterile water injection* (Sharma *et al.*, 2013), kompres panas dan dingin (Reeder, 2011), serta relaksasi dengan napas dalam menggunakan *reflex* lembut manusia untuk menahan, menggosok atau meremas bagian tubuh yang nyeri (Batbual, 2010).

Massage merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan, yang dapat menormalkan denyut jantung dan tekanan darah, serta meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh ibu hamil dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit. Hal ini terjadi karena *massage*

merangsang tubuh melepaskan senyawa endorphin yang merupakan pereda sakit alami (Asri, 2012)

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Desain penelitian menggunakan *quasi experiment* dengan metode *pretest–posttest design*. Pretest–post test design dilakukan dengan cara memberikan pretest terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi, setelah itu diberikan intervensi, kemudian dilakukan post test.

Pretest	Perlakuan	Post test
O ₁	X	O ₂

Keterangan:

X : Perlakuan atau eksperimen dengan *birth massage* selama ±

O₁ : Pengukuran pertama (*Pretest*)

O₂ : Pengukuran kedua (*Posttest*)

Sampling Desain

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin normal kala I fase aktif yang bersalin di RB Nuril Candi Sidoarjo yang melahirkan tanggal 24 November 2016 sampai 20 Januari 2017 dan memenuhi kriteria inklusi: Ibu bersalin normal dengan usia kehamilan ≥ 37 minggu, janin tunggal hidup, presentasi kepala, tidak dilakukan induksi persalinan, ibu bersalin kala I fase aktif (pembukaan 4–6 cm), his adekuat (kontraksi uterus > 3 kali dalam 10 menit dengan lama kontraksi > 40 detik), persalinannya didampingi oleh suami atau keluarga terdekat, tidak menggunakan metode farmakologis dan non farmakologis untuk mengurangi nyeri persalinan, dan ibu kooperatif.

Besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini ditetapkan berdasarkan hasil penelitian terkait sebelumnya yang dilakukan oleh Zahra & Leila (2013) dan dihitung menggunakan *software*. Berdasarkan perhitungan dari *software* tersebut didapatkan jumlah sampel minimal sebanyak 33 ibu bersalin.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara tidak acak (*non random*) atau disebut *non probability sampling* dengan Teknik *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden dapat terpenuhi.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan sebagian besar usia

Tabel 1. Usia Ibu Bersalin di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo

Usia	Jumlah	Prosentase
< 20 Tahun	0	0
20–35 Tahun	28	84,9
35 Tahun	5	15,1
Total	11	100

Tabel 2. Paritas Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif di BPM Nuril Masrukah Candi Sidoarjo

Usia	Jumlah	Prosentase
1 Primigravida	12	36,4
> 1 Multigravida	21	63,6
Total	33	100

Tabel 3. Pengaruh Pemberian *Birth Massage* terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif di BPM Nuril Masrukha Candi Sidoarjo.

Pemberian Birth Massage	Mean ± SD	Δ Mean	95% CI	P
Sebelum Diberikan	7,24 ± 0,87	2,303	2,045	0,000
Setelah Diberikan	4,94 ± 0,75			

ibu bersalin kala I fase aktif di BPM Nuril Masrukha Candi Sidoarjo adalah usia 20–35 tahun yaitu sebanyak 84,9%.

Berdasarkan Tabel 2 menunjukkan sebagian besar paritas ibu bersalin kala I fase aktif di BPM Nuril Masrukha Candi Sidoarjo adalah paritas > 1 (multigravida) yaitu sebanyak 63,6%.

Berdasarkan Tabel 3 dapat diketahui bahwa rerata skor nyeri persalinan sebelum diberikan *birth massage* adalah 7,24 dengan standar deviasi 0,867, sedangkan rerata skor nyeri persalinan setelah diberikan *birth massage* adalah 4,94 dengan standar deviasi 0,747. Rerata selisih skor nyeri persalinan sebelum dan setelah perlakuan turun sebesar 2,303. Dari uji Independent Sample T Test didapatkan nilai P < 0,000 dengan 95% C.I. 2,045–2,561. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian *birth massage* berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

PEMBAHASAN

Gambaran Nyeri Persalinan Sebelum Pemberian Birth Massage

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan rerata skor nyeri ibu bersalin sebelum pemberian *birth massage* adalah

7.24. Rasa nyeri yang dialami pada tiap individu bersifat subjektif, setiap orang mempersepsikan rasa nyeri yang berbeda terhadap hasil stimulus yang sama tergantung pada ambang nyeri yang dimilikinya. Rasa nyeri dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain budaya, takut, kecemasan, pengalaman persalinan sebelumnya, persiapan persalinan dan dukungan (Judha, 2012). Menurut Batbual (2010) intensitas nyeri rata-rata ibu bersalin kala I fase aktif dengan skala VAS sebesar 4–6 sejajar dengan intensitas nyeri sedang pada skala deskriptif.

Rasa nyeri yang dialami selama persalinan bersifat unik pada setiap ibu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, keletihan, pengalaman sebelumnya, gaya koping dan dukungan keluarga dan sosial (Potter & Perry, 2005).

Pada hasil penelitian yang sudah dilakukan, ibu dengan usia 20–35 tahun lebih banyak yaitu 84,9% dibandingkan ibu yang berusia > 35 tahun. Hal ini dikarenakan usia cenderung dikaitkan dengan kondisi psikologis yang masih labil, yang memicu terjadinya kecemasan sehingga nyeri yang dirasakan menjadi lebih berat. Usia juga dipakai sebagai salah satu faktor dalam menentukan toleransi terhadap nyeri. Toleransi akan meningkat seiring bertambahnya usia dan pemahaman terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013).

Dalam penelitian rata-rata intensitas nyeri ibu dengan paritas 1 (primigravida) lebih tinggi daripada intensitas nyeri ibu dengan paritas ≥ 1 (multigravida), hal ini sesuai dengan pendapat Andarmoyo (2013) bahwa ibu primipara dan multipara kemungkinan akan merespons secara berbeda terhadap nyeri walaupun menghadapi kondisi yang sama, yaitu persalinan. Hal ini disebabkan ibu multipara telah memiliki pengalaman pada persalinan pada persalinan sebelumnya.

Sedangkan menurut Batbual (2010) Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri di masa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya karena ibu telah memiliki koping terhadap nyeri. Dapat juga disebabkan karena faktor psikososial yaitu pengalaman yang lalu seperti yang dikemukakan oleh Maryunani (2010) Pengalaman nyeri yang lalu mengubah sensitivitas ibu terhadap nyeri. Ibu-ibu yang mengalami nyeri secara pribadi atau yang telah diceritakan penderita, dari orang terdekat seringkali lebih merasakan nyeri daripada ibu-ibu tanpa pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri yang dimaksudkan yaitu seperti pengalaman buruk tentang persalinan sendiri dan pengalaman buruk teman atau kerabat tentang persalinan.

Gambaran Nyeri Persalinan Setelah Pemberian *Birth Massage*

Berdasarkan Tabel 3, menunjukkan skor nyeri persalinan setelah pemberian *birth massage* sebesar 4,94. *Birth massage* adalah suatu tindakan dengan melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot,

tendon atau ligamentum, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau memperbaiki sirkulasi. *Birth massage* dapat mengurangi rasa nyeri, meredakan ketegangan dan kecemasan, merangsang kontraksi, meningkatkan fleksibilitas otot, melancarkan aliran darah, sirkulasi dan drainase cairan, membantu merevitalisasi pikiran dan badan, memberikan dukungan emosional (Helen, 2011).

Massage secara lembut akan membantu ibu merasa lebih segar, rileks dan nyaman selama persalinan. Hal ini terjadi karena *massage* merangsang tubuh melepaskan senyawa endorphin yang merupakan pereda sakit alami. Endorphin juga dapat menciptakan perasaan nyaman dan enak. Dalam persalinan, *birth massage* juga membantu ibu merasa lebih dekat dengan orang yang merawatnya. Sentuhan seseorang yang peduli dan ingin menolong merupakan sumber kenikmatan saat ibu sakit, lelah dan sakit (Marmi, 2012).

Tindakan utama *birth massage* dianggap “menutup gerbang” untuk menghambat perjalanan rangsangan nyeri pada pusat yang lebih tinggi pada sistem saraf pusat. Selanjutnya, rangsangan taktil dan perasaan positif, yang berkembang ketika dilakukan bentuk sentuhan yang penuh perhatian dan empatik, bertindak memperkuat efek pijat untuk mengendalikan nyeri (Andarmoyo, 2013).

Pengaruh Pemberian *Birth Massage* terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif

Hasil uji *Paired* sampel T test pada Tabel 3 menunjukkan ada pengaruh *birth massage* terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Brown *et al.* (2001) dengan judul “*Women’s Evaluation Nonpharmacological Pain Relief Methods Used During Labor*” di Carolina Utara, Amerika Serikat dengan responden sebanyak 46 ibu bersalin didapatkan, metode *birth massage* 37%, sangat efektif, 57% kurang efektif, 6% tidak efektif dan yang menggunakan metode *birth massage* 54,3%.

Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Dwi (2014) dengan judul “Pengaruh Back Deep Massage terhadap Intensitas Nyeri pada Ibu Bersalin Kala I di RS Nahdlatul Ulama Tuban” dengan responden sebanyak 32 ibu bersalin. Menunjukkan bahwa sebelum diberikan back deep massage ibu bersalin mengalami nyeri kategori sedang (4–5). Sebagian besar responden mengalami nyeri sedang (84,4%). Setelah diberikan *back deep massage* ibu bersalin mengalami nyeri kategori ringan (2–3). Hampir seluruhnya responden mengalami nyeri ringan (90,6%). Terdapat penurunan intensitas nyeri sesudah diberikan perlakuan *back deep massage*. *Back deep massage* pada ibu bersalin terbukti menurunkan nyeri dan memberikan kenyamanan dan mengurangi kecemasan pada ibu bersalin kala I.

Pada penelitian ini sebagian besar ibu bersalin kala I fase aktif mengalami nyeri persalinan sedang dan hanya

sebagian kecil yang mengalami nyeri persalinan ringan sebelum dilakukan *birth massage* (Judha, 2012).+ pada bahu, punggung bagian bawah, telapak tangan, punggung tangan, jari-jari tangan dan telapak kaki selama \pm 5 menit pada masing-masing tempat. Hasil penelitian menunjukkan ibu bersalin kala I fase aktif mengalami penurunan intensitas nyeri yang signifikan. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan, ibu bersalin bersedia dilakukan *birth massage* di beberapa titik, pada saat dilakukan *massage* di punggung bagian bawah ibu merasa lebih rileks, nyaman, tidak cemas, tidak tegang selama persalinan. Tetapi pada saat dilakukan *birth massage* pada bahu, telapak tangan, punggung tangan, jari tangan dan telapak kaki tidak ada perubahan yang signifikan terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan pada kala I fase aktif. Menurut Andarmoyo (2013) *Massage* secara lembut akan membantu ibu merasa lebih segar, rileks dan nyaman selama persalinan. *Birth massage* dianggap “menutup gerbang” untuk menghambat perjalanan rangsangan nyeri pada pusat yang lebih tinggi pada sistem saraf pusat.

Terdapat sebagian kecil ibu bersalin kala I fase aktif dengan intensitas nyeri yang dialaminya tidak berubah. Hal ini disebabkan oleh toleransi individu terhadap nyeri berbeda-beda serta intensitas nyeri akan bertambah tinggi dan semakin sering sesuai dengan pembukaan serviks yang mengakibatkan nyeri yang dialami tidak dapat dialihkan dengan metode *birth massage*. Hal ini sesuai dengan keterbatasan pengolahan nyeri secara non farmakologis yaitu tidak semua ibu yang menggunakan metode ini dapat memperoleh tingkat nyeri yang diinginkan (Maryunani, 2010).

SIMPULAN

Terdapat pengaruh pemberian *birth massage* terhadap penurunan intensitas nyeri persalinan kala I fase aktif.

SARAN

1. Diharapkan pelayanan kesehatan dapat meningkatkan penurunan intensitas nyeri secara non-farmakologis dengan menggunakan *birth massage* sehingga dapat memberikan persalinan

yang aman dan nyaman bagi ibu, mengurangi angka *sectio caesarea*, mengurangi persalinan dengan komplikasi, sebagai cara pendekatan antara ibu dan petugas kesehatan dan meningkatkan pelayanan mutu kesehatan.

2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu sumber *evidence based practice* pada saat praktik di lahan dalam Teknik penurunan intensitas nyeri persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Andarmoyo S. 2013. Persalinan tanpa Nyeri Berlebihan. Yogyakarta: Ar – Ruzz Media.
2. Asri D. & Clervo C. 2012. Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta: Nuha Medika.
3. Batbual, Bringiwatty. 2010. Hypnosis Hypnobirthing. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
4. Bobak, Lowdermik, Jensen. 2010. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC.
5. Danuatmaja B, Meiliasari M. 2004. Persalinan Normal tanpa Rasa Sakit. Jakarta: Puspa Swara.
6. Helen Baston. 2011. Midwifery Essentials: Persalinan, Volume 3. Jakarta: EGC.
7. Henderson C, Jones K. 2006. Buku Ajar Konsep Kebidanan. Jakarta: EGC.
8. Judha M, Sudarti & Fauziah A. 2012. Teori Pengukuran Nyeri dan Nyeri Persalinan. Yogyakarta: Nuha Medika.
9. Marmi. 2012. Intranatal Care Asuhan Kebidanan pada Persalinan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
10. Maryunani Anik. 2010. Nyeri Dalam Persalinan. Jakarta: TIM.
11. Mongan M F. 2009. *Hypnobirthing The Mongan Method*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.
12. Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
13. Nursalam. 2011. Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
14. Nursalam, 2011. Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
15. Potter PA, Perry AG. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa: Renata Komalasari,dkk. Jakarta: EGC.
16. Prawirohardjo S. 2008. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
17. Reeder SJ, Martin LL, dan Griffin DK. 2011. Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, dan keluarga. Jakarta: EGC.
18. Sharma S, Menia V, Bedi J, Dogra S. 2013. *Labor Analgesia: An Unmet Right of Laboring Women in India*. Journal of South Asian Federation Obstetrics and Gynaecology. 5 (1), 26–32.
19. Smeltzer S.C, Bare B.G. 2007. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Volume 2. Edisi 8. Jakarta: EGC
20. Zahra A, Leila M.S. 2013. *Lavender Aromatheraphy Massages in Reducing Labor Pain and Duration of Labor*: A.

Efektivitas Terapi Akupuntur terhadap Perubahan Tekanan Darah Penderita Hipertensi

(Effectiveness of Acupuncture Treatment of Changes in Blood Pressure Hypertension Patients)

Eka Nur So'emah

STIKES Bina Sehat PPNI Kab. Mojokerto

ABSTRAK

Hipertensi merupakan penyakit yang dapat menyerang siapa saja, Hipertensi mengakibatkan jantung bekerja keras hingga terjadi kerusakan yang serius. Salah satu tindakan non-farmakologis yang bisa digunakan untuk mengatasinya yaitu dengan terapi akupuntur yang merupakan pengobatan Cina kuno, dilakukan dengan menusukkan jarum-jarum kedalam kulit pada titik-titik di bagian tubuh tertentu. Penelitian ini bertujuan membuktikan efektivitas terapi akupuntur terhadap perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi di Yayasan Terapi Zona Mojokerto. Desain yang digunakan pre experimental dengan pendekatan one group pretest-posttest. Sampel sebanyak 22 responden diambil dengan menggunakan non probability sampling. Uji Paired T-Test menunjukkan bahwa $p(0,000) < \alpha (0,05)$, sehingga H_0 ditolak artinya terapi akupuntur efektif dalam merubah tekanan darah pada penderita hipertensi. Akupuntur melihat hipertensi sebagai akibat adanya ketidakseimbangan antara Yin dan Yang, yaitu adanya hiperaktivitas Yang Hati dan hipoaktivitas Yin Ginjal atau adanya cairan dan kelembaban yang berlebihan. Akupuntur menghantarkan dan memperlancar Qi (energi vital). Menurut teori neurohumoral efek akupuntur dimediasi melalui sistem saraf. Pacuan oleh saraf simpatis mampu meningkatkan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung sedangkan pacuan oleh saraf parasimpatis mampu menurunkan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung.

Kata kunci: terapi akupuntur, tekanan darah, hipertensi

ABSTRACT

Hypertension are constitute disease. Hypertension resulting in the heart to work hard until serious damage occurs. One of non-pharmacological measures that can be used chinese treatment which is done with needles jabbed into the skin at points on certain body parts. This research aims to prove the effectiveness of acupuncture therapy to changes in blood pressure patients with hypertension in Mojokerto Zone Therapy Foundation. This research the design that used is pre experimental design approach to one group pretest-posttest. sample as much as 22 respondents were taken using a non-probability sampling. Paired T-Test showed that $p(0.000) < (0.05)$, so that H_0 refused meaning that acupuncture is effective in changing blood pressure in patients with hypertension. Acupuncture see hypertension as a result of an imbalance between Yin and Yang, there is hyperactivity Yang Liver and Kidney Yin hypoactivity or there is liquids and excessive moisture. Acupuncture the acupoints to deliver and facilitate Qi (vital energy). According to the theory of acupuncture neurohumoral effects are mediated through the nervous system. Racing by the sympathetic nervous able to increase blood pressure and heart rate while racing by the parasympathetic nervous system is able to lower blood pressure and heart rate.

Keywords: acupuncture therapy, blood pressure, hypertension

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan masalah besar tidak hanya di negara barat akan tetapi juga di Indonesia. Bila tidak diatasi, tekanan darah tinggi akan mengakibatkan jantung bekerja keras hingga pada suatu saat akan terjadi kerusakan yang serius.

Terapi akupuntur akan berpengaruh terhadap rangsangan saraf otonom yang merangsang vasodilatasi arterior, sehingga terjadi pengembangan dinding arteriol dan tahanan pembuluh darah perifer berkurang yang mengakibatkan tekanan darah menurun.

Di semua daerah WHO, pria memiliki prevalensi sedikit lebih tinggi dari tekanan darah mengangkat

daripada wanita. Melihat data dengan kelompok pendapatan Bank Dunia, prevalensi tekanan darah mengangkat lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan rendah dibandingkan dengan negara-negara berpenghasilan menengah dan berpenghasilan tinggi.

Prevalensi hipertensi cukup tinggi di Indonesia. Menurut *National Basic Health Survey* tahun 2013, prevalensi hipertensi pada kelompok usia 15–24 tahun adalah 8,7%, usia 25–34 tahun adalah 14,7%, usia 35–44 tahun adalah 24,8%, usia 45–54 tahun adalah 35,6%, usia 55–64 tahun adalah 45,9%, usia 65–74 tahun adalah 57,6%, dan lebih dari 75 tahun adalah 63,8%. Hal ini menandakan bahwa sebagian besar kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis dan terjangkau pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 29 Maret 2016 di Yayasan Terapi Zona Mojokerto terdapat 9 orang yang melakukan terapi akupuntur dan 6 orang yang menderita hipertensi. Dan dari hasil pengukuran tekanan darah sebelum dilakukan terapi akupuntur didapatkan 4 orang atau 67% mengalami hipertensi stadium I dan 2 orang atau 33% mengalami hipertensi stadium II. Setelah dilakukan terapi akupuntur didapatkan hasil 3 orang atau 50% mengalami penurunan tekanan darah pada sistole sebanyak 10 mmHg, 1 orang atau 17% mengalami penurunan sistole 20 mmHg, sedangkan 2 orang atau 33% tidak mengalami perubahan tekanan darah.

Salah satu upaya pencegahan untuk hipertensi yaitu terapi akupuntur dengan penusukan pada titik-titik di permukaan tubuh yang dikenal sejak 4000-5000 tahun yang lalu di Cina sebagai bagian dari TCM (*Traditional Chinese Medicine*). Akupuntur melihat hipertensi sebagai akibat adanya ketidakseimbangan antara *Yin Yang*, yaitu adanya hiperaktivitas Yang Hati dan hipoaktivitas Yin Ginjal atau adanya cairan dan lembab yang berlebihan. Akupuntur dalam menurunkan tekanan darah diterangkan dalam ilmu pengobatan Cina, yaitu dengan merangsang titik-titik akupuntur untuk menghantarkan dan memperlancar Qi (energi vital) untuk menyeimbangkan *Yin Yang*. Akupuntur bekerja pada tubuh diduga dengan cara melepaskan neurotransmitter yang terlibat pada berbagai proses dalam tubuh. Menurut teori neurohumoral efek akupuntur di mediasi melalui sistem saraf. Pacuan oleh saraf simpatis mampu meningkatkan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung sedangkan pacuan oleh saraf parasimpatis mampu menurunkan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung. Hal-hal tersebut yang menyebabkan akupuntur dapat menurunkan tekanan darah. Berdasarkan fenomena diatas, tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas terapi akupuntur terhadap perubahan tekanan darah pada pasien hipertensi di Yayasan Terapi Zona Mojokerto.

METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah *pre experimental design pretest* dan *post test*. Teknik *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 18 responden yang memenuhi kriteria sebagai berikut: 1) Kriteria Inklusi; Penderita prehipertensi stadium I dan hipertensi stadium II, Penderita hipertensi yang kooperatif. 2) Kriteria Eksklusi; Pasien dalam keadaan hamil, Pasien hipertensi dengan komplikasi, Pasien memakai alat pacu jantung, Pasien yang memiliki gangguan jiwa. Terapi akupuntur dilakukan satu kali pada masing-masing responden. Variabel dalam penelitian ini adalah terapi akupuntur dengan SOP sebagai alat ukurnya dan perubahan tekanan darah pada pasien hipertensi

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia pada Penderita Hipertensi

No.	Usia	(F)	(%)
1.	17– 25 Tahun	1	5,6
2.	26–35 Tahun	4	22,2
3.	36–45 Tahun	9	50,0
4.	46–55 Tahun	4	22,2
Total		18	100

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Penderita

No.	Jenis Kelamin	(F)	(%)
1.	Laki-laki	6	33,3
2.	Perempuan	12	66,7
Total		18	100

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kebiasaan Merokok Pada Penderita Hipertensi

No	Merokok	(F)	(%)
1	Ya	3	16,7
2	Tidak	15	83,3
Total		18	100

dengan menggunakan lembar observasi pengukuran tekanan darah. Lokasi penelitian di lakukan di Yayasan Terapi Zona Mojokerto. Waktu penelitian dimulai pada tanggal 18–31 Mei 2016.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Data Umum

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia
Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa sebagian besar responden berusia 36-45 tahun sebanyak 9 responden (50%).
2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 12 responden (66,7%).
3. Karakteristik Responden Berdasarkan Kebiasaan Merokok
Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa sebanyak 15 responden (83,3%) sebagian besar responden tidak memiliki kebiasaan merokok.
4. Karakteristik Responden Berdasarkan Konsumsi Alkohol

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Konsumsi Alkohol pada Penderita Hipertensi

No.	Konsumsi Alkohol	(F)	(%)
1.	Ya	0	0
2.	Tidak	18	100
Total		18	100

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat Keturunan pada Penderita Hipertensi

No.	Riwayat Keturunan	(F)	(%)
1.	Ya	16	88,9
2.	Tidak	2	11,1
Total		18	100

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Makanan Tinggi Garam pada Penderita Hipertensi

No.	Makanan Tinggi Garam	(F)	(%)
1.	Ya	15	83,3
2.	Tidak	3	16,7
Total		18	100

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Konsumsi Obat yang Dapat Memicu Hipertensi pada Penderita Hipertensi

No.	Konsumsi Obat	(F)	(%)
1.	Ya	6	33,3
2.	Tidak	12	66,7
Total		18	100

Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa semua responden yaitu 18 responden (100%) tidak memiliki kebiasaan konsumsi alkohol.

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Keturunan

Berdasarkan Tabel 5 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki riwayat keturunan hipertensi, yaitu sebanyak 16 responden (88,9%).

6. Karakteristik Responden Berdasarkan Makanan Tinggi Garam

Berdasarkan Tabel 6 diketahui bahwa sebagian besar responden mengonsumsi makanan tinggi garam, yaitu sebanyak 15 responden (83,3%).

7. Karakteristik Responden Berdasarkan Konsumsi Obat Hipertensi

Berdasarkan Tabel 7 bahwa sebagian besar responden tidak mengonsumsi obat yang dapat memicu hipertensi, yaitu sebanyak 12 responden (66,7%).

Data Khusus

1. Efektivitas Terapi Akupuntur Terhadap Perubahan Tekanan Darah

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 8 diperoleh data pada 18 responden (100%) menunjukkan bahwa tekanan darah di atas normal (sistole < 120 dan diastole < 80) dan tekanan darah sesudah diberikan terapi akupuntur terdapat perubahan 94,4% (17 responden) dengan penurunan tekanan darah rata-rata mencapai 10 mmHg sebanyak (61,1%) 11 responden.

Hasil analisis dengan menggunakan *paired sample t-test* didapatkan value (0,000) < α (0,05) sehingga dapat disimpulkan H_0 ditolak yang berarti terapi akupuntur efektif terhadap perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi di Yayasan Terapi Zona Mojokerto.

2. Perubahan Tekanan Darah Sistol dan Diastol Sebelum dan Sesudah Pemberian Terapi Akupuntur

Berdasarkan Tabel 9 diketahui bahwa rata-rata tekanan darah sistol sebelum diberikan terapi akupuntur yaitu 139,44 dan setelah diberikan terapi akupuntur yaitu 132,22. Sedangkan rata-rata tekanan darah diastol sebelum diberikan terapi akupuntur yaitu 105,56 dan setelah diberikan terapi akupuntur yaitu 100,00 dari hasil tersebut terjadi perubahan tekanan darah sistol dan diastol. Hal ini menunjukkan perubahan tekanan darah sistol dan diastol sebelum diberikan perlakuan dengan sesudah diberikan perlakuan pada penderita hipertensi.

Tabel 8. Hasil Observasi Perubahan Tekanan Darah Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi Akupuntur

No. Resp	Tekanan Darah		Deviasi
	Sebelum	Sesudah	
1.	140/110 mmHg	130/110 mmHg	10/0 mmHg
2.	140/100 mmHg	130/110 mmHg	10/0 mmHg
3.	140/110 mmHg	140/100 mmHg	0/10 mmHg
4.	150/100 mmHg	140/100 mmHg	10/0 mmHg
5.	130/100 mmHg	120/90 mmHg	10/10 mmHg
6.	150/110 mmHg	140/110 mmHg	10/0 mmHg
7.	140/110 mmHg	130/100 mmHg	10/10 mmHg
8.	130/100 mmHg	130/100 mmHg	0 mmHg
9.	130/100 mmHg	120/90 mmHg	10/10 mmHg
10.	140/110 mmHg	140/100 mmHg	0/10 mmHg
11.	140/100 mmHg	130/100 mmHg	10/0 mmHg
12.	140/110 mmHg	140/100 mmHg	0/10 mmHg
13.	130/100 mmHg	120/90 mmHg	10/10 mmHg
14.	130/100 mmHg	120/90 mmHg	10/10 mmHg
15.	140/110 mmHg	130/100 mmHg	10/10 mmHg
16.	160/110 mmHg	150/110 mmHg	10/0 mmHg
17.	150/110 mmHg	140/110 mmHg	10/0 mmHg
18.	140/110 mmHg	140/100 mmHg	0/10 mmHg

Tabel 9. Analisis Perubahan Tekanan Darah Sistol dan Diastole Sebelum dan Sesudah Pemberian Terapi Akupuntur

Variabel	Konsumsi Obat	N	Mean	SD	pValue
TD Sistol	Sebelum	18	139,44	7,254	0,000
	Sesudah	18	132,22	8,085	
TD Diastole	Sebelum	18	105,56	5,113	0,000
	Sesudah	18	100,00	6,860	

Standar deviasi pada tekanan darah sistol sebelum diberikan terapi akupuntur yaitu 7,254 dan sesudah diberikan terapi akupuntur standar deviasinya yaitu 8,085. Sedangkan standar deviasi pada tekanan darah diastole sebelum diberikan terapi akupuntur yaitu 5,113 dan sesudah diberikan terapi akupuntur standar deviasinya mencapai 6,860. Terdapat peningkatan standar deviasi tekanan darah sistol dan diastole sebelum dan sesudah diberikan terapi akupuntur.

Hasil uji *Paired t-test* didapatkan value $(0,000) < \alpha (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan H_0 ditolak yang berarti terapi akupuntur efektif dalam perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi di Yayasan Terapi Zona Mojokerto.

Pembahasan

Analisa Efektivitas Terapi Akupuntur Terhadap Perubahan Tekanan Darah Sistol Dan Diastole

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 8 diperoleh data pada 18 responden (100%) menunjukkan bahwa tekanan darah diatas normal (sistol < 120 dan diastole < 80) dan tekanan darah sesudah diberikan terapi akupuntur terdapat perubahan 94,4% (17 responden) dengan penurunan tekanan darah rata-rata mencapai 10 mmHg sebanyak (61,1%) 11 responden.

Berdasarkan Tabel 9 diketahui bahwa rata-rata tekanan darah sistol sebelum diberikan terapi akupuntur yaitu 139,44 dan setelah diberikan terapi akupuntur yaitu 132,22 dari hasil tersebut terjadi penurunan pada tekanan darah sistol. Sedangkan rata-rata tekanan darah diastol sebelum diberikan terapi akupuntur yaitu 105,56 dan setelah diberikan terapi akupuntur yaitu 100,00 dari hasil tersebut terjadi perubahan tekanan darah diastol. Hal ini menunjukkan perubahan pada tekanan darah sistol dan diastol sebelum diberikan perlakuan dengan sesudah diberikan perlakuan pada penderita hipertensi.

Standar deviasi pada tekanan darah sistol sebelum diberikan terapi akupuntur yaitu 7,254 dan sesudah diberikan terapi akupuntur standar deviasinya yaitu 8,085. Sedangkan standar deviasi pada tekanan darah diastol sebelum diberikan terapi akupuntur yaitu 5,113 dan sesudah diberikan terapi akupuntur standar deviasinya mencapai 6,860. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan standar deviasi pada tekanan darah

sistol dan *diastole* sebelum dan sesudah diberikan terapi akupuntur.

Hasil uji *Paired t-test* didapatkan value $(0,000) < \alpha (0,05)$ sehingga dapat disimpulkan H_0 ditolak yang berarti terapi akupuntur efektif dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi di Yayasan Terapi Zona Mojokerto. Dengan melihat hasil uji statistik dan penurunan *mean* dari responden, dapat dijelaskan bahwa terapi akupuntur efektif terhadap perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi di Yayasan Terapi Zona Mojokerto. Hal tersebut terjadi karena terapi akupuntur merupakan teknik pengobatan tradisional Indonesia yang merupakan asimilasi budaya dengan cina (Murtie, 2013). Akupuntur adalah pengobatan dengan cara tusuk jarum pada daerah di permukaan tubuh atau suatu cara pengobatan yang memanfaatkan rangsangan pada titik-titik akupuntur tubuh pasien, telinga, atau kulit kepala untuk memengaruhi aliran *bioenergy* tubuh yang disebut dengan *qi* (dibaca: *chi*). Proses pengobatan akupuntur yaitu proses mengembalikan system keseimbangan (*homeostasis*) tubuh yang terwujud dengan adanya aliran *qi* yang teratur dan harmonis dalam meridian sehingga pasien sehat kembali (Widharto, 2009).

Jika dibandingkan dengan tekanan darah yang dialami pada responden sebelum diberikan perlakuan, maka terdapat perubahan tekanan darah sistol dan diastol yang dialami responden sesudah diberikan perlakuan. Penurunan tekanan darah sistol dan diastol dapat terjadi karena pengaruh terapi akupuntur.

Akupuntur merupakan cara pengobatan dengan menusukkan jarum ke dalam tubuh pasien (Widjaja, 2006). Akupuntur melihat hipertensi sebagai akibat adanya ketidakseimbangan antara Yin Yang, yaitu adanya hiperaktivitas Yang Hati dan hipoaktivitas Yin Ginjal atau adanya cairan dan lembab yang berlebihan. Akupuntur bekerja pada tubuh diduga dengan cara melepaskan *neurotransmitter* yang terlibat pada berbagai proses dalam tubuh. Menurut teori *neurohumoral* efek akupuntur di mediasi melalui sistem saraf. Pacuan oleh saraf simpatis mampu meningkatkan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung sedangkan pacuan oleh saraf parasimpatis mampu menurunkan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung. Terapi akupuntur mempunyai pengaruh terhadap rangsangan saraf otonomi yang merangsang *vasodilatasi arterior*, sehingga terjadi pengembangan di dinding *arteriol* dan tahanan pembuluh darah perifer berkurang sehingga tekanan darah menurun. Hal-hal tersebut yang menyebabkan akupuntur dapat menurunkan tekanan darah.

Hipertensi tidak disebabkan oleh satu faktor, tetapi sejumlah faktor turut memegang peranan dan saling berkaitan dalam genesis hipertensi (Syamsudin, 2011). Hormon *kortisol* memegang peranan penting dalam mengelola stres, *kortisol* juga memberikan kontribusi yang penting dalam mengatur kadar gula darah bersama insulin, menjaga sistem kekebalan tubuh dan memelihara tekanan darah agar tetap konstan. Jika *kortisol* diproduksi

secara berlebihan maka sistem dalam tubuh pun akan terganggu misalnya seperti mudah terjadi infeksi, sistem pengaturan cairan dan elektrolit terganggu dan dapat mengakibatkan tekanan darah menjadi meningkat (Perry & Potter, 2005).

Pada penelitian ini, sebagian besar perubahan tekanan darah yang dialami responden adalah tekanan darah di atas normal, hal itu terjadi karena responden sudah mengalami tekanan darah tinggi sebelumnya. Pada hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden berusia 36–45 tahun. Standar normal tekanan darah untuk remaja dan dewasa adalah 120/80 mmHg. Insiden hipertensi meningkat pada usia 35 tahun ke atas. Ini dikarenakan arterinya lebih keras dan kurang fleksibel terhadap darah. Hal ini mengakibatkan peningkatan tekanan sistolik. Tekanan diastolik juga meningkat karena dinding pembuluh darah tidak lagi retraksi secara fleksibel pada penurunan tekanan darah (Perry & Potter, 2005). Patut diketahui bahwa semakin usia bertambah, semakin tinggi pula tekanan darah. Faktor-faktor lain juga bisa menyebabkan tekanan darah meningkat secara kontemporer (Ramadhan, 2010). Faktor hipertensi dipengaruhi oleh jenis kelamin. Sebagian besar responden sebanyak 14 responden (64%) berjenis kelamin perempuan. Secara klinis memang tidak ada perbedaan yang signifikan. Laki-laki sering mengalami tanda-tanda hipertensi pada usia akhir tiga puluhan, sedangkan perempuan mengalami hipertensi setelah laki-laki. Salah satu penyebab dari terjadinya pola tersebut adalah perbedaan hormon kedua jenis kelamin, di usia tersebut perempuan kehilangan hormon estrogen sehingga tekanan darah meningkat (Muhammadun, 2010).

Faktor selanjutnya yaitu keturunan, berdasarkan hasil penelitian sebagian besar memiliki riwayat keturunan hipertensi, apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang tua, maka kemungkinan menderita hipertensi menjadi lebih besar. Hipertensi juga banyak dijumpai pada penderita kembar *monozygot* (satu telur), apabila salah satunya menderita hipertensi. Fakta ini mendukung dugaan bahwa faktor keturunan mempunyai peran di dalam terjadinya hipertensi, baik secara langsung maupun tidak langsung. Meningkatnya risiko hipertensi tidak dapat dihindari lagi, jika kedua orang tua mengidap hipertensi (Ramadhan, 2010).

Faktor berikutnya yaitu konsumsi garam, berdasarkan hasil penelitian sebagian besar responden mengonsumsi makanan tinggi garam. Konsumsi garam yang tinggi selama bertahun-tahun kemungkinan meningkatkan tekanan darah karena meningkatkan kadar sodium dalam sel-sel otot halus pada dinding *arteriol*. Kadar sodium yang tinggi ini memudahkan masuknya kalsium ke dalam sel-sel tersebut. Hal ini menyebabkan *arteriol* berkontraksi dan menyempit pada lingkaran dalamnya (Beevers, 2005). Kurangi pemakaian garam sampai kurang dari 2,3 gram natrium atau 6 gram (sekitar 1 sendok teh) natrium klorida setiap harinya, disertai dengan asupan kalsium, magnesium, dan kalium yang

cukup (Ramadhan, 2010). Jika mengonsumsi garam lebih dari 5,8 gram per hari, ini dapat meningkatkan tekanan darah seseorang. Bila kita dapat mengurangi 1,8 gram per hari saja maka dapat menurunkan tekanan darah sistolik sebesar 4 mmHg dan *diastolik* 2 mmHg (Ridwan M., 2009). Konsumsi garam yang berlebih dan berlangsung setiap hari akan memberikan dampak secara langsung pada tubuh, karena apa yang dikonsumsi akan diolah oleh sistem pencernaan diserap dan dialirkan ke seluruh tubuh oleh pembuluh darah. Jika kadar garam tinggi dalam tubuh maka akan mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan hal ini yang akan menjadikan beban kerja jantung dapat meningkat dan terjadi tekanan darah tinggi atau hipertensi.

Selain itu konsumsi obat-obatan, dapat memberikan efek spesifik pada organ atau fungsi tertentu dalam tubuh. Namun demikian, setelah dikonsumsi, maka obat akan terdistribusi ke seluruh tubuh dan dapat menyebabkan efek tambahan yang tidak diinginkan pada bagian tubuh yang lain. Efek tersebut dapat berupa rasa tidak nyaman seperti sakit kepala, sakit perut, atau pusing (Williams, 2007).

Seperti yang telah dijelaskan, berdasarkan teori yang ada terdapat berbagai faktor yang memengaruhi tekanan darah. Tindakan untuk menurunkan tekanan darah yaitu farmakologi dan non farmakologi. Salah satu terapi non farmakologi ini adalah dengan terapi akupuntur. Terapi akupuntur ini dapat melebarkan seluruh pembuluh darah jantung dan memperbaiki daya pompa jantung, memperlambat denyut jantung dan memperpanjang periode kontraksi elektrik otot jantung, memperpendek waktu sebelum pemompaan darah keluar dari jantung, dan mengurangi beban otot jantung sebelum dan sesudah kontraksi (Ramaiah, 2005).

Terapi akupuntur hanya salah satu terapi yang efektif terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi di Yayasan Terapi Zona Mojokerto. Hal ini dapat terjadi karena dalam melakukan terapi akupuntur dilakukan oleh tenaga ahli (akupunturis) sesuai standar operasional prosedur (SOP), sehingga dapat memperbaiki *mikrosirkulasi*, terutama karena terjadi *vasodilatasi* pada *kapiler* dan *arteriol*. Efek ini dapat terjadi di daerah lokal sekitar tempat tusukan jarum dan pada daerah yang jauh dari tempat penusukan. Hal ini dapat menjadi acuan bahwa terapi akupuntur memang berpengaruh pada tekanan darah penderita hipertensi. Dengan kondisi tubuh yang rileks dan tidak mengalami stres maka pembuluh darah akan mengalami *vasodilatasi* tanpa adanya tahanan, ini dapat memaksimalkan suplai oksigen dan melancarkan sirkulasi darah ke seluruh tubuh. Terlebih bila dilakukan secara teratur, dan tetap menjaga gaya hidup sehat untuk mendapat hasil yang maksimal dalam mengontrol tekanan darah untuk tetap dalam batas normal.

Namun ada pula yang tetap atau tidak mengalami perubahan tekanan darah setelah dilakukan terapi akupuntur. Hal tersebut dipengaruhi oleh banyak

faktor, misalnya responden tetap mengonsumsi makanan tinggi garam, terlebih lagi jika responden juga memiliki keturunan penyakit hipertensi atau bahkan responden memiliki *stressor* yang dapat memengaruhi tekanan darahnya. Selain itu ada beberapa faktor yang memengaruhi perbedaan hasil terapi, antara lain perbedaan titik-titik akupuntur yang digunakan oleh terapis, lama penusukan yang berbeda-beda, metode penusukan akupuntur yang digunakan, kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi, lama terapi yang dilakukan oleh pasien, serta kondisi fisik pasien saat melakukan terapi. Pengukuran perubahan tekanan darah sistol dan diastol pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan klasifikasi hipertensi menurut JNC VII (*Joint National Committee*) dan dari data yang diperoleh, tiap responden memberikan hasil pengukuran yang berbeda. Hal tersebut wajar karena efek terapi akupuntur antara satu individu dengan individu yang lainnya tidak sama atau berbeda. Dengan demikian tekanan darah tiap responden berbeda dikarenakan, tiap responden mempunyai karakteristik yang berbeda dengan responden lainnya. Karakteristik tersebut seperti usia, jenis kelamin, keturunan hipertensi, dan lain sebagainya. Sehingga hal tersebut akan memengaruhi perubahan tekanan darah yang dialami responden.

SIMPULAN

Terapi akupuntur efektif dalam menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi di Yayasan Terapi Zona Mojokerto.

SARAN

1. Bagi Penderita Hipertensi diharapkan agar teratur melakukan terapi akupuntur pada akupunturis dan selalu aktif untuk mengukur tekanan darah, karena

terapi akupuntur mempunyai efek menguntungkan bagi tubuh dengan memperlancar sirkulasi darah.

2. Bagi Petugas Kesehatan bekerja sama dengan akupunturis yang telah bersertifikat, diharapkan dapat menjadikan terapi akupuntur sebagai salah satu alternatif untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya, Penelitian ini hanya dilakukan 1 kali pada setiap responden selama 10 hari, dengan melakukan terapi akupuntur, diharapkan penelitian ini dilaksanakan secara berkelanjutan/berkesinambungan, sehingga efektivitas terapi akupuntur terhadap perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi bisa terlihat lebih jelas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Kejadian Hipertensi di Jawa Timur. www.depkes.co.id. 2013 (diakses tanggal 10 Januari 2016)
2. Murtie, A. Kupas Tuntas Pengobatan Tradisional. Jogjakarta: trans idea publishing. 2013.
3. Widharto, D. Pengobatan Alternatif. Jakarta: Sunda Kelapa Pustaka. 2009.
4. Widjaja, B.S. Kurapuntur Menyembuhkan Penyakit dengan Akupuntur Perut. Jakarta: PT. Kawan Pustaka. 2006.
5. Syamsudin. Farmakoterapi Kardiovaskuler dan Renal. Jakarta: Salemba Medika. 2011.
6. Perry Potter. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses & Praktik Ed. 4 Vol. 1. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2005.
7. Ramadhan, A. Mencermati Berbagai Gangguan pada Darah dan Pembuluh Darah. Jogjakarta: Diva Press. 2010.
8. Muhammadun, A. Hidup Bersama Hipertensi Seringai Darah Tinggi Sang Pembunuh Sekejap. Yogyakarta: Divapress. 2010.
9. Beevers PD. Seri Kesehatan Tekanan Darah. Jakarta: Dian Rakyat. 2008.
10. Ridwan, M. Mengenal, Mencegah, Mengatasi Silent Killer Hipertensi. Semarang: Pustaka Widyamara. 2009.
11. Williams DA. Tekanan Drah Tinggi. Jakarta: Erlangga. 2007.
12. Ramaiah DS. Terapi Baru Menyembuhkan Serangan Jantung. Yogyakarta: Bookmarks Diglossia Media Group. 2005.

Dukungan Keluarga pada Ibu Bekerja dengan Keberhasilan ASI Eksklusif

(Family Support on Working Mothers with Success of The Exclusive Breast Feeding)

Nurul Azizah¹, Yanik Purwanti²

¹ Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Nurul_az3zah@yahoo.com

² Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
yanpurwa@gmail.com

ABSTRAK

ASI merupakan nutrisi terbaik bagi bayi baru lahir karena mengandung berbagai komponen antibodi, nutrisi yang lengkap dan mudah dicerna oleh bayi baru lahir dibandingkan dengan susu formula. Pemberian ASI pada bayi sangat mudah diberikan jika ibu setiap saat berada di samping bayi, kondisi tersebut sangat berbeda dengan yang dialami oleh ibu yang bekerja. Dukungan keluarga serta kerabat, merupakan salah satu faktor pemicu keberhasilan ASI eksklusif, terutama pada ibu bekerja. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui pengaruh dukungan keluarga pada ibu bekerja dengan keberhasilan ASI eksklusif. Desain penelitian menggunakan survei analitik, dengan teknik pengambilan sampel retrospektive sampling, jumlah sampel sebanyak 30 responden. Setelah data terkumpul dianalisis menggunakan chi-square dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$, untuk mengidentifikasi variabel perancu terhadap keberhasilan ASI eksklusif pada ibu bekerja. Hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden yang mendapatkan dukungan baik dari keluarga berhasil memberikan ASI eksklusif terhadap bayinya, saran untuk memperbanyak cakupan ASI eksklusif terhadap ibu bekerja yakni dengan memberikan dukungan dari segi emosi, penilaian, instrumen dan informasi kepada ibu bekerja baik dari pihak keluarga dan institusi tempat ibu bekerja.

Kata kunci: dukungan keluarga, ibu bekerja, asi eksklusif

ABSTRACT

Breast milk is the best nutrition for newborn babies as it contains various components of antibodies, complete nutritional and digestible by new born compared to infant formula. Breastfeeding to infants is very simple to administer, for the mother at any time can be in conditions close to the baby, but this condition is very different from the conditions of working mothers. Support from family and relatives, is one of the factors behind the success of exclusive breastfeeding, especially in working mother. The purpose of this study is to determine the effect of family support in working mother with exclusive breast feeding success. Design research use analytic techniques, survey sampling with retrospective sampling, the number of samples as many as 30 respondents. Data is analyzed using chi-square with a level of significance of $p < 0.05$ The results showed the majority of respondents, who received good support from family managed to give exclusive breast feeding to their babies. Suggestions to expand coverage to the exclusive breast feeding working mothers by providing support in terms of emotions, judgments, instruments and information to mothers work both from the family and the institution where the mother works.

Keywords: family support, working mothers, exclusive breast feeding

PENDAHULUAN

Nutrisi yang baik pada masa bayi sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan selama *golden period*. Pemberian nutrisi yang baik perlu didukung dengan adanya kesempatan untuk berinteraksi sosial, psikologis, dan bahkan pendidikan orangtua.¹ *World health organization* (WHO) dan *United Nations Children's Fund* (UNICEF) merekomendasikan pemberian nutrisi yang optimal bagi baru lahir yakni ASI eksklusif selama 6 bulan dan dapat dilanjutkan minimal sampai bayi berusia 12 bulan.¹ Pemberian ASI bagi bayi baru lahir dapat membantu proses maturasi saluran pencernaan.²

Cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi 0–6 bulan di Indonesia pada tahun 2012 berdasarkan laporan sementara hasil survei demografi dan kesehatan Indonesia masih cukup rendah yakni sebesar 42% di mana target pencapaian pemberian ASI eksklusif pada tahun 2014 sebesar 80%. Salah satu penyebab rendahnya cakupan pemberian ASI eksklusif bagi bayi dikarenakan ibu bekerja sehingga bayi diberikan susu formula untuk memenuhi kebutuhannya.³

Begitu pentingnya manfaat ASI bagi bayi para ahli menyarankan agar ibu memberikan ASI Eksklusif. Yang dimaksud dengan ASI Eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja selama 6 bulan, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, dan air

teh, serta tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan nasi tim. Setelah 6 bulan baru mulai diberikan makanan pendamping ASI (MPASI). ASI dapat diberikan sampai anak berusia 2 tahun atau lebih. Namun masih banyak ibu menyusui yang bekerja, keadaan ini sering menjadi kendala bagi ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya⁴.

Permasalahan pemberian ASI eksklusif pada bayi oleh ibu bekerja adalah dikarenakan ibu yang mempunyai peran ganda yakni ibu yang harus merawat bayinya sedangkan ibu juga harus bekerja. Faktor lain yang memengaruhi pemberian ASI Eksklusif yakni adanya kebijakan perusahaan dalam memberikan waktu cuti melahirkan yang terlalu pendek serta kurangnya dukungan dari tempat kerja yakni fasilitas untuk memerah ASI⁵, oleh karena itu dukungan keluarga serta kerabat, merupakan faktor utama yang dapat berpengaruh berapa lama seorang ibu untuk menyusui bayinya, padahal pemerintah dalam undang-undang perburuhan telah memberikan hak kepada ibu menyusui mendapatkan kesempatan dalam memberikan ASI⁶.

Ada banyak faktor yang menjadi kendala keberhasilan ASI eksklusif, selain karena faktor pekerjaan faktor cuti melahirkan yang terbatas juga dapat memengaruhi keinginan para ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, oleh karena itu disarankan bagi institusi dapat memberikan fasilitas pada ibu menyusui agar dapat dengan leluasa memberikan ASI pada bayinya⁷. Secara ideal setiap tempat kerja yang mempekerjakan perempuan hendaknya memiliki tempat penitipan bayi atau anak, sehingga ibu dapat membawa bayinya ke tempat kerja dan menyusui setiap beberapa jam. Namun bila tidak memungkinkan karena tempat kerja jauh dari rumah, tidak memiliki kendaraan pribadi atau jemputan kantor, maka cara lain yang mudah adalah memberikan ASI perah. Pemberian ASI eksklusif pada bayi bukan hanya tanggung jawab ibu saja, sehingga dukungan suami, keluarga dan masyarakat serta pihak terkait lainnya sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kembali pemberian ASI eksklusif pada bayi. Kepala keluarga, dalam hal ini suami juga memiliki tanggung jawab besar untuk memberikan dukungan⁸.

TUJUAN PENELITIAN

tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh dukungan keluarga pada ibu bekerja terhadap keberhasilan pemberian ASI eksklusif.

Yang dimaksudkan dengan variabel dukungan keluarga meliputi: (1) dukungan informasi yakni keluarga memberikan informasi dan mendampingi ibu ke petugas kesehatan untuk mendapatkan informasi tentang ASI eksklusif, (2) dukungan penilaian yakni keluarga mengingatkan, menemani dan membimbing ibu dalam pemberian ASI eksklusif, (3) dukungan instrumen yakni keluarga menyediakan segala keperluan ibu menyusui dan membantu tugas rumah tangga, (4) dukungan emosional

yakni keluarga mendengar keluhan, meyakinkan, dan memberikan nasehat pada ibu menyusui dalam pemberian ASI eksklusif.

METODE DAN DESAIN PENELITIAN

Desain penelitian Analitik retrospektive Populasi pada penelitian ibu bekerja di lingkungan Universitas Muhammadiyah Sidoarjo. Dengan jumlah sampel 30 orang ibu bekerja di lingkungan Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.

Analisis bivariabel bertujuan untuk menguji hipotesis yang signifikan antara dua variabel. Pengujian hipotesis dilakukan dengan menggunakan uji statistik chi-square dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$. Analisis bivariabel digunakan untuk menganalisis perbedaan keberhasilan ASI eksklusif pada ibu bekerja dibandingkan dengan kelompok kontrol.

HASIL

Hasil penelitian yang didapat dari 30 responden yang memiliki anak umur di bawah lima tahun dan ibu juga bekerja didapatkan hasil sebagai berikut:

Kriteria	Asi Eksklusif		Σ
	Tidak	Ya	
Umur			
20–30 tahun	8 (26.6%)	7 (23.3%)	
> 30 tahun	8 (26.6%)	7 (23.3%)	30 (100%)
	16 (53,3%)	14 (46,6%)	
Pendidikan			
Menengah	2 (6.6%)	1 (3.3%)	
PT	14 (46.6%)	13 (43.3%)	30 (100%)
	16 (53,3%)	14 (46,6%)	
Paritas			
1	6 (20%)	8 (26.6%)	
≥ 2	10 (33.3%)	6 (20%)	30 (100%)
	16 (53,3%)	14 (46,6%)	

Dari 30 responden diperoleh data dengan kriteria umur didapatkan hasil yang sama di antara responden sebagian besar tidak memberikan ASI eksklusif sebanyak 8 (26.6%) terhadap bayinya, dari kriteria pendidikan didapatkan responden yang memiliki jenjang pendidikan tinggi sebanyak 14 (46,6%) tidak berhasil dalam pemberian ASI eksklusif, sedangkan dari kriteria paritas didapatkan sebagian besar responden paritas lebih dari 1 sebanyak 10 (33,3%) tidak memberikan ASI eksklusif, hal ini menunjukkan bahwa umur, pendidikan dan paritas tidak memiliki pengaruh dengan keberhasilan ASI eksklusif.

Pengaruh dukungan keluarga dengan keberhasilan ASI Eksklusif pada ibu bekerja dari 30 responden didapatkan hasil sebagai berikut:

Dukungan	Asi Eksklusif		S	P
	Tidak	Ya		
Baik	6 (20%)	6 (20%)	12 (40%)	
Kurang	10 (33,3%)	8 (26,6%)	18 (60%)	> 0,05
	16 (53,3%)	14 (46,6%)	30 (100%)	

Pada Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar ibu tidak mendapatkan dukungan baik secara informasional, penilaian, instrumental maupun emosional terdapat 10 responden atau sebanyak 33,3% tidak berhasil memberikan ASI eksklusif terhadap bayinya.

PEMBAHASAN

Berdasarkan Tabel 1 bahwa seluruh responden berumur 20–35 tahun, yang dimaksud umur ibu terhitung mulai saat dilahirkan hingga saat berulang tahun, kecukupan umur akan berpengaruh terhadap tingkat kematangan seseorang dalam berpikir dan bekerja⁹. Dalam kurun waktu reproduksi sehat dikenal dengan umur aman untuk kehamilan, persalinan, dan menyusui adalah 20-35 tahun, usia ibu memiliki pengaruh terhadap produksi ASI, ibu yang berumur berkisar 20–35 tahun memiliki kemampuan reproduksi ASI lebih baik dibandingkan dengan usia < 20 tahun karena dianggap belum matang secara fisik, psikologis dan mental dan umur > 35 tahun dianggap berbahaya, dikarenakan fungsi alat reproduksi maupun fisik ibu mengalami penurunan.⁷ Umur 20–35 tersebut masih reproduktif dan sangat berpotensi untuk keberhasilan ASI eksklusif namun dari data yang telah didapatkan kenyataannya cakupannya ASI eksklusif masih rendah yaitu sebesar 46,6%.

Kriteria pendidikan semua responden mempunyai latar belakang pendidikan menengah ke atas, namun di cakupan keberhasilan ASI eksklusif juga masih rendah, padahal seharusnya dengan pendidikan tinggi seseorang lebih mudah menerima informasi dan dapat melakukan sesuatu yang lebih baik untuk kehidupannya, sesuai dengan yang dikatakan oleh Arini perubahan atau tindakan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan pada pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran sehingga perilaku tersebut dapat berlangsung lama (*long lasting*) dan menetap.⁹ Pendidikan diperkirakan ada kaitannya dengan pengetahuan ibu menyusui dalam memberikan ASI eksklusif, hal ini dihubungkan dengan tingkat pengetahuan ibu yakni seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan lebih luas dibandingkan dengan pendidikan yang rendah.⁹

Paritas jumlah anak berpengaruh dengan keberhasilan ASI eksklusif, sesuai dengan teori bahwasanya prolaktin merupakan hormon yang berperan dalam proses

pengeluaran ASI dan pembentukan ASI, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Zupa dalam Riordan & Wambach menunjukkan bahwa wanita multipara memiliki reseptor prolaktin lebih banyak dibandingkan dengan primipara. Jumlah produksi ASI pada wanita multipara cenderung lebih banyak jika dibandingkan dengan primipara, namun kadar prolaktin pada wanita primipara dan multipara cenderung sama pada hari keempat postpartum.¹⁰

Dari data yang didapatkan dari 30 responden ibu bekerja dengan kriteria umur, pendidikan dan paritas didapatkan hasil cakupan ASI eksklusif masih rendah, padahal dari ketiga kriteria tersebut sangat berpengaruh dengan banyaknya produksi ASI, namun kenyataan untuk pemberian ASI eksklusif tidak dilakukan oleh sebagian besar responden. Pekerjaan dan kesibukan ibu dapat menyita banyak waktu dan tenaga, sehingga dalam hal ini kondisi ibu yang bekerja dapat menjadi kendala yang utama dalam pemberian ASI eksklusif dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Perilaku menyusui sebaiknya menyesuaikan dengan kebutuhan bayi atau *on demand* dan bayi umumnya akan menyusu dengan frekuensi 8–12 kali dalam waktu 24 jam.¹⁰ Kesibukan ibu bekerja yang menyita waktu dan tenaga sehingga membuat kedekatan ibu dan bayi berkurang dan dapat berpengaruh terhadap penurunan produksi ASI, tenaga ibu juga terkuras saat bekerja sehingga bisa berpengaruh pada produksi ASI juga banyak faktor yang dapat memengaruhi keberhasilan ASI eksklusif diantaranya pemberian dukungan dari pihak keluarga dan perusahaan atau instansi tempat ibu bekerja, hal ini sangat berperan penting untuk keberhasilan ASI eksklusif.¹¹

Berdasarkan Tabel 2 didapatkan responden yang mendapatkan dukungan baik dari keluarga berhasil memberikan ASI eksklusif terhadap bayinya, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sudiharto Dukungan keluarga dapat memicu suksesnya pemberian ASI Eksklusif kepada bayi, dukungan tersebut berupa memotivasi, kepada ibu memberikan ASI eksklusif kepada bayinya sampai usia 6 bulan, dengan memberikan dukungan secara psikologis kepada ibu dan mempersiapkan nutrisi yang seimbang kepada ibu.¹²

Pada penelitian ini tidak didapatkan perbedaan yang bermakna antara responden yang mendapat dukungan keluarga dan yang tidak mendapatkan dukungan keluarga atas keberhasilannya memberikan ASI eksklusif. Hasil penelitian seperti ini bisa dikarenakan jumlah responden penelitian yang kurang, responden penelitian hanya berasal dari 1 lokasi pekerjaan ataupun juga bisa dikarenakan kondisi pekerjaan dan kesibukan ibu yang menyita waktu dan tenaga yang membuat intensitas kedekatan ibu dengan bayinya berkurang yang dapat memicu penurunan produksi ASI.

Sebagian responden (20%) mendapatkan dukungan yang baik dari pihak keluarga namun tidak berhasil memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Riordan & Wambach Bayi

yang jarang menyusui akan menyebabkan terjadinya penurunan produksi prolaktin sehingga produksi ASI menurun dan semakin sering bayi menyusui maka produksi ASI akan semakin meningkat¹⁰. Lamanya bayi menyusui bervariasi dan umumnya berlangsung 20–30 menit dengan estimasi waktu minimal 15 menit untuk setiap satu payudara.¹ Hisapan bayi merupakan faktor utama yang memengaruhi peningkatan pelepasan oksitosin dari hipofisis posterior dan peningkatan kadar prolaktin secara tajam pada setiap tahapan laktogenesis.¹³

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memberikan ASI eksklusif adalah ibu yang mendapatkan dukungan baik dari keluarga yaitu sebanyak 6 responden atau sebesar 20%. Meskipun secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan ibu bekerja dengan keberhasilan ASI eksklusif.

SARAN

Bagi keluarga diharapkan dapat menjalankan perannya untuk selalu memberikan dukungan baik secara instrumental, penilaian, informasional, bagi ibu bekerja agar dapat memberikan ASI eksklusif terhadap bayinya.

Bagi institusi diharapkan memfasilitasi baik tempat maupun waktu bagi karyawan perempuan agar dapat memberikan ASI eksklusif baik berupa pojok ASI ataupun tempat penitipan anak yang dekat kantor tempat

karyawan tersebut bekerja sehingga dengan kondisi ibu yang bekerja tetap bisa berupaya memberikan ASI eksklusif.

DAFTAR PUSTAKA

1. Perry E, Shanon, Hockenberry JM, Lowdermilk LD, Wilson D. *Maternal Child Nursing Care*, 4th edition, 2010.
2. Laurence M. Grummer-Strawn, PhD, and Zugu Mei, MD. Does Breastfeeding Protect Against Pediatric Overweight? Analysis of Longitudinal Data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *PEDIATRICS*: 2 February 2004. Vol. 113 No.
3. Kepmenkes RI, Pusat data dan informasi kementerian RI, 2014.
4. IDAI Indonesian pediatric society. ASI Eksklusif pada Ibu Bekerja 2013.
5. Bidanku, Tips Sukses Memberikan ASI pada Ibu yang Bekerja, 2016.
6. Pininta A. Dukungan Keluarga Kunci Sukses Pemberian ASI Eksklusif. *Kompas* 2016.
7. Roesli U. Mengenal ASI Eksklusif Jakarta: Trubus Agriwidya: 2007.
8. Pemprov DKI Jakarta. Pemberian ASI Eksklusif Perlu Ditingkatkan, 2010.
9. Arini H. Hubungan Umur dan Tingkat Pendidikan terhadap Pemberian ASIE Eksklusif. 2010.
10. Riordan J, Wambach K. *Breastfeeding and Human Lactation* (4th edition). 2010. Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher.
11. Friedman M, Bowden V.r, & Jones EG. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga; Riset, Teori & Praktik*. 2010. Jakarta: EGC.
12. Sudiharto. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta EGC: 2007.
13. Reece, Alberth. E. Hobbins JC. *Clinical Obstetrics: The Fetus and Mother*. 3rd Ed. Massachusetts: Blackwell publishing. Td. 2007.
14. Chen A, Rogan WJ. *Breastfeeding and the Risk of Postneonatal*. 2004.
15. Suparyanto. *Konsep Dukungan Keluarga*. 2016.

Hubungan Perilaku Ibu dalam *Toilet Training* dengan Keberhasilan *Toilet Training*

(Relation Mother's Behavior in *Toilet Training* with *Toilet Training* Success)

Siti Indatul Laili, Nur Indriyanti
STIKES Bina Sehat PPNI Mojokerto

ABSTRAK

Keberhasilan anak dalam toilet training selain dari kesiapan anak baik fisik, psikologis dan emosi anak, perlu adanya perilaku yang baik dalam toilet training dari orang tua terutama ibu. Tujuan penelitian adalah mengetahui hubungan perilaku ibu dalam toilet training dengan keberhasilan toilet training. Desain penelitian ini menggunakan cross sectional. Populasi penelitian ini seluruh ibu dan anak usia 4–5 tahun di PAUD Al-Madinah Kabupaten Banyuwangi berjumlah 23 responden. Sampel penelitian ini adalah seluruh ibu dan anak usia 4–5 tahun di PAUD Al-Madinah Kabupaten Banyuwangi yang diambil dengan total sampling. Alat ukur yang digunakan questioner untuk menilai perilaku ibu dan lembar observasi untuk menilai keberhasilan toilet training. Waktu penelitian 11–13 juni 2016. Analisa data menggunakan Tabel silang distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 13 (56,5%) ibu berperilaku baik dalam toilet training dan 13 (56,5%) anak berhasil toilet training. Perilaku ibu yang baik dalam toilet training akan menentukan keberhasilan toilet training anak usia 4–5 tahun.

Kata kunci: perilaku ibu, toilet training, keberhasilan toilet training

ABSTRACT

The successful child in toilet training apart from the preparedness of the physical, psychological and emotional child, the need for good behavior in toilet training of parents especially mothers. The purpose of this research was to knowing relation mothers behavior in toilet training with toilet training success. The research design used cross sectional. The population in this research are all mothers and children 4–5 years old of PAUD Al-Madinah Dusun Ringinasri Kabupaten Banyuwangi a number of 23 respondents. The sample was all mothers and children 4–5 years old of PAUD Al-Madinah Kabupaten Banyuwangi with total sampling technic. The instrument in this research used questionnaires for mothers behavior and observation sheet for toilet training success. The time of this research 11–13 June 2016. Analyzing data used was cross Tabel frequency distribution. The results showed that nearly of 13 (56.5%) mothers who well behave in toilet training and 13 (56.5%) children are toilet training success. Mothers behavior was good in toilet training will determine the toilet training success for 4–5 years old.

Keywords: mothers behavior, toilet training, toilet training success

PENDAHULUAN

Toilet training merupakan suatu usaha untuk melatih anak agar mampu mengontrol volunter dari spingter ani dan urethra untuk melakukan buang air kecil dan buang air besar (Nursalam d., 2005). *Toilet training* merupakan salah satu tugas dari perkembangan anak pada usia toddler yaitu usia 1–3 tahun karena kemampuan sfingter uretra yang berfungsi untuk mengontrol rasa ingin defekasi dan rasa ingin berkemih mulai berkembang, dengan bertambahnya usia, kedua sfingter tersebut semakin mampu mengontrol rasa ingin berkemih dan rasa ingin defekasi. Kemampuan anak untuk buang air besar (BAB) biasanya lebih awal sebelum kemampuan buang air kecil (BAK) karena keteraturan yang lebih besar, sensasi yang lebih kuat untuk BAB dari pada BAK, dan sensasi BAB lebih mudah dirasakan anak (Hockenbery, 2012).

Latihan buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) pada anak tergantung pada kesiapan pada diri anak

dan keluarga, seperti kesiapan fisik kesiapan psikologis, dan kesiapan intelektual (Hidayat, 2009). Perilaku orang tua yang baik dengan anak dalam berinteraksi selama mengadakan kegiatan pengasuhan sangat penting. Kemampuan interpersonal dan pengendalian emosi sangat diperlukan orang tua dalam melakukan kegiatan pengasuhan untuk memberikan rasa nyaman pada anak. Perilaku yang tepat akan memengaruhi tingkat keberhasilan anak dalam *toilet training*. Perilaku ibu dalam *toilet training* berbeda-beda, ada yang melatih anak sejak dini, ada yang membiasakan memakaikan diapers, juga ada yang membiarkan anaknya kencing atau buang air besar di sembarang tempat (Fitria, 2011).

Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) nasional tahun 2012, diperkirakan jumlah balita yang susah mengontrol BAB dan BAK (ngompol) di usia sampai prasekolah mencapai 75 juta anak. Data di Indonesia tahun 2012 menunjukkan bahwa hampir 60% orang tua tidak mengajarkan anak *toilet training* sejak dini. Berdasarkan survei cepat di Jawa Timur tahun 2013

peran orang tua dalam mengajarkan anak *toilet training* pada balita masih kurang, hal ini ditunjukkan dengan angka 20% orang tua yang mengajarkan *toilet training* pada balita yang tepat sesuai dengan usia. Hasil penelitian yang dilakukan Ni Putu Putri Warini (2014) di TK harapan, TK Al Falah Leyangan Kabupaten Semarang didapatkan anak yang mendapat dukungan instrumental baik dengan kemampuan *toileting* baik yaitu sebesar 5 responden atau 35,7%; untuk dukungan instrumental baik dengan kemampuan *toileting* cukup yaitu sebesar 7 responden atau 50,0% untuk dukungan instrumental baik dengan kemampuan *toileting* kurang sebesar 2 responden atau 14,3%.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di PAUD Al-Madinah Kabupaten Banyuwangi tanggal 13 Maret 2016 anak usia 4–5 tahun sejumlah 26 anak yang terdiri dari 17 anak perempuan dan 9 anak laki-laki. Hasil wawancara dengan guru di PAUD Madinah dalam satu bulan terakhir didapatkan anak yang masih mengompol di kelas sebanyak 4 anak, ada 2 anak yang masih menggunakan *diapers*. Dan didapatkan 3 ibu yang membiarkan anaknya buang air kecil tidak di toilet.

Keberhasilan *toilet training* tidak hanya dari kemampuan fisik, psikologis dan emosi anak itu sendiri tetapi juga dari bagaimana perilaku orang tua atau ibu untuk mengajarkan *toilet training* secara baik dan benar, sehingga anak dapat melakukan dengan baik dan benar hingga besar kelak (Warner, 2007). Dalam melakukan *toilet training* diperlukan kesabaran ibu dalam melatih anak tahap demi tahap sehingga anak merasa nyaman saat proses *toilet training*, ibu tidak memarahi anak saat melakukan kesalahan dan memberikan pujian saat berhasil melakukan *toilet training* akan memotivasi anak untuk melakukan kembali *toilet training* dengan benar. Keberhasilan *toilet training* memberikan beberapa keuntungan bagi anak, seperti dapat mengontrol buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB), selain itu juga bermanfaat dalam pendidikan seks sebab saat anak melakukan kegiatan tersebut anak akan mempelajari anatomi tubuhnya sendiri serta fungsinya (Hidayat, 2009)

Dampak yang paling umum terjadi dalam kegagalan *toilet training* diantaranya adalah perlakuan atau aturan yang ketat dari orang tua kepada anaknya yang akan mengganggu kepribadian anaknya dan anak akan cenderung bersifat keras kepala dan kikir menyebabkan anak susah untuk menerima informasi ataupun perintah dari orang tuanya, seperti orang tuanya sering memarahi anak pada saat buang air besar (BAB) atau buang air kecil (BAK) atau anak pada saat buang air besar (BAB) atau buang air kecil (BAK) saat bepergian. Apabila orang tua santai dalam memberikan *toilet training*, maka anak dapat bersifat kurang mandiri, cenderung ceroboh, suka membuat gara-gara, dan seenaknya dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti buang air kecil tidak pada tempatnya (*toilet*) (Hidayat, 2009).

Salah satu upaya dalam meningkatkan keberhasilan anak melakukan *toilet training* adalah ibu harus mengerti cara berperilaku dalam melaksanakan *toilet training* diantaranya tidak memberikan perlakuan atau aturan yang ketat pada anak, tidak memarahi anak saat proses *toilet training* dan selalu memberikan pujian jika anak berhasil melakukan *toilet training* dengan benar, dan orang tua juga tidak terlalu santai dalam melaksanakan *toilet training*.

TINJAUAN PUSTAKA

Perilaku adalah hasil refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya (Notoatmodjo S, 2010). Faktor yang memengaruhi perilaku, antara lain:

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya
- b. Faktor kemungkinan (*enabling factors*) misalnya lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana.
- c. Faktor pendorong atau penguat (*renforcing factor*) yaitu sikap dan perilaku orang yang lebih ahli misalnya petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, dan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. (Notoatmodjo, 2010).
- d. Faktor lingkungan adalah segala faktor fisik, biologis, maupun budaya yang langsung ataupun tidak langsung dapat memengaruhi derajat kesehatan.

Bentuk Perilaku, antara lain:

- a. Perilaku Tertutup (*covert behavior*)
Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk "*unobservable behavior*" yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.
- b. Perilaku Terbuka (*overt behavior*)
Perilaku terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik, ini dapat diamati orang lain dari luar atau "*observable behavior*" (Notoatmodjo, 2007).

Domain perilaku, antara lain:

- a. Pengetahuan peserta didik terhadap materi pendidikan yang diberikan (*Knowledge*),
- b. Sikap atau tanggapan peserta didik terhadap materi yang diberikan (*attitude*),
- c. Tindakan atau praktek yang dilakukan oleh peserta didik sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan (*practice*) (Notoatmodjo, 2005).

Toilet training merupakan suatu usaha untuk melatih anak agar mampu mengontrol volunter dari spingter ani dan urethra untuk melakukan buang air kecil dan buang air besar. Faktor kesiapan psikologis anak dan perilaku ibu sangat berpengaruh pada kesiapan *toilet training* (Nursalam, 2005).

Faktor-faktor yang memengaruhi *toilet training* meliputi faktor kesiapan psikologis anak dan perilaku ibu sangat berpengaruh pada kesiapan *toilet training* (Nursalam, 2005).

Menurut Hidayat (2009) dalam melakukan latihan *toilet training* ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, diantaranya:

- Hindari pemakaian popok sekali pakai atau diapers di mana anak akan merasa aman.
- Ajari anak untuk mengucapkan kata-kata yang berhubungan dengan buang air besar misalnya “pup” dan buang air kecil misalnya “pipis”.
- Tidak membiarkan anak buang air kecil bukan di toilet dan Mendorong anak melakukan rutinitas ke kamar mandi seperti cuci muka saat bangun tidur, mencuci tangan sebelum makan mencuci kaki ketika pulang dari bepergian dan lain-lain.
- Jangan salahkan anak ataupun memarahi saat anak gagal dalam melakukan *toilet training*.

Menurut (Gilbert, 2003) tanda-tanda anak berhasil melakukan *toilet training* antara lain:

- Tidak mengompol minimal 3 sampai 4 jam sehari.
- Anak berhasil bangun tidur tanpa mengompol.
- Tahu waktu untuk buang air kecil maupun buang air besar dengan menggunakan kata “pipis” ataupun “pup”.
- Mampu memberitahu bila celananya basah atau popok sekali pakainya (diapers) kotor.
- Tidak buang air kecil di sembarang tempat.
- Mampu memegang alat kelamin atau meminta ke kamar mandi sebagai pengingat bahwa anak ingin buang air besar maupun buang air kecil atau memanggil orang tuanya.

METODE PENELITIAN

Desain dalam penelitian adalah analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah Ibu dan Anak usia 4 sampai 5 tahun di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi. Jumlah sampel 23 responden yang diambil dengan teknik total sampling. Instrumen penelitian untuk menilai perilaku ibu dalam menerapkan *toilet training* menggunakan kuesioner dan untuk menilai keberhasilan *toilet training* menggunakan lembar observasi. Analisis data menggunakan Tabel silang. Waktu penelitian pada 11 Juni 2016–13 Juni 2016 di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Ibu yang Memiliki Anak Usia 4–5 Tahun di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi pada Tanggal 11 Juni–13 Juni 2016

No.	Usia (tahun)	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
1.	23–28	11	47,8
2.	29–34	10	43,5
3.	35–40	2	8,7
Total		23	100

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu yang Memiliki Anak Usia 4–5 Tahun di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi pada Tanggal 11 Juni–13 Juni 2016

No.	Pendidikan	F	%
1.	Perguruan Tinggi	2	8,7
2.	SMA	15	65,2
3.	SMP	4	17,4
4.	SD	2	8,7
Total		23	100

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu yang Memiliki Anak Usia 4–5 Tahun di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi pada Tanggal 11 Juni–13 Juni 2016

No.	Pekerjaan	F	%
1.	PNS	1	4,3
2.	Karyawan	2	8,7
3.	Wiraswasta	7	30,4
4.	Ibu Rumah Tangga	13	56,5
Total		23	100

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Anak di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi pada Tanggal 11 Juni–13 Juni 2016

No.	Usia Anak	(F)	(%)
1.	4 Tahun–4 Tahun 5 Bulan	8	34,8
2.	4 Tahun 6 Bulan–4 Tahun	15	65,2
Total		23	100

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Anak di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi pada Tanggal 11 Juni–13 Juni 2016

No.	Jenis Kelamin	(F)	(%)
1.	Laki-laki	8	34,8
2.	Perempuan	15	65,2
Total		23	100

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Urutan Kelahiran Anak di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi pada Tanggal 11 Juni–13 Juni 2016

No.	Jenis Kelamin	(F)	(%)
1.	Laki-laki	8	34,8
2.	Perempuan	15	65,2
Total		23	100

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Perilaku Ibu dalam Menerapkan Toilet Training di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi pada Tanggal 11 Juni–13 Juni 2016

No.	Perilaku	F	%
1.	Baik	13	56,5
2.	Kurang Baik	10	43,5
Total		23	100

HASIL

Data Umum

Berdasarkan Tabel 1 diketahui sebagian besar ibu berusia 23–28 tahun yakni sebanyak 11 ibu (47,8%).

Berdasarkan Tabel 2 diketahui sebagian ibu berpendidikan terakhir SMA yakni sebanyak 15 ibu (65,2%).

Berdasarkan Tabel 3 diketahui sebagian ibu merupakan ibu rumah tangga yakni sebanyak 13 ibu (56,5%).

Berdasarkan Tabel 4 diketahui sebagian besar anak berusia 4 tahun 6 bulan–5 tahun yakni sebanyak 20 anak (87,0%).

Berdasarkan Tabel 5 diketahui sebagian besar anak berjenis kelamin perempuan yakni sebanyak 15 anak (65,2%).

Berdasarkan Tabel 6 diketahui sebagian besar merupakan anak kedua yaitu sebanyak 11 anak (47,8%).

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Keberhasilan Toilet Training Anak Usia 4–5 Tahun di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi pada Tanggal 11 Juni–13 Juni 2016

No	Keberhasilan Toilet Training	F	%
1	Berhasil	13	56,5
2	Kurang Berhasil	4	17,4
3	Tidak Berhasil	6	26,1
Total		23	100

Tabel 9. Analisis Hubungan Perilaku Ibu dalam Menerapkan Toilet Training dengan Keberhasilan Toilet Training Anak Usia 4–5 Tahun di PAUD Al-Madinah Kab. Banyuwangi pada Tanggal 11 Juni–13 Juni 2016

Perilaku Ibu	Keberhasilan Toilet Training						Total	
	Berhasil		Kurang		Tidak		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%
Baik	13	56,5	0	0	0	0	13	56,5
Kurang	0	0	4	17,4	6	26,1	10	26,1
Total	13	56,5	4	17,4	6	26,1	23	100

Data Khusus

Berdasarkan Tabel 7 diketahui sebagian besar ibu berperilaku baik dalam menerapkan *toilet training* yakni sebanyak 13 ibu (56,5%).

Berdasarkan Tabel 8 diketahui sebagian besar anak telah berhasil dalam *toilet training* yakni sebanyak 13 anak (56,5%).

Berdasarkan Tabel 9 menunjukkan perilaku ibu yang baik dalam menerapkan *toilet training* akan cenderung memiliki anak yang berhasil dalam melaksanakan *toilet training*. Sedangkan ibu yang berperilaku kurang baik dalam menerapkan *toilet training* akan memiliki anak yang kurang berhasil dan tidak berhasil dalam melaksanakan *toilet training*.

PEMBAHASAN

Perilaku Ibu dalam Menerapkan Toilet Training di PAUD Al-Madinah Kabupaten Banyuwangi

Berdasarkan Tabel 7 Diperoleh data bahwa perilaku ibu dalam menerapkan *toilet training* 13 ibu (56,5%).

Menurut Sunaryo (2004) ada beberapa faktor yang memengaruhi perilaku seperti lingkungan dan pendidikan.

Berdasarkan Tabel 2. sebagian besar 15 (65,2%) ibu berpendidikan SMA. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah seseorang menerima informasi dan semakin banyak pengetahuan yang diperoleh sehingga terjadi perubahan perilaku. Sehingga pada masa pendidikan ini lebih banyak informasi yang diberikan dari pada pendidikan di bawahnya dan ibu lebih mudah menerima informasi yang ada. Selain itu, perilaku dapat dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya baik fisik maupun non fisik. Kemudian dipersepsikan, diyakini, sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak dan akhirnya terjadilah perwujudan niat tersebut berupa perilaku. (Notoatmodjo, 2010).

Hal ini menunjukkan semakin tinggi pendidikan ibu, ibu akan mudah menerima informasi dan semakin banyak pengetahuan yang diperoleh ibu akan berperilaku baik dalam pengasuhan anak.

Berdasarkan Tabel 3 sebagian besar ibu 13 (56,5%) adalah ibu rumah tangga. Menurut Nursalam (2008) bahwa ibu yang tidak bekerja memiliki waktu yang cukup banyak sehingga menurut peneliti, ibu dapat memanfaatkan waktu tersebut untuk membesarkan dan mengasuh anak. Selain itu ibu yang tidak bekerja akan lebih rutin atau sering mengajarkan *toilet training* kepada anaknya. Maka semakin banyak waktu yang diluangkan ibu untuk mengasuh anak, ibu akan semakin mengerti karakter anak dan mengerti cara berperilaku dalam mengasuh anak.

Keberhasilan *Toilet Training* Anak Usia 4–5 Tahun di PAUD Al-Madinah Kabupaten Banyuwangi

Berdasarkan Tabel 8 sebagian besar anak 13 (56,5%) berhasil dalam *toilet training*.

Menurut Wong (2008) *Toilet Training* merupakan salah satu tugas perkembangan anak usia *toddler* yaitu usia 1–3 tahun. Dan seharusnya anak sudah dapat mandiri dalam melaksanakan *toilet training* pada usia lebih dari 3 tahun Karena pada usia lebih dari 3 tahun kemampuan spingter uretra dan spingter ani yang berfungsi untuk mengontrol rasa ingin defekasi dan rasa ingin buang air besar dan buang air kecil mulai berkembang.

Berdasarkan Tabel 4 didapatkan 20 anak (87,0%) berusia 4 tahun 6 bulan–5 tahun. Menurut Muscari (2005) bahwa anak usia 3–6 tahun sudah dapat menahan urin selama 1–2 jam, mengomunikasikan keinginan untuk buang air kecil kepada orang tua dan menirukan perilaku orang tuanya baik ayah maupun ibunya. Anak yang sudah berusia lebih dari 3 tahun seharusnya sudah berhasil dalam melaksanakan *toilet training* karena kemampuan sfingter uretra dan sfingter ani telah berkembang untuk

mengontrol rasa ingin buang air besar dan buang air kecil.

Analisis Hubungan Perilaku Ibu dalam Menerapkan *Toilet Training* di PAUD Al-Madinah Kabupaten Banyuwangi dengan Keberhasilan *Toilet Training* Anak Usia 4–5 Tahun

Berdasarkan Tabel 9 didapatkan dari 23 ibu yang diteliti 13 (56,5%) ibu berperilaku baik dan 13 anak (56,5%) usia 4–5 tahun berhasil dalam *toilet training*.

Keberhasilan *toilet training* tidak hanya dari kemampuan fisik, psikologis dan emosi anak itu sendiri tetapi juga dari bagaimana perilaku orang tua atau ibu untuk mengajarkan *toilet training* secara baik dan benar, sehingga anak dapat melakukan dengan baik dan benar hingga besar kelak (Warner, 2007). Hal ini menunjukkan bahwa anak memerlukan pengertian, kesabaran dan konsistensi orang tuanya. Maka kemampuan pengendalian emosi dan seberapa sering ibu mengajarkan *toilet training* memengaruhi keberhasilan anak dalam *toilet training*.

KESIMPULAN

Terdapat hubungan perilaku ibu dalam *toilet training* dengan keberhasilan *toilet training* anak usia 4–5 tahun di PAUD Al-Madinah Kabupaten Banyuwangi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nursalam, 2005. Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak untuk Perawat dan Bidan. Jakarta: Salemba Medika.
2. Hockenbery MJ. 2012. Wong's Essential of Pediatric Nursing. Jakarta: EGC.
3. Hidayat AA. 2009. Pengantar Ilmu Keperawatan anak 1. Jakarta: Salemba Medika.
4. Fitria N. 2011. Tingkat Pengetahuan Ibu dengan *Toilet Training* dengan Pelaksanaan *Toilet Training* Anak Usia Toddler.
5. Warner P. 2007. Mengajari Anak Pergi Ke Toilet. Jakarta: Arcan.
6. Notoatmodjo S. 2010. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
7. Notoatmodjo. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta. Rineka Cipta.
8. Notoatmodjo. 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
9. Gilbert. 2003. Latihan Toilet: Panduan Melatih Anak untuk Mengatasi Masalah Toilet. Jakarta: Erlangga.
10. Hidayat AA. 2010. Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif. Jakarta: Heath Books.
11. Sunaryo. 2004. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC.
12. Nursalam. 2008. Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (untuk Perawat dan Bidan). Jaakarta: Salemba Medika.
13. Wong. 2008. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Jakarta: EGC.
14. Muscari ME. 2005. Panduan Belajar Keperawatan Pediatrik. Jakarta: EGC.

Hubungan Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi Lansia di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto

(Correlation of Family Communication Pattern with Depression Level in Elderly in Kebondalem Village, Mojosari Regency Mojokerto)

Amar Akbar

Dosen Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Sehat PPNI Mojokerto
E-mail: amarstikesppni@gmail.com

ABSTRAK

Depresi merupakan gangguan perasaan dengan ciri-ciri antara lain: semangat berkurang, rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur, dan makan. Penderita kelihatan tidak senang, lelah, tidak bersemangat, apatis, bicara dan gerak-geriknya pelan, terdapat anoreksia, insomnia, dan konstipasi. Dukungan keluarga berupa komunikasi sangat diperlukan sebagai salah satu sistem pendukung pada lansia dalam menghadapi depresi penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pola komunikasi keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Pada penelitian ini desain yang digunakan analitik korelasi menggunakan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah 770 lansia mengambil sampel secara purposive sampling sebanyak 70 responden. Metode pengumpulan data lembar kuesioner. Pengolahan data melalui tahapan Editing, Coding, Scoring, dan Tabulating. Menggunakan uji Chi Square. Hasil penelitian pola komunikasi keluarga responden adalah baik sebanyak 39 keluarga (55,7%). Tingkat depresi sebagian besar tingkat depresi yang dialami oleh lansia dalam kategori sedang sebanyak 49 orang (70%). $0,007 < \alpha 0,05$ 4 kesimpulan terdapat hubungan antara komunikasi keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Diharapkan hasil penelitian ini dapat membantu lansia untuk selalu berkomunikasi dengan keluarga agar setiap masalah dapat diselesaikan dengan baik dan tentunya dapat mengurangi terjadinya depresi pada lansia.

Kata kunci: pola komunikasi, keluarga, depresi lansia

ABSTRACT

Depression is disruption of feeling with the characteristic is: reduction of spirit, lower of self-esteem, blaming our self, sleeping disruption, and a meal. Suffer looked distressed, tired, not spirit, apathetic, spoken add slow activation, anoreksia exist, insomnia, and constipation. Supported from family with used communication needed for one of supporter system for old man in confront depression. This study have a purpose for knowing related model of family communication with rates of old man depression. In this study used a design analytic correlation with cross section approachment. Population in this study is 770 old man, sample taken by purposive sampling. This study have a 70 respondents. Method collection used a questionnaire, then we will do tabulation by Editing, Coding, Scoring, and. Tabulating used chi square. Study result refer that model of family communication most of the respondents is good as many as 39 family (55.7%). The most of rated of depression by old man in medium category as many as 49 human (70%). $0.007 < a 0.05$ significant, its means existence related family communication bet ween rated of old man depression. This study expected can helping old man to always communicate with her/his family in order to solve the problem be better, and certainly can reduce depression to old man.

Keywords: model of communication, family, elderly depression.

PENDAHULUAN

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan (Maryam, 2009). Akibat dari proses menua sering terjadi berbagai masalah diantaranya adalah krisis ekonomi karena lansia sudah tidak dapat bekerja secara optimal, tidak punya keluarga/sebatang kara, merasa kehilangan teman, tidak adanya teman sebaya yang bisa diajak bicara, merasa tidak berguna, sering marah dan tidak sabaran, kurang mampu berpikir dan berbicara, merasa kehilangan peran dalam keluarga, mudah tersinggung dan merasa tidak berdaya. Kondisi seperti ini dapat memicu terjadinya

depresi pada lansia (Tamher, 2009). Depresi merupakan gangguan perasaan dengan ciri-ciri antara lain: semangat berkurang, rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur, dan makan. Penderita kelihatan tidak senang, lelah, tidak bersemangat, apatis, bicara dan gerak-geriknya pelan, terdapat anoreksia, insomnia, dan konstipasi (Semiani, 2012). Idealnya, dukungan keluarga berupa komunikasi dapat menjadi koping lansia dalam menghadapi depresi. Komunikasi keluarga sangat diperlukan sebagai dukungan dan sebagai tempat berlindung. Dukungan keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah. Apabila ada dukungan, rasa percaya diri akan

bertambah dan motivasi menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat (Tamher, 2009).

Prevalensi depresi pada lansia di dunia berkisar 8–15% dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara di dunia mendapatkan prevalensi rata-rata depresi pada lansia adalah 13,5% (Kompas, 2014). Jumlah lansia di Indonesia cenderung meningkat. Pada tahun 2010 meningkat menjadi 23.992.553 jiwa (9,77%). Pada tahun 2020 diprediksikan jumlah lanjut usia mencapai 28.822.879 jiwa (11,34%) sedangkan kejadian depresi di Indonesia cukup tinggi, yaitu mencapai 17–27%. Berdasarkan data BPS Provinsi Jawa Timur, AHH Provinsi Jawa Timur mencapai 70,09 tahun. Angka ini meningkat dibandingkan tahun 2011, yaitu sebesar 69,81 tahun (Dinkes Jatim, 2012). Jumlah lansia di Kabupaten Mojokerto sebanyak 11,919 orang ini merupakan jumlah lansia terkecil se Jawa timur (Prov. Jatim, 2012) Berdasarkan hasil penelitian oleh (Semiani, 2015) tentang dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di peroleh hasil bahwa dari 168 responden 34 responden yang mengalami depresi pada lansia yang disebabkan karena adanya perasaan depresi (7%), kehilangan minat (7%), ketidakpuasan (8%), kelelahan (10%), rasa bersalah (6%), sulit konsentrasi (7%), dan berpikir berulang tentang kematian (8%). Dengan adanya perasaan depresi, kehilangan minat, ketidakpuasan, kelelahan, rasa bersalah, sulit berkonsentrasi, dan berfikir berulang tentang kematian dapat menyebabkan lansia kehilangan semangat untuk hidup (Semiani, 2015). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 30 November 2015 di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto, melalui wawancara pada 10 keluarga yang tinggal bersama lansia didapatkan bahwa 7 keluarga hubungan komunikasinya dengan lansia kurang baik, di mana lansia cenderung marah-marah jika diajak bicara, dan jika keinginannya tidak terpenuhi, sikap emosional tersebut menyebabkan tidak terbentuknya pola komunikasi antara lansia dengan keluarga, dan hanya 3 keluarga bersama lansia yang komunikasinya dalam kategori baik hal ini sesuai dengan hasil wawancara bahwa keluarga dan lansia dapat berkomunikasi dengan baik dan pihak lansia tidak mudah marah sehingga keluarga dapat mengerti apa yang diinginkan oleh lansia.

Berbagai tekanan dan masalah yang harus dilalui oleh lansia menyebabkan lansia merasa kurang diperhatikan oleh keluarga, idealnya keluarga dapat mengantisipasinya sesuai dengan fungsi keluarga sebagai tempat di mana anggotanya dapat saling berbagi perhatian dan kasih sayang. Salah satu indikator terlaksananya fungsi keluarga tersebut adalah adanya pola komunikasi yang baik dan efektif di antara anggota keluarga, yang dikenal dengan pola komunikasi fungsional. Di sisi lain, pola komunikasi yang tidak sehat dan tidak berjalan dengan baik dinamakan pola komunikasi disfungsional, di mana salah satu cirinya adalah tidak efektifnya fungsi komunikasi dan adanya pemusatan pada diri sendiri, mengesampingkan kebutuhan, perasaan dan perspektif orang lain. Lansia

yang berasal dari keluarga yang memiliki support system yang baik dalam hal mempertahankan dan meningkatkan status mental serta memberikan motivasi berupa komunikasi yang baik akan lebih sulit untuk terkena depresi dibandingkan dengan lansia dengan keluarga yang tidak memiliki support system yang baik dan tidak peduli terhadap urusan masing-masing anggota keluarganya (Maryam, dkk, 2008).

Dukungan keluarga berupa komunikasi sangat diperlukan sebagai salah satu sistem pendukung pada lansia dalam menghadapi depresi. Komunikasi itu sendiri merupakan suatu proses sosial yang mengakibatkan terjadinya hubungan antara manusia atau interaksi yang dapat menguatkan sikap dan tingkah laku orang lain serta mengubah sikap dan tingkah laku tersebut. Komunikasi sangat penting bagi kedekatan keluarga, mengenal masalah, memberi respons terhadap peran-peran non-verbal dan mengenal masalah pada tiap individu. Proses komunikasi yang baik di diharapkan dapat membentuk suatu pola komunikasi yang baik dalam keluarga. Di harapkan penerapan pola komunikasi yang baik nantinya akan memberikan kontribusi yang baik antara keluarga dan lansia dalam menyelesaikan masalah (Puspita, 2014). Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi Pada Lansia di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto”.

METODE PENELITIAN

Pada penelitian ini desain yang digunakan adalah analitik korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*, bertujuan untuk mengetahui hubungan pola komunikasi keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto. Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto. Pada penelitian ini mengambil sampel secara *purposive sampling*. Pada penelitian ini sampelnya adalah 70 lansia di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto ditentukan melalui kriteria penelitian. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan lembar kuesioner untuk mengetahui pola komunikasi keluarga, dan kuesioner tertutup. Setelah data terkumpul, maka dilakukan pengolahan data melalui tahapan *Editing, Coding, Scoring*, dan *Tabulating*.

HASIL PENELITIAN

Data Umum

Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Berdasarkan Tabel 1, menunjukkan bahwa hampir setengahnya responden berusia 68 dan 70 tahun sebanyak

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto

No.	Usia	(F)	(%)
1.	60 Tahun	7	10
2.	62 Tahun	8	11,4
	63 Tahun	5	7,1
	65 Tahun	2	2,9
	68 Tahun	23	32,9
3.	69 Tahun	2	2,9
4.	70 Tahun	23	32,9
Jumlah		70	100

Sumber: Data Primer

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi	Prosentase
1.	Laki-laki	31	44,3
2.	Perempuan	39	55,7
Jumlah		70	100

Sumber: Data Primer

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto

No.	Pekerjaan	Frekuensi	Prosentase
1.	Bekerja	12	17,1
2.	Tidak Bekerja	58	82,9
Jumlah		70	100

Sumber: Data Primer

masing-masing 23 orang (32,9%) dan sebagian kecil berusia 69 tahun sebanyak 2 orang (2,9%).

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan Tabel 2, menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah perempuan sebanyak 39 orang (55,7%).

Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Berdasarkan Tabel 3, menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah tidak bekerja sebanyak 58 orang (82,9%).

Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Berdasarkan Tabel 4, menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah lulus sekolah dasar (SD) sebanyak 53 orang (75,7%) dan sebagian kecil adalah SMA sebanyak 8 orang (11,4%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto

No	Pendidikan	Frekuensi	Prosentase
1	SD	53	75,7
2	SMP	9	12,9
3	SMA	8	11,4
Jumlah		70	100

Sumber: Data Primer

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pola Komunikasi Keluarga di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto

No.	Pola Komunikasi	Frekuensi	Prosentase
1.	Baik	39	55,7
2.	Kurang Baik	31	44,3
Jumlah		70	100

Sumber: Data Primer

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi Lansia di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto

No.	Tingkat Depresi Lansia	Frekuensi	Prosentase
1.	Ringan	12	17,1
2.	Sedang	49	70
3.	Berat	9	12,9
Jumlah		70	100

Sumber: Data Primer

Data Khusus**Karakteristik Responden Berdasarkan Pola Komunikasi Keluarga**

Berdasarkan Tabel 5, menunjukkan bahwa sebagian besar pola komunikasi keluarga responden adalah tidak baik sebanyak 39 keluarga (55,7%).

Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Depresi

Berdasarkan Tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar tingkat depresi yang dialami oleh lansia dalam kategori sedang sebanyak 49 orang (70%) dan sebagian kecil adalah ringan sebanyak 12 orang (17,1%).

Hubungan Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lansia

Berdasarkan tabulasi silang antara variable pola komunikasi keluarga dengan tingkat depresi pada lansia diketahui bahwa pola komunikasi keluarga yang baik sebanyak 39 orang (55,7%) dan tingkat depresi pada lansia dalam kategori sedang. Sebanyak 24 orang (34,3%).

Tabel 7. Tabulasi Silang Hubungan Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Desa Kebondalem Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto

Pola Komunikasi	Tingkat Depresi Lansia						Total	
	Ringan		Sedang		Berat			
Baik	11	15,7%	25	35,7%	3	4,3%	39	55,7%
Kurang Baik	1	1,4%	24	34,3%	6	8,6%	31	44,3%
Total	12	17,1%	49	70,0%	9	12,9%	70	100,0%

Sumber: Data Primer

Berdasarkan hasil uji chi square pada hubungan antara kedua variabel tersebut diperoleh hasil yang menunjukkan bahwa korelasi antara pola komunikasi keluarga dengan tingkat depresi lansia bermakna. Nilai koefisien korelasi menunjukkan korelasi dengan signifikan $0,007 < \alpha < 0,05$ artinya terdapat hubungan antara komunikasi keluarga dengan tingkat depresi pada lansia.

PEMBAHASAN

Pola Komunikasi Keluarga

Sebagian besar pola komunikasi keluarga responden adalah baik sebanyak 39 keluarga (55,7%).

Pola komunikasi merupakan suatu sistem penyampaian pesan melalui lambang tertentu, mengandung arti, dan pengoperan perangsang untuk mengubah tingkah laku individu lain. Pola komunikasi dapat dipahami sebagai pola hubungan antara dua orang atau lebih dalam pengiriman dan penerimaan pesan dengan cara yang tepat sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami (Djamarah, 2010). Pola komunikasi keluarga merupakan salah satu faktor yang penting, karena keluarga merupakan lembaga sosial pertama yang dikenal anak selama proses sosialisasinya. Ada empat pola komunikasi keluarga yang umum pada keluarga inti komunikasi keluarga yang terdiri dari pola persamaan (*Equality Pattern*), pola seimbang-terpisah (*Balance Split Pattern*), pola tak seimbang-terpisah (*Unbalance Split Pattern*) pola monopoli (*Monopoly Pattern*) Rakhmat (2011).

Pola komunikasi baik yang dilakukan oleh keluarga terhadap lansia meliputi beberapa hal diantaranya adalah masalah kepentingan keluarga yang semestinya dibicarakan oleh pihak keluarga sehingga tidak melibatkan lansia yang tinggal dalam keluarga responden. Sehingga responden merasa dikucilkan, merasa tidak di perhatikan. Alasan pihak keluarga tidak melibatkan lansia dalam berbagai keputusan penting karena keluarga merasa tidak perlu melibatkan lansia supaya masalah cepat terselesaikan dan tidak tambah rumit. Keadaan inilah yang menyebabkan terjadinya kesenjangan antara pihak keluarga dengan lansia.

Tingkat Depresi

Sebagian besar tingkat depresi yang dialami oleh lansia dalam kategori sedang sebanyak 49 orang (70%) dan sebagian kecil adalah ringan sebanyak 12 orang (17,1%).

Depresi dapat disebabkan oleh banyak faktor antara lain: faktor *herediter* dan *genetic*, faktor konstitusi, faktor kepribadian *pramorbid*, faktor fisik, faktor psikobiologi, faktor *neurologik*, faktor biokimia dalam tubuh, faktor keseimbangan elektrolit dan sebagainya. Depresi biasanya dicetuskan oleh trauma fisik seperti penyakit infeksi, pembedahan, kecelakaan, persalinan, dan sebagainya. Serta faktor psikis seperti kehilangan kasih sayang atau harga diri. Gangguan ikatan antara ibu dan anak (*mother child bonding*) pada usia dini, sangat penting dalam terjadinya keadaan patologis pada perkembangan kepribadian di kemudian hari. Bila seorang ibu menderita depresi, maka peran dan fungsinya sebagai ibu akan terganggu, yang mengakibatkan relasi patologik pada anak. Pengalaman pada awal pertama kehidupan masa kanak-kanak yang menimbulkan trauma psikis, dapat membentuk kepribadian yang rentan untuk mengalami depresi. (Nugroho, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian banyak dijumpai lansia yang mengalami depresi meskipun hanya depresi ringan atau sedang terjadinya depresi juga erat kaitannya dengan terjadinya penurunan fisik dan kemampuan kognitif.

Hubungan Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lansia

Pola komunikasi keluarga yang baik sebanyak 39 orang (55,7%) dan tingkat depresi pada lansia dalam kategori sedang. Sebanyak 24 orang (34,3%).

Berdasarkan hasil uji chi square pada hubungan antara kedua variabel tersebut diperoleh hasil yang menunjukkan bahwa korelasi antara pola komunikasi keluarga dengan tingkat depresi lansia bermakna. Nilai koefisien korelasi menunjukkan korelasi dengan signifikan $0,007 < \alpha < 0,05$ artinya terdapat hubungan antara komunikasi keluarga dengan tingkat depresi pada lansia.

Banyaknya persoalan hidup yang dihadapi oleh lansia pada proses menua dapat meningkatnya sensitivitas emosional seseorang, sering merasa tidak berguna, sering marah dan tidak sabaran, merasa kehilangan peran dalam keluarga, mudah tersinggung, dan merasa tidak berdaya (Tamhir, 2008). Keluarga merupakan support system utama bagi lansia dalam mempertahankan dan meningkatkan status mental lansia (Maryam, 2008). Pola komunikasi dapat menjadi indikator terlaksananya fungsi keluarga untuk mengantisipasi tekanan dan masalah yang harus dihadapi lansia pada proses menua tersebut agar lansia tidak mengalami depresi berat. Responden

yang mengalami depresi sedang merupakan responden yang dalam keluarganya tidak melaksanakan komunikasi dengan baik sehingga terjadi tekanan pada lansia yang menyebabkan terjadi depresi sedang. Jika hal ini berlanjut maka tidak menuntut kemungkinan depresi yang dialami oleh lansia menjadi tambah berat. Sebagaimana teori di atas bahwa pola komunikasi yang baik dapat mencegah terjadinya depresi pada lansia karena dengan komunikasi yang baik responden tidak merasa tertekan dan setiap masalahnya teratasi dengan baik.

Pada hasil penelitian juga diketahui bahwa pola komunikasi keluarga baik namun terdapat 2 responden yang mengalami depresi berat, hal ini dikarenakan kondisi lansia sebelumnya memang sudah mengalami depresi karena memikirkan keluarganya, depresi pada lansia terjadi karena ditinggal mati oleh suaminya sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari. Dan lansia merasa sedih karena selalu bergantung pada orang lain meskipun itu adalah anak atau cucunya.

Menurut Puspita (2014) depresi tidak hanya dipengaruhi oleh factor keluarga baru atau komunikasi yang kurang baik. Namun depresi dapat dipengaruhi oleh kondisi psikologis seseorang atau usia seseorang.

Berdasarkan teori diatas menunjukkan bahwa terjadinya depresi berat pada lansia meskipun pola komunikasi keluarganya baik karena dipengaruhi oleh kondisi usia dan penurunan aktivitas fisiknya.

Sedangkan pada lansia yang komunikasinya baik namun lansia masih mengalami depresi sedang karena dipengaruhi oleh keluarga yang kondisinya pas-pasan, sehingga lansia merasa membebani dan tidak berdaya sehingga terjadi depresi. Hal ini sebagaimana teori Semiani (2012) menyatakan bahwa lansia dalam menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga. Dapat terjadi depresi sedang.

Berdasarkan hal diatas meskipun komunikasi keluarga baik namun masih tetap mengalami depresi, karena lansia telah memikirkan urusan rumah tangganya atau sudah tidak bisa melakukan aktivitas yang bersifat sosial sehingga terjadinya depresi pada tingkat sedang meskipun pola komunikasi keluarga termasuk baik.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan komunikasi keluarga dengan tingkat depresi pada lansia dapat disimpulkan bahwa:

1. Pola Komunikasi Keluarga sebagian besar pola komunikasi keluarga responden adalah baik sebanyak 39 keluarga (55,7%).
2. Tingkat depresi sebagian besar tingkat depresi yang dialami oleh lansia dalam kategori sedang sebanyak 49 orang (70%)

3. Ada Hubungan Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lansia dengan nilai koefisien kontingensi menunjukkan korelasi dengan signifikan $0,007 < \alpha 0,05$ artinya terdapat hubungan antara komunikasi keluarga dengan tingkat depresi pada lansia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Achmadi, U.F., 2008. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta: UI Press.
2. Arikunto, 2010. *Prosedur penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. (Edisi. Revisi). Jakarta: Rineka Cipta.
3. Azizah Lilik Ma' rifatul, 2011. *Keperawatan Lanjut Usia. Edisi 1*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
4. Azwar, 2009. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*, Jakarta: Pustaka Pelajar.
5. Bustan, 2007. *Epidemiologi Penyakit tidak Menular*. Cetakan 2. Jakarta. Rineka Cipta,
6. Depkes RI, 2013. *Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
7. Dinkes Jatim, 2012. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur tahun 2012*. http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/15_Profil_Kes.Prov.JawaTimur_2012.pdf
8. Djamarah, 2010. *Strategi Belajar Mengajar*. Jakarta: Rineka Cipta.
9. Efendi, Ferry & Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
10. Hidayat, 2010. *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Jakarta: Heath Books.
11. Hidayat, 2012. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
12. Kompas, 2014. *Depresi pada Lansia*. <https://www.kemos.go.id/2015/modules.php?name=News&file=article&sid=208>. Diakses, 26 November 2015.
13. Kurniadi, 2011. *Pengelolaan Pembiayaan Sekolah Dasar di Kabupaten Bandung*". *Jurnal Penelitian Pendidikan*.
14. Mangoenprasodjo, 2010. *Gigi Sehat Mulut Terjaga, Think Fresh*. Yogyakarta.
15. Maryam, Siti. dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta. Salemba Medika
16. Muhidin . 2010. *Analisis Korelasi Regresi dan Jalur dalam Penelitian Keperawatan*. Rineka Cipta,
17. Nugroho, Wahjudi, 2009. *Komunikasi dalam Keperawatan Gerontik*. Jakarta. EGC.
18. Nursalam, 2011. *Manajemen Keperawatan. Edisi 3. Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Jakarta: Salemba Medika.
19. Nursalam, 2013. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Edisi 5. Jakarta, Salemba Medika.
20. Puspita, 2014. *Jurnal Penelitian Hubungan antara Pola Komunikasi Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia di Desa Leyangan Kecamatan Ungaran Timur Kabupaten Semarang. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran Progran Studi Ilmu Keperawatan*. e-mail: load_and_luck@yahoo.com.
21. Rakhmat, 2011. *Teknik Praktis Riset Komunikasi*. Jakarta: Kencana.
22. Ricard, 2008. *Learning to Teach (Terjemahan Belajar untuk Mengajar)*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.
23. Samiun. 2006. *Kesehatan Mental 3*, Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
24. Semiani, 2012. *Depresi Pada Lansia*. <http://semianispyware.blogspot.com/2012/01/depresi-pada-lansia.html> Diakses, 26 November 2015
25. Setiadi, 2013. *Konsep dan Praktek Penulisan Riset Keperawatan, Edisi 2*. Jakarta. EGC.
26. Tamher, dkk. 2009. *Menengal Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.

Peran Orang Tua dengan Kemandirian *Toileting* pada Anak Retardasi Mental di SDLB Negeri Seduri Kabupaten Mojokerto

(Role Parents with Independence Toileting of Children Mental Retardation in Elementary School SDLB Seduri Regency of Mojokerto)

Lida Khalimatus Sa'diya, Nike Afiana
STIKes Bina Sehat PPNI Mojokerto

ABSTRAK

Retardasi mental merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan fungsi kecerdasan yang berada di bawah rata-rata dan mengalami kesulitan dalam beradaptasi maupun melakukan berbagai aktivitas di lingkungan. 58,33% anak belum mampu melakukan kegiatan toiletingnya secara mandiri. Anak masih membutuhkan bantuan dari orang tua dalam kegiatan toiletingnya. Tujuan penelitian adalah mengetahui hubungan peran orang tua dengan tingkat kemandirian toileting pada anak retardasi mental di SDLB Negeri Seduri. Desain penelitian analitik, jenis korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi semua orang tua dan anaknya yang bersekolah di SDLB Negeri Seduri Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto sebanyak 62 responden. Sampel semua orang tua dan anaknya yang bersekolah di SDLB Negeri Seduri. Teknik sampling non probability sampling tipe total sampling. Data diambil menggunakan kuesioner. Di analisis menggunakan *cross tabulation*. Hasilnya didapatkan dari 35 responden (100%) mempunyai peran orang tua positif dengan tingkat kemandirian anak dalam kategori mandiri sepenuhnya sebanyak 22 responden (62,8%). Sedangkan dari 27 responden (100%) mempunyai peran orang tua negatif tingkat ketergantungan anak kategori sedang sejumlah 13 responden (48,1%). Kesimpulannya terdapat hubungan antara peran orang tua dengan tingkat kemandirian toileting pada anak retardasi mental di SDLB Negeri Seduri.

Kata kunci: retardasi mental, toileting, orang tua

ABSTRACT

Mental retardation turns out to be a certain condition noticed by an under average intelligence, difficulty on adaptation as well as difficulty in doing environmental activities such as an independent level. The role of parents is needed for achievement in the child's independence. The purpose was to prove whether there is a connection between the roles of parents with toileting independence levels in children with mental retardation in elementary school SDLB Seduri. Research design was analytic. The population were all parents and children who attend school in the District Seduri elementary school SDLB Seduri were 62 respondents. The sample were all parents and children who attend school in elementary school SDLB Seduri. Sampling technique is a type of non-probability sampling the total sampling. Data taken using a questionnaire. Analyzed using a cross-tabulation. The result obtained from 35 respondents (100%), the role of parents positively level of independence children mostly category full independence as many 22 respondents (62.8%). Whereas 27 respondents (100%) having a negative parental role to level of his dependency in the medium category, that is a number of 13 respondents (48.1%). Conclusion there is the connection between the roles of parents with toileting independence levels in children with mental retardation in elementary school SDLB Seduri.

Keywords: mental retardation, independence level, parents

PENDAHULUAN

Beberapa kelompok anak yang mengalami gangguan tumbuh kembang, yaitu penyandang cacat fisik dan mental. Penyandang cacat fisik antara lain tunanetra, tunarungu, tunawicara, dan tunadaksa. Penyandang cacat mental antara lain tunagrahita, tunalaras, *attention deficit and hyperactivity disorder*, dan *autisme* (Menkes RI, 2010).

Retardasi mental (Tunagrahita) adalah kondisi yang dimulai sebelum usia 18 tahun yang meliputi rendahnya intelegensi (biasanya IQ di bawah 70 dalam tes intelegensi yang dilakukan sendiri) dan kesulitan dalam menyesuaikan diri dalam kehidupan sehari-hari (John W. Santrock, 2009).

Pada tahun 2013, jumlah anak retardasi mental mengalami peningkatan sebesar 0,13%. Anak tunagrahita di Propinsi Jawa Timur yang tertampung di SLB-C tahun 2013/2014 berjumlah 6.633 orang atau 61,21% dari seluruh anak berkebutuhan khusus di Jawa Timur yang jumlahnya 10.836 orang anak tunagrahita, yang terdiri dari tunagrahita-ringan 3.994 orang (36,86%) dan tunagrahita-sedang 2639 orang (24,35%) (Dinas Pendidikan Prop. Jatim, 2013/2014).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan hasil wawancara yang telah dilakukan kepada 12 orang tua murid menunjukkan bahwa 12 dari 41,66% (5 anak) mampu melakukan kegiatan *toileting* tanpa bantuan dengan istilah anak dapat melakukan kegiatan tersebut secara mandiri, dan 58,33% (7 anak) belum mampu melakukan

kegiatan *toileting*nya secara mandiri atau dengan istilah anak masih membutuhkan bantuan dari orang tua dalam kegiatan *toileting*nya. Misalnya dalam hal melepas dan memakaikan celana, membersihkan diri setelah melakukan BAB & BAK.

Keluarga yang mempunyai anak cacat akan memberikan perlindungan yang berlebihan pada anaknya sehingga anak mendapatkan kesempatan yang terbatas untuk mendapatkan pengalaman sesuai dengan tingkat perkembangannya (Grahacendikia, 2009). Kemandirian juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu gen atau keturunan orang tua, sistem pendidikan sekolah, sistem kehidupan masyarakat serta peranan orang tua di mana di dalamnya terdapat kebutuhan asuh, asih, dan asah. Dengan demikian kemandirian yang dimiliki adalah kemandirian yang utuh (Ali, 2008).

Berdasarkan penjelasan pada latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Peran Orang Tua dengan Tingkat Kemandirian *Toileting* pada Anak Retardasi Mental di SDLB Negeri Seduri Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto”.

MATERI

Konsep Dasar Peran Orang Tua

1. Definisi Peran orang Tua
Peran diartikan sebagai kemampuan individu untuk mengontrol atau memengaruhi atau mengubah perilaku orang lain (Yupi Supartini, 2004). Peran membentuk pola perilaku yang diterima secara sosial yang berkaitan dengan fungsi seorang individu dalam berbagai kelompok sosial (Potter & Perry, 2005).
2. Faktor-faktor yang Memengaruhi Peran.
 - a. Usia orang tua
 - b. Keterlibatan ayah
 - c. Pendidikan orang tua
 - d. Pengalaman sebelumnya dalam merawat anak
 - e. Stress orang tua
 - f. Hubungan suami
3. Peran Orang Tua dalam Perkembangan dan Pertumbuhan Anak:
 - a. Pola Asuh
 - b. Pola Asih
 - c. Pola Asah

Konsep Dasar Retardasi Mental

1. Definisi Retardasi Mental
Retardasi mental atau *mental retardation* adalah kondisi yang dimulai sebelum usia 18 tahun yang meliputi rendahnya intelegensi (biasanya di bawah 70 dalam tes intelegensi tradisional yang dilakukan sendiri) dan kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan kehidupan sehari-hari (Santrock, 2009).
2. Klasifikasi Retardasi Mental
 1. Tunagrahita Ringan
 2. Tunagrahita Sedang
 3. Tunagrahita Berat (Somantri, 2012).

3. Pencegahan.
 1. Pencegahan primer
 2. Pencegahan sekunder dan tersier
 3. Latihan dan pendidikan
 - *Occupasional therapy*
 - *Play therapy*
 - *Activity daily living*
 - *Life skill*
 - *Vocational therapy*

Konsep Dasar *Toileting*

1. Definisi *Toileting*
Toilet training adalah kontrol valunter sfingter anal dan uretra terkadang di capai kira-kira setelah anak berjalan, mungkin antara usia 18 dan 24 bulan. (Wong, 2009)
2. Faktor-Faktor yang Memengaruhi *Toileting*
 - a. Perkembangan
Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan anak sehingga perkembangan inisiatif dan keterampilan *toileting* terganggu.
 - b. Biologis
Penyakit kronis yang menyebabkan anak tidak mampu melakukan *toileting*.
 - c. Sosial
Kurang dukungan dan latihan kemampuan dari lingkungannya.
3. Tingkat Kemandirian
Menurut Delphie (2006), secara keseluruhan anak retardasi mental mempunyai kelemahan dalam keterampilan gerak, fisik yang kurang sehat, koordinasi gerak, kurangnya rasa percaya diri terhadap situasi, serta keterampilan motorik yang kurang. Tingkat kemandirian anak retardasi mental (Azizah, 2011):
 1. Mandiri
 2. Ketergantungan ringan
 3. Ketergantungan sedang
 4. Ketergantungan berat
 5. Ketergantungan total.

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan adalah analitik. Penelitiannya menggunakan *cross sectional*.

Populasi pada penelitian ini adalah semua orang tua dan anaknya yang bersekolah di SDLB Negeri Seduri Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto yaitu sebanyak 62 orang. Dalam penelitian ini cara pengambilan sampel menggunakan *Total Sampling*. Jadi sampel pada penelitian ini adalah semua orang tua dan anaknya yang bersekolah di SDLB Negeri Seduri Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto sebanyak 62 responden.

Variabel *independent* dalam penelitian adalah peran orang tua. Variabel *dependent* adalah tingkat kemandirian *toileting* anak retardasi mental.

Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Data di analisa secara analitik untuk mempelajari hubungan peran orang tua dengan tingkat kemandirian *toileting* pada anak retardasi mental. Kemudian data yang sudah di analisa disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan dipaparkan tentang hasil penelitian yang diperoleh selama melaksanakan penelitian di SLB Negeri Seduri

Berdasarkan Tabel 1 bahwa hampir setengah dari orang tua mempunyai peran yang negatif terhadap keberhasilan *toileting* pada anak retardasi mental yaitu 36 responden (58,1%).

Berdasarkan pada Tabel 2 bahwa tingkat kemandirian pada anak dengan retardasi mental adalah kategori mandiri sepenuhnya yaitu sebanyak 23 responden (37,1%).

Berdasarkan pada Tabel 3 diketahui bahwa dari 35 responden (100%) yang mempunyai peran orang tua positif dengan tingkat kemandirian anak sebagian besar dalam kategori mandiri sepenuhnya sebanyak 22 responden (62,8%). Sedangkan dari 27 responden (100%) yang mempunyai peran orang tua negatif untuk tingkat ketergantungan anaknya dalam kategori mandiri sepenuhnya sejumlah 1 responden (3,7%).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian dibahas sesuai dengan tujuan penelitian yang telah disusun.

Peran Orang Tua dengan Tingkat Kemandirian *Toileting*

Tabel 1. Peran Orang Tua

No.	Peran	Frekuensi	(%)
1.	Positif	35	56,5
2.	Negatif	27	43,5
	Total	62	100

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 2. Tingkat Kemandirian *Toileting* Anak Retardasi Mental

No.	Peran	Frekuensi	(%)
1.	Mandiri	23	37,1
2.	Ringan	22	35,5
3.	Sedang	13	21,0
4.	Berat	2	3,2
5.	Total	2	3,2
	Total	62	100

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 3. Tabulasi Silang Peran Orang Tua dengan Tingkat Kemandirian *Toileting*

Peran Orang Tua	Tingkat Ketergantungan										Jumlah		
	Mandiri		Ringan		Sedang		Berat		Total				
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Positif	22	62,8	13	37,2	0	0	0	0	0	0	0	35	100
Negatif	1	3,7	9	33,3	13	48,1	2	7,4	2	7,4	2	27	100
Total	23	37,1	22	35,5	13	21,0	2	3,2	2	3,2	62	100	

Sumber: Data Primer, 2016

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi pada Tabel 1 yang dilakukan pada 62 responden diperoleh data bahwa hampir setengah dari responden yaitu 35 responden (56,5%) mempunyai peran positif.

Menurut Yupi Supartini (2004) menjelaskan bahwa peran orang tua adalah serangkaian perilaku yang diharapkan pada seseorang sesuai dengan posisi sosial yang diberikan baik secara formal maupun informal. Peran merupakan bentuk evaluasi atau reaksi perasaan memiliki nilai positif dan negatif. Menurut Perry dan Potter (2005) Peran membentuk pola perilaku yang diterima secara sosial yang berkaitan dengan fungsi seorang individu dalam berbagai kelompok sosial.

Peran orang tua mempunyai posisi penting terhadap pembentukan anak, seperti: pembentukan karakter, sikap, pengetahuan, penalaran dan juga kemandirian anak. Jika orang tua mampu menjalankan perannya dengan baik maka anak akan menerapkan kegiatan *toileting* dengan baik dan proses pertumbuhan serta perkembangan akan berjalan sesuai dengan perkembangan usia anak.

Tingkat Kemandirian *Toileting* pada Anak Retardasi Mental

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi pada Tabel 2 dapat diketahui bahwa dari jumlah 62 responden termasuk dalam kategori mandiri sepenuhnya yaitu sebanyak 23 responden (37,1%).

Sebagian besar responden memiliki tingkat kemandirian yang mandiri. Mulai dari melepas dan memakai celana, membersihkan diri setelah BAB & BAK dan lain-lain. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor yang pertama yaitu tingkat retardasi mental. Berdasarkan pada Tabel dapat diketahui bahwa sebagian besar responden termasuk anak retardasi sedang yaitu sebanyak 35 responden (56,5%).

Menurut Somantri (2012) bahwa anak terbelakang mental ringan dapat dididik menjadi tenaga kerja *semi-skilled* seperti pekerja laundry, pertanian, peternakan, pekerjaan rumah tangga, bahkan jika dilatih dan dibimbing dengan baik anak tunagrahita ringan dapat bekerja di pabrik-pabrik dengan sedikit pengawasan. Sedangkan pada anak tunagrahita sedang mereka ini mampu dilatih tetapi tidak mampu dididik. Mereka dapat dilatih mengurus diri,

seperti mandi, berpakaian, makan, minum, mengerjakan pekerjaan rumah tangga sederhana seperti menyapu, membersihkan perabot rumah tangga, dan sebagainya. Dalam kehidupan sehari-hari, anak tunagrahita sedang membutuhkan pengawasan terus menerus. Mereka juga masih dapat bekerja di tempat kerja terlindung.

Faktor yang ke dua yaitu jenis kelamin. Berdasarkan pada Tabel dapat diketahui bahwa hampir setengah dari responden anak berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 32 responden (51,6%).

Menurut Wiyani (2013) faktor yang memengaruhi kemandirian anak yaitu terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor-faktor internal sendiri meliputi kondisi fisiologis yang terdiri dari umur, jenis kelamin, keadaan tubuh dan psikologis. Pada anak perempuan terdapat dorongan untuk melepaskan diri dari ketergantungan pada orang tua, tetapi dengan statusnya sebagai anak perempuan, mereka dituntut untuk bersikap pasif, berbeda dengan anak laki-laki yang bersifat agresif dan ekspansif, akibatnya anak perempuan lebih lama dalam ketergantungan daripada anak laki-laki.

Faktor yang ke tiga yaitu usia. Berdasarkan Tabel dapat diketahui bahwa sebagian besar responden dari anak berusia antara 13-15 tahun yaitu sebanyak 21 responden (33,9%). Faktor usia anak juga dapat memengaruhi kemandirian anak. Effendi (2006) menyatakan anak melewati tahap perkembangan dapat berjalan seiring dengan tingkat usianya. Semakin bertambah usia anak, makin tinggi tingkatan kemandirian anak tersebut. Menurut Syamsu (2012) pada usia 13-15 tahun termasuk pada usia remaja awal. Pada usia ini dapat diketahui anak telah memiliki dorongan untuk mandiri dalam melakukan aktivitasnya. Mereka lebih senang mengurus dirinya sendiri tanpa dilayani.

Dari semua faktor-faktor tersebut sangat berpengaruh besar untuk anak dapat melakukan aktivitas *toileting* dengan baik. Bila anak sudah menunjukkan usia yang dewasa, maka anak mempunyai peluang besar untuk dapat mandiri dalam melakukan aktivitasnya. Begitupun juga sebaliknya, jika usia anak masih belum cukup dewasa maka mereka belum optimal dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari terutama untuk aktivitas *toileting*.

Tabulasi Silang antara Peran Orang Tua dengan Tingkat Kemandirian *Toileting*.

Berdasarkan pada Tabel 3 dapat diketahui bahwa dari 35 responden (100%) yang mempunyai peran orang tua positif dengan tingkat kemandirian anak sebagian besar dalam kategori mandiri sepenuhnya yaitu sebanyak 22 responden (62,8%). Sedangkan dari 27 responden (100%) yang mempunyai peran orang tua negatif untuk tingkat ketergantungan anaknya dalam kategori mandiri sepenuhnya yaitu sejumlah 1 responden (3,7%). Data ini menunjukkan adanya hubungan antara peran orang tua dengan tingkat kemandirian *toileting* pada anak retardasi mental.

Menurut Santrock (2009), bahwa peran orang tua yang positif mendorong anak lebih mandiri, namun

orang tua harus dapat memegang kendali anak. Orang tua merupakan orang yang paling dekat dengan anak. Orang tua mempunyai berbagai macam fungsi yang salah satunya adalah mengasuh putra-putrinya. Dalam mengasuh anaknya orang tua memiliki berbagai metode. Masing-masing orang tua mempunyai cara yang berbeda dalam melatih kemandirian anak retardasi mental, ada yang dengan cara keras atau dengan disiplin (Ramawati, 2011).

Untuk mewujudkan peran orang tua yang positif dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang pertama yaitu karakteristik usia orang tua. Berdasarkan pada Tabel dapat diketahui bahwa hampir setengah responden dari orang tua berumur > 40 tahun yaitu sebanyak 33 responden (53,2%).

Faktor yang ke dua yaitu pendidikan orang tua. Berdasarkan pada Tabel dapat diketahui bahwa hampir setengah dari responden adalah berpendidikan SMA yaitu sebanyak 32 responden (51,6%).

Menurut Yupi Supartini (2004) tentang faktor-faktor yang memengaruhi peran orang tua antara lain: 1) usia orang tua: Apabila terlalu muda atau terlalu tua, mungkin tidak dapat menjalankan peran tersebut secara optimal karena diperlukan kekuatan fisik dan psikososial. 2) keterlibatan ayah: Pada beberapa ayah yang tidak terlibat secara langsung pada saat bayi baru dilahirkan, maka beberapa hari minggu kemudian dapat melibatkan dalam perawatan bayi, seperti mengganti popok, bermain dan berinteraksi sebagai upaya untuk terlibat dalam perawatan anak. 3) pendidikan orang tua: Bagaimana pun pendidikan dan pengalaman orang tua dalam perawatan anak akan memengaruhi kesiapan mereka dalam menjalankan peran pengasuhan. Makin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menyerap informasi sehingga semakin banyak dan semakin luas pengetahuan yang dimiliki. 4) pengalaman sebelumnya dalam merawat anak: Hasil riset menunjukkan bahwa orang tua telah mempunyai pengalaman sebelumnya dalam merawat anak akan lebih siap menjalankan peran pengasuhan dan lebih rileks. 5) stress orang tua: Stress yang dialami ayah atau ibu atau keduanya akan memengaruhi kemampuan orang tua dalam menjalankan peran pengasuhan, terutama dalam kaitannya dengan strategi koping yang dimiliki dalam menghadapi permasalahan anak. 6) hubungan suami istri: Hubungan yang kurang harmonis antara suami dan istri akan berdampak pada kemampuan mereka dalam menjalankan perannya sebagai orang tua dan merawat serta mengasuh anak dengan penuh rasa bahagia karena satu sama lain dapat saling memberi dukungan dan menghadapi segala masalah dengan koping yang positif.

Seorang anak retardasi mental berbeda dengan anak normal. Keterbatasan yang ada pada seorang anak retardasi menjadikan segala aktivitas yang dilakukan juga terbatas. Dibutuhkan dukungan orang tua agar anak retardasi mental mampu melakukan kegiatan *toileting* sehingga menjadi mandiri seperti anak yang

normal. Peran orang tua sangat dibutuhkan dalam kegiatan *toileting*, yaitu dalam hal menyediakan waktu, pendekatan yang konsisten, kesabaran, pengetahuan, serta pemahaman terhadap proses *toileting*. Peran orang tua juga didukung dengan pendidikan yang bagus, dan tingkat pengetahuan yang lebih luas serta usia dalam kategori dewasa. Dengan pendidikan yang tinggi maka dalam menerima informasi maupun pola pikir orang tua akan lebih matang dan bertindak berdasarkan pengalaman serta informasi yang sudah didapat melalui internet, televisi maupun seminar-seminar yang diadakan oleh sekolah khususnya mengenai cara mendidik anak dengan keterbatasan mental. Begitupun dengan usia, dengan usia yang sudah matang atau sudah dewasa maka orang tua sudah mempunyai banyak pengalaman dalam merawat anak. Semakin orang tua mempunyai peran positif maka akan meningkatkan tingkat kemandirian *toileting* pada anak retardasi mental sehingga peran orang tua dapat berjalan dengan baik.

KESIMPULAN

Terdapat hubungan antara peran orang tua dengan tingkat kemandirian *toileting* pada anak retardasi mental di SDLB Negeri Seduri Kecamatan Mojosari Kabupaten Mojokerto. Orang tua yang mempunyai peran positif terhadap kegiatan *toileting* maka akan meningkatkan tingkat kemandirian pada anak retardasi mental.

DAFTAR PUSTAKA

1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Kesehatan Mental Anak Tunagrahita*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
2. John W. Santrock, 2009. *Psikologi Pendidikan*. Edisi 3. Penerbit Salemba Utama.
3. Dinas Pendidikan Prof. Jatim, 2013/2014. Model Bimbingan Behavioral untuk Mengembangkan Keterampilan Sosial Anak Tunagrahita. Jakarta.
4. Grahacendikia. 2009. <http://www.google.scholar.co.id>. [diunduh pada tanggal 7 januari 2016].
5. Ali, Nugraha. 2008. *Pengembangan Belajar Pada Anak Usia Dini*. Bandung.
6. Yupi Supartini, 2004. *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Cetakan 1. Jakarta: EGC.
7. Perry & Potter. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.
8. Santrock J. 2005. *Life Span Development: Perkembangan Masa Hidup*. Edisi revisi. Jakarta: Erlangga.
9. Somantri. 2012. *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung: Refika Aditama.
10. Wong, 2009. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC.
11. Delphie B. 2006. *Pembelajaran Anak Tunagrahita*. Bandung: Rafika Aditama.
12. Azizah LM. 2011. *Keperawatan Usia Lanjut*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
13. Wiyani, Novan Ardy. 2013. *Bina Karakter Anak Usia Dini*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
14. Efendi M. 2006. *Pengantar psikopedagogik Anak Berkelainan*, Jakarta: Bumi Aksara.
15. Ramawati, D. 2011. *Faktor-faktor Berhubungan dengan Kemampuan Perawatan Diri Anak Tunagrahita di Kabupaten Banyumas*. Tesis, Depok: FIK UI.
16. Syamsu, Yusuf. (2012). *Psikologi Perkembangan Anak & Remaja*. Edisi 13. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Hubungan Kelembaban Udara Dalam Rumah dengan Kejadian ISPA pada Anak Usia *Toddler*

(Correlation of Air Humidity in the House with Acute Respiratory Infection on Toddler)

Enny Virda Yuniarti, Nurindah Triwahyuningsih
STIKES Bina Sehat PPNI Mojokerto

ABSTRAK

Kelembaban udara merupakan salah satu faktor pemicu terjadinya ISPA karena kelembaban udara yang tinggi dapat Memengaruhi daya tahan tubuh seseorang dan dapat meningkatkan kerentanan tubuh terhadap penyakit menular khususnya pada sistem pernafasan. Tujuan Penelitian yaitu untuk mengetahui hubungan kelembaban udara didalam rumah dengan kejadian ISPA pada Anak usia toddler di Puskesmas Sooko Kabupaten Mojokerto. Desain penelitian menggunakan analitik korelasi dengan pendekatan cross sectional. Populasinya didapat selama 1 bulan yaitu seluruh anak usia toddler yang menderita ISPA di Puskesmas Sooko Kabupaten Mojokerto sebanyak 39 anak dengan teknik consecutive sampling. Variabel independen yaitu kelembaban udara dan variabel dependennya tentang kejadian ISPA. Data diambil menggunakan alat ukur higrometer dan checklist. Setelah terkumpul dilakukan pengolahan data dan menggunakan uji Koefisien Kontingensi dengan hasil $p = 0,661 > \alpha 0,05$. Hasil penelitian menunjukkan H_0 diterima artinya tidak ada hubungan antara kelembaban udara dengan kejadian ISPA pada anak usia toddler. Untuk menurunkan angka kejadian ISPA berulang saat kelembaban udara didalam rumah baik dan saat kelembaban udara di dalam rumah buruk diperlukan penanganan dini serta diperlukan kebersihan rumah yang optimum pada saat anak mulai terkena ISPA, sehingga anak tidak sampai terkena ISPA berulang.

Kata kunci: ISPA, kelembaban udara, toddler

ABSTRACT

The humidity is one of the triggers of ISPA because high humidity can affect a person's endurance and can enhance the body's susceptibility to infectious diseases, especially the respiratory system. The objective of this research is to determine the relationship of the humidity in the house with ARI in Children toddler in Puskesmas Sooko Mojokerto regency. The research design using analytic correlation with cross sectional approach. The population obtained during the first month that all children ages toddler suffering from ISPA in public health care of Sooko Mojokerto regency as many as 39 children with consecutive sampling techniques. Independent variables, humidity and the dependent variable of ARI. The data were taken using a hydrometer measuring tool and checklist. Having collected data and processing is done using contingency coefficient test with the results of $p = 0.661 > \alpha 0.05$. So H_0 is accepted it means there is no relationship between humidity with ARI in children ages toddler. To reduce the incidence of recurrent ARI when the humidity in the house is good and when the humidity inside the house badly needed early treatment as well as the required optimum cleanliness of the house while the child is exposed to respiratory infections, so kids do not get hit by repeated ISPA.

Keywords: ARI, humidity, toddler

PENDAHULUAN

Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) pada anak merupakan penyakit yang menempati angka urutan pertama menurut Riskesdas tahun 2013. Penyakit ini sering diderita pada kelompok bayi dan balita di Indonesia. Penyebab utama pada penyakit ini adalah Infeksi Saluran Pernafasan Akut atau *Acute Respiratory Infection* (ARI) baik yang disebabkan oleh bakteri maupun virus (Apriningsih, 2008). Pencegahan penyakit ISPA bisa dilakukan dengan tinggal di lingkungan yang bersih, mempunyai ventilasi yang memadai terutama kelembaban udara di dalam rumah yang baik (Febriani, 2007).

Fenomena yang terjadi di Kabupaten Mojokerto berdasarkan data dari Puskesmas Sooko Kabupaten

Mojokerto anak yang menderita ISPA di wilayah kerja Puskesmas Sooko tiap bulan meningkat. Upaya pemberantasan penyakit ISPA dilaksanakan dengan fokus penemuan dini dan tata laksana kasus secara cepat dan tepat. Berdasarkan Data *World Health Organization* (WHO) bulan November tahun 2015 Pneumonia adalah penyebab tunggal terbesar menular kematian pada anak-anak di seluruh dunia. *Period prevalence* ISPA di Indonesia menurut Riskesdas tahun 2013 mencapai 25,0%. *Period Prevalence* ISPA tertinggi di lima provinsi salah satunya daerah Jawa Timur (28,3%). Data terakhir Di Kabupaten Mojokerto pada tahun 2012 anak balita yang menderita pneumonia sebesar 6000 anak, sedangkan di tahun 2013 mengalami penurunan sebesar 4000 anak. Akan tetapi Jumlah balita penderita pneumonia yang dilaporkan dan dapat ditangani di Kabupaten Mojokerto

tahun 2013 sebanyak 3.839 penderita, terjadi penurunan dibandingkan pada tahun 2012 sebesar 5.758. Tahun 2013 dari 8.803 perkiraan penderita yang mendapatkan penanganan sebesar 3.839 penderita (43,61%), prosentase balita yang ditangani belum mencapai target yang telah ditentukan yaitu mencapai 100% seluruh penderita. Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas Sooko Kabupaten Mojokerto jumlah penderita ISPA pada anak tahun 2015 rata-rata tiap bulan sebanyak 161 penderita, dan yang terbanyak penderita ISPA terjadi di desa Kedung Maling. Data laporan bulanan penyakit di Pustu/Polindes desa Kedung Maling pada tahun 2015 mulai awal bulan januari sampai dengan November mengalami peningkatan balita yang menderita ISPA. Dari data terakhir pada bulan oktober, anak yang menderita ISPA sebanyak 46 anak dan pada bulan November sebanyak 55 anak.

Data yang diperoleh dari studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Sooko tepatnya di Desa Kedung Maling Kabupaten Mojokerto pada tanggal 02 Januari 2016 dengan melakukan wawancara pada ibu anak yang menderita ISPA dan riwayat terjadi ISPA dengan responden 10 ibu, diperoleh data 6 (60%) ibu mengatakan anak menderita batuk, pilek, dan demam dalam satu bulan terjadi lebih dari 1 kali, dan 4 (40%) ibu lainnya mengatakan anaknya jarang menderita demam, batuk dan pilek. Semua responden awal mengatakan kondisi rumah tidak lembab. Berdasarkan penelitian I Gede Sumertta Gapar, dkk tahun 2015 (Hubungan kualitas sanitasi rumah dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) di Wilayah Kerja Puskesmas IV Denpasar Selatan Kota Denpasar). Berdasarkan hasil chi square di peroleh nilai $p = 0,003$ ($p < 0,05$). Berarti ada hubungan kelembaban ruang rumah dengan kejadian penyakit ISPA di wilayah kerja puskesmas IV Denpasar Selatan. Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) dapat ditularkan melalui sanitasi rumah dan lingkungan yang tidak baik. Seperti pencahayaan ventilasi dan kelembaban udara di dalam rumah (Saruji, 2006). Di samping itu, tidak cukupnya ventilasi akan menyebabkan kelembaban udara dalam ruangan naik karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembaban udara merupakan media baik untuk bakteri-bakteri berkembang biak (Notoatmodjo soekidjo, 2007). Saat kelembaban udara naik, bakteri masuk dan terjadi peradangan pada saluran pernafasan mengakibatkan sistem imun menurun karena kuman melepas endotoksin dan merangsang tubuh untuk melepas zat pirogen oleh leukosit ke hipotalamus di bagian termoregulator dan mengakibatkan suhu tubuh meningkat (hipertermi). Anak yang menderita ISPA, diperlukan Kelembaban udara di dalam rumah yang baik yaitu 40–70% yang ada di setiap rumah. Dalam pembuatan ventilasi diperlukan cahaya yang cukup, tidak kurang dan tidak banyak. Karena apabila cahaya yang cukup masuk did alam rumah, akan menjaga kelembaban udara tetap baik dan tidak menjadi tempat berkembang bibit penyakit, tetapi sebaliknya apabila kelebihan cahaya di dalam rumah dapat menyebabkan silau (Notoatmodjo Soekidjo, 2007).

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	f	(%)
Laki-laki	26	66,7
Perempuan	13	33,3
Total	39	100

Sumber: Data Primer, Juni 2016

Tabel 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Kondisi Lantai

Lantai	f	(%)
Ubin/Semen	14	66,7
Keramik	13	33,3
Total	39	100

Sumber: Data Primer, Juni 2016

METODE PENELITIAN

Desain dalam penelitian adalah *analitik* korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel 39 anak usia *toddler* dengan teknik *Consecutive Sampling*. Variabel Independen dalam penelitian ini adalah kelembaban udara di dalam rumah dengan menggunakan alat ukur Higrometer dan variabel dependen dalam penelitian ini adalah Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) dengan menggunakan Lembar Observasi berdasarkan data dari rekam medis di Puskesmas Sooko Kabupaten Mojokerto.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Data distribusi Tabel 1 diketahui bahwa dari 39 responden menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 26 responden atau 66,7%.

Karakteristik Responden Berdasarkan Kondisi Lantai

Data distribusi Tabel 2 diperoleh diketahui bahwa dari 39 rumah responden menunjukkan bahwa sebagian besar kondisi lantainya menggunakan keramik yaitu sebanyak 25 responden atau 64,1%.

Karakteristik Responden Berdasarkan Kondisi Dinding

Tabel 3 menunjukkan data sebagian besar rumah menggunakan tembok yaitu sebanyak 34 responden atau 87,2%.

Karakteristik Responden Berdasarkan Kondisi Atap Rumah

Tabel 4 menunjukkan data sebagian besar atap rumah menggunakan Genteng yaitu sebanyak 38 responden atau 97,4%.

Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Kondisi Dinding

Dinding	f	(%)
Tembok	34	87,2
Papan	5	12,8
Total	39	100

Sumber: Data Primer, Juni 2016

Tabel 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Kondisi Atap Rumah

Atap Rumah	f	(%)
Seng/Asbes	14	66,7
Genteng	13	33,3
Total	39	100

Sumber: Data Primer, Juni 2016

Tabel 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Pencahayaan Rumah

Pencahayaan	f	(%)
Langsung	14	66,7
Lampu	13	33,3
Total	39	100

Sumber: Data Primer, Juni 2016

Tabel 9. Tabulasi Silang Responden Berdasarkan Hubungan Kelembaban Udara dengan Kejadian ISPA

Kelembaban Udara	Kejadian ISPA				Total	
	Baru		Berulang		f	(%)
	f	(%)	f	(%)		
Baik	4	33,3	8	66,7	12	100
Buruk	11	40,7	16	59,3	27	100
Total	15	38,5	24	61,5	39	100

Karakteristik Responden Berdasarkan Pencahayaan Rumah

Tabel 5 menunjukkan data sebagian besar pencahayaan di dalam rumah menggunakan penyinaran secara langsung dari matahari yaitu sebanyak 32 responden atau 82,1%.

Karakteristik Responden Berdasarkan Ventilasi Rumah

Tabel 6 diperoleh data sebagian besar ventilasi di dalam rumah menggunakan ventilasi alami yaitu sebanyak 35 responden atau 89,7%.

Data Khusus

1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelembaban udara di dalam rumah

Data Tabel 7 menunjukkan bahwa sebagian besar rumah responden memiliki kelembaban udara yang buruk yaitu sebanyak 27 responden atau 69,2%.

Tabel 6. Karakteristik Responden Berdasarkan Ventilasi Rumah

Ventilasi Rumah	f	(%)
Alami/Jendela	35	89,7
Buatan/Kipas	4	10,3
Total	39	100

Sumber: Data Primer, Juni 2016

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelembaban Udara di Dalam Rumah

No	Kelembaban udara	f	(%)
1	Baik	12	30,8
2	Buruk	27	69,2
	Total	39	100

Tabel 8. Tabulasi Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kejadian ISPA

No.	Kejadian ISPA	f	(%)
1.	Baik	12	30,8
2.	Buruk	27	69,2
	Total	39	100

2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kejadian ISPA

Data pada Tabel 8 menunjukkan bahwa sebagian besar anak usia *toddler* terjadi ISPA secara berulang yaitu sebanyak 24 responden atau 61,5%.

Tabel 9 menunjukkan bahwa dari 12 responden yang lebih dominan terjadi kelembaban udara di dalam rumah yang baik dengan kejadian ISPA yang berulang yaitu sebanyak 8 responden atau 66,7% dan dari 27 responden sebagian besar memiliki kelembaban udara yang buruk dengan kejadian ISPA berulang sebanyak 16 responden atau 59,3%.

Berdasarkan hasil tabulasi silang dan dibuktikan dengan menggunakan uji *koefisien* kontingensi antara kelembaban udara dengan kejadian ISPA dengan hasil $\rho = 0,661 > \alpha 0,05$, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa H_0 diterima artinya bahwa tidak ada hubungan antara kelembaban udara dengan kejadian ISPA pada anak

usia *toddler* di Puskesmas Sooko Kabupaten Mojokerto. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kelembaban udara baik (66,7%) dan kelembaban udara yang buruk (59,3%) sama-sama dapat beresiko terjadi ISPA berulang.

PEMBAHASAN

Kelembaban Udara di Dalam Rumah di Puskesmas Sooko Kabupaten Mojokerto

Hasil penelitian yang ditunjukkan Tabel 7 bahwa sebagian besar responden mempunyai kelembaban udara yang buruk yaitu sebanyak 27 responden atau 69,2%. Sedangkan responden yang mempunyai kelembaban udara di dalam rumah dengan keadaan baik yaitu 12 responden atau 30,8%.

Kesehatan lingkungan merupakan kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap status kesehatan yang optimum (Notoadmojo, 2007) salah satu diantaranya mencakup perumahan atau rumah yang sehat (Mubarak Iqbal, 2009). Kelembaban udara yang tinggi dapat Memengaruhi penurunan daya tahan tubuh seseorang dan meningkatkan kerentanan tubuh terhadap penyakit terutama penyakit menular. Kelembaban udara juga meningkatkan daya tahan hidup bakteri (Purwanto, 2011). Di dalam syarat rumah sehat kelembaban udara juga dipengaruhi oleh keadaan rumah atau bahan bangunan yang ada di dalam rumah, seperti lantai, dinding rumah, atap rumah, ventilasi dan pencahayaan yang ada di dalam rumah. Sesuai dengan kondisi lantai Pada Tabel 2 menunjukkan bahwa kondisi lantai pada responden yang menderita ISPA sebagian besar sudah menggunakan keramik yaitu sebanyak 25 responden atau 64,1%. Lantai dengan menggunakan keramik lebih baik daripada menggunakan lantai yang dari ubin atau semen. Karena lantai yang menggunakan keramik mudah untuk melihat lantai yang sedang berdebu sehingga bisa segera dibersihkan, agar tidak menimbulkan sarang penyakit khususnya pada musim kemarau (Notoadmojo, 2007).

Kelembaban udara yang buruk sangat dipengaruhi oleh kondisi lingkungan yang ada di dalam rumah terutama pada ventilasi dan pencahayaan yang berada di rumah tersebut. Semakin baik penggunaan ventilasi dan pencahayaan di dalam rumah maka akan semakin baik kelembaban udara di dalam rumah dan berkurangnya bakteri yang masuk ke dalam rumah akan Memengaruhi kesehatan penghuni yang ada di dalam rumah, terutama pada anak yang berusia *toddler* yang sangat rentan terkena penyakit saluran pernafasan yaitu ISPA.

Kejadian ISPA pada Anak Usia *Toddler* di Puskesmas Sooko Kabupaten Mojokerto

Hasil penelitian yang ditunjukkan pada Tabel 8 bahwa sebagian besar responden mengalami kejadian ISPA secara berulang sebanyak 24 responden atau sebanyak

61,5%, sedangkan responden dengan kejadian ISPA baru sebanyak 15 responden atau 38,5%.

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) yaitu infeksi yang timbul akibat masuknya bibit penyakit mulai dari saluran pernafasan atas atau saluran pernafasan bawah (Th. Erlin, 2008). ISPA dipengaruhi oleh beberapa faktor, meliputi faktor intrinsik salah satunya yaitu jenis kelamin dan faktor ekstrinsik yaitu kondisi lingkungan. Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar anak yang terjadi ISPA memiliki jenis 66,7%, sedangkan jenis kelamin perempuan sebanyak 33,3%. Hal ini kecenderungan anak laki-laki sering terserang infeksi dari pada anak perempuan (Soetjningsih, 1995). Menurut hasil yang didapatkan dalam penelitian ini, responden laki-laki yang lebih banyak sehingga dapat disimpulkan anak laki-laki lebih beresiko terkena ISPA dibandingkan dengan anak perempuan. Anak laki-laki yang lebih sering bermain dan berinteraksi dengan lingkungan luar apalagi dengan lingkungan yang kotor sangat rentan terpajan kuman yang dapat menyebabkan penyakit.

Hubungan Kelembaban Udara di Dalam Rumah dengan Kejadian ISPA pada Anak Usia *Toddler* di Puskesmas Sooko Kabupaten Mojokerto

Penelitian yang saya lakukan mendapatkan hasil bahwa kelembaban udara baik (66,7%) dan kelembaban udara yang buruk (59,3%) sama-sama dapat beresiko terjadi ISPA berulang. Hal ini dibuktikan dengan Hasil analisa menggunakan uji *koefisien kontingensi* dengan SPSS yaitu $\rho = 0,661 > \alpha 0,05$ artinya H_0 diterima artinya tidak ada hubungan kelembaban udara di dalam rumah dengan kejadian ISPA.

Jadi hasil penelitian saya tidak sesuai dengan teori Notoadmojo (2012) bahwa kelembaban udara yang buruk beresiko terkena kejadian ISPA yang berulang, dan tidak sesuai dengan penelitian I Gede Sumerta Gapar (2015) bahwa kelembaban ruang rumah dengan kejadian ISPA saling memengaruhi. Akan tetapi penelitian saya menunjukkan hasil yang berbeda bahwa kejadian ISPA yang berulang lebih berisiko pada kelembaban udara yang baik dan saat kelembaban udara di dalam rumah buruk, maka risiko terkena ISPA berulang akan meningkat. Kelembaban udara sebagai faktor pemicu terjadinya ISPA, salah satunya yaitu: Saat kelembaban udara naik atau buruk, bakteri masuk dan terjadi peradangan pada saluran pernafasan mengakibatkan sistem imun menurun karena kuman melepas endotoksin dan merangsang tubuh untuk melepas zat pirogen oleh leukosit ke hipotalamus di bagian termoregulator dan mengakibatkan suhu tubuh meningkat (hipetermi). Kejadian penyakit ISPA yang berulang pada balita dapat juga diakibatkan karena pengetahuan ibu mengenai penyakit, pencegahan penyakit dan cara pemeliharaan kesehatan yang masih kurang (Notoatmodjo, 2012). Apabila pengetahuan mengenai penyebab penyakit, pengobatan serta pencegahannya baik tentunya orang tua dapat mengontrol kesehatan anak.

Menurut Hasan (2012), faktor lingkungan tempat tinggal anak dapat berpengaruh pada kejadian ISPA, dibutuhkan kualitas rumah tinggal yang baik serta memenuhi syarat kesehatan untuk menjaga lingkungan tetap sehat. Kualitas rumah tinggal yang baik ditentukan oleh jenis bahan bangunan yang digunakan, dan cukup luas untuk satu keluarga. Hal ini ditunjang pada Tabel 2 menunjukkan bahwa kondisi lantai pada responden yang menderita ISPA sebagian besar sudah menggunakan keramik yaitu sebanyak 25 responden atau 64,1%. Lantai dengan menggunakan keramik lebih baik daripada menggunakan lantai yang dari ubin atau semen. Karena lantai yang menggunakan keramik mudah untuk melihat lantai yang sedang berdebu sehingga bisa segera dibersihkan, agar tidak menimbulkan sarang penyakit khususnya pada musim kemarau (Notoadmojo, 2007).

Kelembaban udara yang baik dapat Memengaruhi kondisi lantai, karena semakin kering dan bersih lantai tersebut, maka kuman yang ada di dalam rumah akan semakin sedikit dan memperkecil tumbuhnya bibit penyakit seperti bakteri atau jamur yang ada di dalam rumah. Kondisi atap rumah responden pada Tabel 4 diketahui kondisi atap rumah sebagian besar sudah menggunakan genteng yaitu sebanyak 38 responden atau 97,4% karena baik digunakan pada daerah yang tropis juga dapat terjangkau oleh masyarakat dan lubang dari atap genteng dapat menambah ventilasi alami yang bisa menyebabkan rumah menjadi tidak lembab karena semakin banyak ventilasi udara di dalam rumah maka kelembaban udara di dalam rumah akan semakin baik dan bertumbuhnya kuman atau bakteri di dalam rumah akan semakin sedikit. Kondisi pencahayaan dalam rumah, seperti pada Tabel 5 menunjukkan bahwa pencahayaan rumah sebagian besar sudah menggunakan pencahayaan secara langsung dari sinar matahari yaitu sebanyak 32 responden atau 82,1%. Sebuah rumah dapat dikatakan rumah sehat apabila memiliki pencahayaan yang cukup. Hal ini karena cahaya mempunyai sifat dapat membunuh bakteri atau kuman yang masuk ke dalam rumah. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa pencahayaan yang cukup dalam sebuah rumah sangat Memengaruhi kesehatan orang-orang yang ada didalamnya. Ada dua macam cahaya, yaitu cahaya alami dan cahaya buatan. Cahaya alamiah merupakan cahaya langsung berasal dari sinar matahari. Cahaya ini sangat penting sebab bermanfaat selain untuk penerangan alami, tidak perlu memerlukan biaya dan berfungsi membunuh bakteri patogen di dalam rumah, misalnya basil TBC dan ISPA. Idealnya cahaya masuk luasnya sekurang-kurangnya 15–20% dari luas lantai yang terdapat di dalam ruangan rumah. Cahaya buatan merupakan cahaya yang bersumber dari listrik, lampu, api, lampu minyak tanah dan sebagainya (Mubarak, 2009). Kelembaban udara yang buruk sangat dipengaruhi oleh kondisi lingkungan yang ada di dalam rumah terutama pada ventilasi dan pencahayaan yang berada di

rumah tersebut. Semakin baik penggunaan ventilasi dan pencahayaan di dalam rumah maka akan semakin baik kelembaban udara di dalam rumah dan berkurangnya bakteri yang masuk ke dalam rumah akan Memengaruhi kesehatan penghuni yang ada di dalam rumah, terutama pada anak yang berusia *toddler* yang sangat rentan terkena penyakit saluran pernafasan yaitu ISPA. Menurut Domili (2013), anak usia balita lebih banyak mengalami ISPA dikarenakan sistem imunitas anak yang masih lemah dan organ pernafasan anak balita belum mencapai kematangan yang sempurna, sehingga apabila terpapar kuman akan lebih beresiko terkena penyakit. Pada anak yang berusia *toddler* dengan kejadian ISPA berulang juga bisa menyebabkan kelembaban udara di dalam rumah baik seperti pada Tabel 9 karena anak yang baru menderita penyakit ISPA tidak hanya dipengaruhi oleh faktor lingkungan tempat tinggal, akan tetapi pengetahuan ibu yang baru terhadap anak yang menderita ISPA sangat berpotensi terkena ISPA yang berulang. Karena dari segi pengetahuan orang tua yang tidak tahu bahwa kondisi lingkungan yang buruk bisa juga anak terkena ISPA. Karena orang tua kebanyakan mengetahui anak yang terkena ISPA disebabkan oleh sistem imun yang menurun. Saat kelembaban udara di dalam rumah buruk juga beresiko terkena ISPA berulang karena pencahayaan dan ventilasi serta kebersihan rumah perlu diperhatikan saat anak mulai terkena penyakit ISPA.

SIMPULAN

Tidak ada hubungan tentang kelembaban udara di dalam rumah dengan kejadian ISPA pada anak usia *toddler* di Puskesmas Sooko Kabupaten Mojokerto. Hal ini dibuktikan dengan menggunakan uji *koefisien kontingensi* dengan hasil $\rho = 0,661 > \alpha 0,05$. Artinya bahwa kelembaban udara baik (66,7%) dan kelembaban udara yang buruk (59,3%) sama-sama dapat beresiko terjadi ISPA berulang.

SARAN

1. Bagi keluarga responden yang memiliki anak penderita ISPA terutama ISPA yang berulang hendaknya melakukan modifikasi lingkungan rumah dalam rangka menjaga tingkat kelembaban udara yang baik dalam rumah.
2. Bagi tenaga kesehatan diharapkan dapat memberikan penyuluhan tentang kondisi lingkungan khususnya kelembaban udara di dalam rumah dapat menyebabkan terjadinya ISPA yang berulang.
3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan saat mengukur kelembaban udara di dalam rumah difokuskan pada ruangan yang sering digunakan anak seperti ruang

kamar tidur anak dan diharapkan sebelum melakukan penelitian, peneliti melakukan kalibrasi higrometer yang manual dan digital supaya hasilnya lebih maksimal.

REFERENSI

1. Apriningsih, Agustin Erita. 2009. *Indikator Perbaikan Kesehatan Lingkungan Anak* hal. 42. Jakarta: EGC.
2. Gapar, I Gede Sumetra, Nyoman Adi Putra. 2015. *Hubungan Kualitas Sanitasi Rumah dengan Kejadian Penyakit Saluran Pernafasan Akut (ISPA) di Wilayah Kerja Puskesmas IV Denpasar Selatan Kota Denpasar*. Bali: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Diakses pada tanggal 05 Maret 2016.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto. 2014. *Penderita pada Kasus Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) dan Keadaan Lingkungan Daerah Kabupaten Mojokerto*. Mojokerto: Sub. Din Kabupaten Mojokerto. Diakses
4. Ngastiyah. 1997. *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC.
5. Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat Seni dan Ilmu*. Jakarta: Rieneka Cipta.
6. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2012. *Pola 10 Penyakit Terbanyak Dirumah Sakit Pemerintah*. Surabaya: Dinas Kesehatan Jawa Timur. Diakses pada tanggal 22 November 2015.
7. Purwanto. 2011. *Sanitasi Rumah*. Jakarta: Salemba Medika.
8. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2013. *Sanitasi Kesehatan Lingkungan dan Penyakit Menular*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Diakses pada tanggal 17 November 2015.
9. Ristanti, Ferra Felicia. 2014. *Pengaruh Kondisi Sanitasi Rumah terhadap Kejadian ISPA di Kecamatan Wiyung Kota Surabaya*. Surabaya: UNESA. Diakses pada tanggal 22 November 2015.
10. Syamsudin, Sesilia Andriani Keban. 2013. *Buku Ajar Farmakoterapi Gangguan Saluran Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika.
11. Th Erlien. 2008. *Penyakit Saluran Pernafasan*. Jakarta: Sunda kelapa pustaka.
12. Wijaya Agung, Budi Suryatin, dkk. 2006. *IPA terpadu SMP/MTS kelas IXB*. Jakarta: Grasindo.
13. World Health Organization (WHO). 2014. *Penyakit pada Angka Kematian Paling Tinggi*. America: Global Health Indicators.
14. Mubarak, Wahid Iqbal, Nurul Chayatin. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Personal Hygiene Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri

(Support the Family Relationship on Personal Hygiene Independence for the Elderly in the Elderly in the Village of Putih Sub – District Gampengrejo District of Kediri)

Nurhidayah

Prodi S1 Keperawatan STIKES Ganesha Husada Kediri

E-mail: nurhida15@gmail.com

ABSTRAK

Kemandirian Personal hygiene Lansia mengandung pengertian yaitu kemampuan yang dimiliki lansia untuk tidak tergantung pada orang lain. Dimana salah satu factor yang memengaruhi kemandirian personal hygiene lansia adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga sangat penting dalam meningkatkan kemandirian personal hygiene lansia karena dapat meningkatkan derajat kemandirian personal hygiene lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri. Desain dalam penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan Cross Sectional. Responden penelitian adalah lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri sebanyak 50 orang dan diambil secara Purposive sampling, variabel independent adalah dukungan keluarga dan variabel dependent adalah kemandirian personal hygiene lansia. Data dikumpulkan dengan kuesioner kemudian di analisa menggunakan uji Spherman rho dengan tingkat kemaknaan $\leq 0,05$. Hasil penelitian pada lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri sebagian besar kurang mendapatkan dukungan keluarga sebanyak 45 responden (90%), tetapi mereka dapat mandiri dalam melakukan personal hygiene sebanyak 27 lansia (54%). Hasil uji statistik spearman Rho dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$ didapatkan $\rho = 0,351$ dengan tingkat yang artinya tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian personal hygiene lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri. Kesimpulan dukungan keluarga bukan merupakan factor utama dalam kemandirian personal hygiene lansia. Tapi kemandirian personal hygiene merupakan kesadaran dari setiap individu masing-masing.

Kata kunci: dukungan keluarga, kemandirian, personal hygiene, lansia

ABSTRACT

The independence of personal hygiene elderly containing understanding which is owned by the ability for the elderly to not dependent on others. Where one factor that affects the independence of personal hygiene is the support for the elderly family, support the family is very important in improving the independence of elderly hYgiene personal because it could increase the degree of independence of personal hygiene for the elderly. The purpose of this research is analyzing the relationship support families with the independence of personal hygiene in the village elder white sub-district gampengrejo the district of Kediri. Design in this research was analytic with the approach cross sectional. Respondents research is in the village for the elderly white kecamatan gampengrejo kabupaten kediri some 50 people and extracted purposively of sampling, independent variable is family encouragement and variable dependent is personal hygiene independence for the elderly. Data was gathered by the questionnaire later in using analysis test spearman rho with the rate 0.05. The results of research on elderly in the village of white sub-district gampengrejo the district of kediri most less get the support of the family 45 respondents (90 percent of), but they can be independent in doing the personal hygiene as many as 27 senior) 54 percent. The results with the level of statistical test spearman rho $0.05 = 0.351$ with the level of which means there is no relationship between the personal hygiene with the independence of the family support for the elderly in the village in district of kediri gampengrejo white. Conclusion The family support is not a major factor in the independence of the personal hygiene of the elderly. Butt he independence of an awareness of personal hygiene every individual, respectively.

Keywords: family support, self-reliance, personal hygiene, elderly

PENDAHULUAN

Kemandirian berarti hal atau keadaan seseorang yang dapat berdiri sendiri tanpa bergantung pada orang lain. Lansia yang mandiri adalah lansia yang kondisinya sehat dalam arti luas masih mampu untuk menjalankan

kehidupan pribadinya. Kemandirian *personal hygiene* lansia meliputi mandi, perawatan kulit, kebersihan mata, hidung, telinga, mulut, kuku, kaki, rambut, dan genetalia yang dapat dilakukan sendiri tanpa bantuan orang lain. Meskipun lansia secara alamiah mengalami penurunan dan kemunduran fisik, tetapi tidak menutup kemungkinan

lansia dapat melakukan kebersihan dan perawatan diri secara mandiri.

Survei awal yang dilakukan oleh peneliti di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri, 60% lansia mengalami ketergantungan dalam pemenuhan *personal hygiene*-nya, terutama dalam perawatan kulit, kuku, dan rambut. Satu penelitian yang dijalankan pada lansia di UPTD Abdi Dharma Asih Binjai oleh Lubis, dkk (2005), sebanyak 30% lansia di sana menderita penyakit kulit akibat kurangnya *personal hygiene* (kebersihan perorangan). Selain itu, menurut Soejono (2005), pernah dilaporkan bahwa pasien dengan *diagnose* gangguan saluran kemih di RSCM yang berhasil dikumpulkan selama periode 6 bulan adalah 33,6% adalah pasien lansia. Faktor pencetusnya adalah gangguan faal kognitif pada lansia yang mengakibatkan usaha perawatan diri sendiri terganggu sehingga kemampuan untuk mandi dengan bersih, membersihkan daerah genitalia dengan seksama tidak dapat dilakukan secara mandiri.

Masih banyaknya tingkat ketergantungan lanjut usia disebabkan kondisi orang lanjut usia banyak mengalami kemunduran fisik, kemampuan kognitif, kurangnya dukungan keluarga, serta psikologis, artinya lansia mengalami perkembangan dalam bentuk perubahan yang mengarah pada perubahan yang negatif (Nugroho, 2009). Mereka merasa kesulitan dalam melakukan perawatan tersebut sehingga memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan hal tersebut. Bahkan ada lansia yang tidak pernah melakukan perawatan kulit seperti penggunaan *lotion* karena tidak tahu cara penggunaannya. Selain itu lansia juga merasa kesulitan dalam memotong kuku, karena mengalami tremor dan linu-linu pada kaki, jadi memerlukan bantuan keluarganya, juga dalam membersihkan rambut lansia mengalami kesulitan karena keterbatasan penglihatan dan takut apabila air sabun mengenai matanya, sehingga memerlukan bantuan keluarga dalam melakukan hal tersebut. Dampak dari kurangnya kemandirian *personal hygiene* pada lansia adalah terganggunya keluarga dalam beraktifitas, lanjut usia mempunyai potensi yang besar untuk terjadi *decubitus*, *scabies* dan *pedikulosis* karena perubahan kulit berkaitan dengan bertambahnya usia, lansia sering juga mengalami kerontokan rambut, kuku pada lansia juga sering mengalami kerapuhan dan rentan terhadap kelainan kuku kaki seperti hiperkeratosis dan ulkus, (Darmojo & Martono, 2004).

Salah satu cara untuk meningkatkan kemandirian *personal hygiene* pada lansia adalah dengan adanya dukungan dari keluarga (Padila, 2013). Dukungan keluarga merupakan salah satu bentuk dari terapi keluarga, melalui keluarga berbagai masalah kesehatan bisa muncul sekaligus dapat diatasi. Menurut Friedmen (2010) disebutkan ada empat jenis dukungan keluarga yaitu: dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan penilaian dan dukungan emosional. Keluarga merupakan *Support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kemandirian *personal hygiene*-

nya karena keluarga merupakan orang yang memiliki ikatan batin dengan lansia dan keluarga berkewajiban menciptakan dan memelihara kesehatan dalam upaya meningkatkan tingkat derajat kesehatan yang optimal, serta kemandirian lansia dalam merawat kebersihan dirinya.

METODE PENELITIAN

Pada penelitian ini desain yang digunakan adalah desain *analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, yaitu suatu penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel terikat dan bebas hanya satu kali pada satu saat. Pengumpulan data menggunakan *purposive sampling*

Sampel Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri sesuai dengan Kriteria inklusi.

Variabel dependen pada penelitian ini adalah dukungan keluarga dan variabel independennya adalah kemandirian *personal hygiene* lansia sedangkan instrument yang di gunakan adalah kuesioner. Analisa data menggunakan uji spearmen rho dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan Tabel 1 diketahui sebagian besar responden berusia 65–70 tahun yaitu sebanyak 21 responden (42%) dari total 50 responden.

Berdasarkan Tabel 2 diketahui sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 24 responden (52%) dari total 50 responden.

Berdasarkan Tabel 3 diketahui sebagian besar responden memiliki dukungan keluarga kurang yaitu sebanyak 45 responden (90%) dari total 50 responden.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri

Usia	Frekwensi	Persentase %
65–70 Tahun	21	42
71–80 Tahun	19	38
80–90Tahun	10	20
Total	50	100

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri

Usia	Frekuensi	Persentase %
Laki-laki	24	48
Perempuan	26	52
Total	50	100

Tabel 3. Distribusi Frekwensi Dukungan Keluarga di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persentase %
Kurang	45	90
Cukup	3	6
Baik	2	4
Total	50	100

Tabel 4. Distribusi Frekwensi Kemandirian *Personal hygiene* Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri

Kemandirian <i>Personal hygiene</i> Lansia	Frekuensi	Persentase %
Mandiri	27	54
Memerlukan bantuan	15	30
Tergantung	8	16
Total	50	100

Tabel 5. Tabulasi Silang Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Personal hygiene* Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri

No	Dukungan Keluarga	Kemandirian <i>Personal hygiene</i> Lansia						Total
		Tergantung		Memerlukan bantuan		Mandiri		
		F	%	F	%	F	%	
1	Kurang	7	15,6%	15	33,3%	23	51,1%	100%
2	Cukup	1	33,3%	0	0%	2	66,7%	100%
3	Baik	0	0%	0	0%	2	100%	100%
	Total	8	16,0%	15	30,0%	27	54,0%	100%

Berdasarkan Tabel 4 diketahui sebagian besar responden mandiri dalam kemandirian *personal hygiene*-nya yaitu sebanyak 27 responden (54%) dari total 50 responden.

Berdasarkan Tabel 5. diketahui pada responden dengan dukungan keluarga kurang didapatkan tingkat kemandirian *personal hygiene* lansia adalah kategori mandiri 23 responden (51,1%) dan sebaliknya dukungan keluarga baik kemandirian *personal hygiene*-nya adalah kategori mandiri yaitu sebanyak 2 responden (100%).

Dari Tabel 6 di atas merupakan hasil analisis analitik menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap Kemandirian *Personal hygiene* Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri (Phi dengan p value = 0,351 > 0,05 H_0 diterima).

Tabel 6. Hasil Uji Statistik Korelasi Menggunakan Spearman Rho antara Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kab. Kediri

Correlations				
		Skor Dukungan Keluarga	Skor Kemandirian Personal Hygiene Lansia	
Spearman's Rho	Skor Dukungan Keluarga	Correlation Coefficient	1000	.135
		Sig. (2-tailed)		.351
	Skor Kemandirian Personal Hygiene Lansia	N	50	50
		Correlation Coefficient	135	1000
		Sig. (2-tailed)	.351	
		N	50	50

PEMBAHASAN

Karakteristik Dukungan Keluarga terhadap Kemandirian *Personal Hygiene* Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri

Berdasarkan Tabel 3 hasil penelitian di atas menunjukkan hampir seluruh responden tidak mendapat dukungan dari keluarga (kurang) sebanyak 45 responden (90%), sedangkan sebagian kecil responden dukungan keluarganya cukup sebanyak 3 responden (6%) dan mendapat dukungan keluarga baik sebanyak 2 responden (4%) berdasarkan hasil data yang didapat frekuensi dukungan keluarga di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri hampir seluruhnya atau 90% dukungan keluarga kurang baik dukungan keluarga secara informasi, instrumental, emosional, dan penilaian. Hal ini disebabkan oleh banyaknya keluarga yang bersifat tidak peduli kepada anggota keluarga yang lain terutama lansia. Hal ini dibuktikan banyak lansia yang datang sendiri ke posyandu lansia tanpa di antar oleh keluarga padahal banyak di antara lansia yang mengalami gangguan kesehatan seperti tekanan darah tinggi dan gula darah tinggi.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2010). Bentuk dukungan keluarga dapat berupa bantuan informasi seperti pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya. Perhatian emosional seperti memperhatikan, mau mendengar segala keluhan, bersimpati dan empati terhadap persoalan yang dihadapi. Bantuan instrumental misalnya menyediakan perlengkapan lengkap dan memadai. Bantuan penilaian berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian sangat membantu adalah penilaian yang positif.

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi dukungan keluarga salah satunya adalah tahap perkembangan artinya dukungan keluarga dapat ditentukan oleh faktor usia. Pada umumnya keluarga dan anggotanya lebih memberikan perhatian kepada anak-anak pada masa pertumbuhan dan perkembangan dan kurang memberikan perhatiannya kepada para lansia. Karena banyak keluarga yang beranggapan bahwa lansia dapat memenuhi kebutuhan dirinya sendiri tanpa di bantu atau diperhatikan oleh keluarganya. Ini yang menyebabkan kurangnya dukungan keluarga pada lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri.

Kemudian faktor pendidikan dan tingkat pengetahuan keluarga juga sangat berpengaruh dalam pemberian dukungan keluarga pada lansia. Kebanyakan masyarakat di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri berpendidikan rendah ini yang menyebabkan masyarakat bersikap tak peduli kepada lansia. Banyak masyarakat yang menganggap lansia adalah orang yang lebih berpengalaman dan lebih tau dari mereka dalam segala hal termasuk kesehatan sehingga masyarakat bersikap pasif kepada lansia

Karakteristik Kemandirian *Personal Hygiene* Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri

Berdasarkan hasil penelitian Tabel 4 menunjukkan lebih dari setengah responden dapat mandiri sebanyak 27 responden (54%), sedangkan kurang dari setengah responden memerlukan bantuan sebanyak 15 responden (30%) dan sebagian kecil mengalami ketergantungan sebanyak 8 responden (16%). Berdasarkan fakta penelitian yang di dukung dengan teori yang ada dapat dijelaskan bahwa tingkat kemandirian *personal hygiene* lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri sangat mandiri dilihat dari hasil penelitian diatas bahwa sebagian besar lansia yaitu 23 lansia (46%). Lansia mampu mengerjakan kebersihan diri tanpa dibantu oleh keluarga. hal ini disebabkan bahwa lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri memiliki tingkat kemandirian dengan tingkat sadar diri yaitu merasa tahu dan ingat pada keadaan diri yang sebenarnya serta tingkat individualistik yaitu keadaan atau sifat-sifat khusus sebagai individu dari semua ciri-ciri yang dimiliki seseorang yang membedakan dari orang lain dan tingkat mandiri atau sikap mampu berdiri sendiri.

Menurut Lamman (dalam Fatimah, 2006), menyatakan bahwa kemandirian merupakan suatu kemampuan individu untuk mengatur dirinya sendiri dan tidak tergantung kepada orang lain termasuk dalam menjaga kebersihan dirinya sendiri Fungsi kemandirian pada lansia mengandung pengertian yaitu kemampuan yang dimiliki oleh lansia untuk tidak tergantung pada orang lain dalam melakukan aktivitasnya, semuanya dilakukan sendiri dengan keputusan sendiri dalam rangka memenuhi kebutuhannya (Hidayat, 2004). Pemeliharaan *personal hygiene* berarti tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik

dan psikisnya. Seseorang dikatakan memiliki *personal hygiene* baik apabila, orang tersebut dapat menjaga kebersihan tubuhnya yang meliputi kebersihan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung, dan telinga, kaki dan kuku, genitalia, serta kebersihan dan kerapian pakaiannya.

Faktor-faktor yang memengaruhi kemandirian pada lansia salah satunya adalah usia di mana lansia memasuki risiko tinggi mengalami penurunan pada tingkat kemandiriannya yaitu pada umur > 70 tahun. Hal ini dikarenakan pada usia tersebut lansia mengalami kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit menjadi keriput karena berkurangnya bantalan lemak, rambut memutih, pendengaran dan penglihatan berkurang, gigi mulai ompong, aktivitas menjadi lamban, nafsu makan berkurang, dan kondisi tubuh yang lain mengalami kemunduran.

Selain itu banyak lansia yang tidak ingin merepotkan keluarganya dan memilih tinggal sendiri pisah dengan anggota keluarga lainnya. Karena lansia tidak ingin menjadi beban keluarga. Tetapi ada juga lansia yang tinggal serumah dengan keluarganya tetapi mereka memenuhi kebutuhan mereka sendiri tanpa bantuan dari anggota keluarga lainnya.

Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kemandirian *Personal Hygiene* Lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri

Berdasarkan hasil perhitungan statistik uji analisa Spearman Rho didapatkan Sig (p) = 0,003, $\alpha = 5\% = 0,05$, sig (p) < α maka Ho ditolak, berarti ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap kemandirian *personal hygiene* lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri. Hasil fakta penelitian yang di lakukan di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri bahwa sebagian besar keluarga tidak pernah mendukung lansia dalam melaksanakan kemandirian *personal hygiene* mereka yakni terbukti dukungan keluarga kurang sebanyak 45 responden (90%). Hal ini terjadi karena keluarga lebih mengutamakan anak-anak dari pada lansia. Dan sebagian keluarga hanya mendukung lansia dengan dukungan fasilitas atau mereka hanya memberikan kebutuhan untuk *personal hygiene* lansia seperti menyediakan kamar mandi dan peralatan kebersihan diri tanpa memberi nasehat atau pujian pada lansia saat lansia dapat mandiri dalam melakukan *personal hygiene*-nya.

Dukungan keluarga merupakan suatu strategi intervensi preventif yang paling baik dalam membantu anggota keluarga mengakses dukungan sosial yang belum digali untuk suatu strategi bantuan yang bertujuan untuk meningkatkan dukungan keluarga yang adekuat. Dukungan keluarga mengacu pada dukungan yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai suatu yang dapat di akses untuk keluarga misalnya dukungan bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung

selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2010). Dukungan keluarga telah mengkonseptualisasi dukungan sebagai koping keluarga, baik dukungan keluarga yang eksternal maupun internal. Dukungan dari keluarga bertujuan untuk membagi beban, juga memberi dukungan informasional (Friedman, 2010). Dukungan keluarga sebagai suatu proses hubungan antar keluarga dengan lingkungan sosialnya, ketiga dimensi interaksi dukungan keluarga tersebut bersifat reprovokatif (timbang balik atau sifat dan frekuensi 12 hubungan timbal balik), umpan balik (kualitas dan kualitas komunikasi) dan keterlibatan emosional (kedalaman intimasi dan kepercayaan) dalam hubungan sosial. Baik keluarga inti maupun keluarga besar berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota keluarganya dan merupakan pelaku aktif dalam memodifikasi dan mengadaptasi komunitas hubungan personal untuk mencapai keadaan berubah (Friedman, 2010)

Walaupun dengan tidak adanya dukungan keluarga para lansia di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri tingkat kemandiriannya sangat baik. Sebagian besar lansia dapat mandiri dalam melakukan kebersihan diri walau tidak di dukung oleh keluarga. Kebanyakan lansia sangat mandiri dalam melakukan hal seperti mandi, membersihkan telinga, mata, hidung dan membersihkan rambut. Sedangkan hal yang tersulit untuk lansia lakukan adalah memotong kuku. hal ini disebabkan lansia mengalami tremor dan berkurangnya penglihatan pada lansia.

Dalam hal ini walaupun tidak ada dukungan dari keluarga tetapi lansia dapat mandiri dalam melaksanakan kemandirian *personal hygiene* nya. Karena pada dasarnya kebersihan diri merupakan inisiatif dan dorongan dari diri sendiri untuk melakukannya, akan tetapi lebih baik lagi jika keluarga dapat memberikan dukungannya untuk lansia dalam melakukan kebersihan dirinya bukan hanya dukungan fasilitas saja yang di berikan tetapi dukungan informasi, emosional dan penilaiannya juga diharapkan lansia dapat

lebih mandiri dalam melakukan kemandirian *personal hygiene*-nya. Karena dukungan keluarga merupakan salah satu bentuk dari terapi keluarga, dan keluarga merupakan *support system* bagi lansia.

KESIMPULAN

1. Hampir seluruh responden di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kota Kediri dukungan keluarganya kurang.
2. Lebih dari setengah responden di Desa Putih Kecamatan Gampengrejo Kabupaten Kediri mandiri dalam melakukan *personal hygiene*.
3. Tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap kemandirian *personal hygiene* lansia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Agus Riyanto. *Statistik Deskriptik untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2013.
2. Arikunto, S. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta. 2010.
3. Effendy N. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Edisi. Jakarta: EGC. 2008.
4. Friedman MM. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga; Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: ECG. 2010.
5. Hidayat A. Alimul. *Riset Penelitian dan Teknik Penelitian Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika. 2010.
6. Notoatmodjo, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT. Rineka Cipta. 1997.
7. _____. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta. 2002.
8. Nugroho, W. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC. 2009.
9. Nursalam. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi*. Jakarta: Salemba Medika. 2008.
10. Potter & Perry. *Fundamental Keperawatan*1, Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika. 2010.
11. Sugiono. *Statistik Non parametris Untuk Penelitian*. Bandung: CV Alfabeta. 2010.

Efektivitas Penanganan Dismenore dengan Kompres Hangat dan Obat Anti Nyeri pada Remaja Putri

(Effectiveness of Dysmenorrhoea Management with the Provision of Warm Water Compresses and Analgetics to Adolescent Girls)

Umi Narsih¹, Homsiatu Rohmatin², Agustina Widayati³

¹ Akademi Kebidanan Hafshawaty Zainul Hasan Genggong

E-mail: oemi_nrs@yahoo.co.id

² Akademi Kebidanan Hafshawaty Zainul Hasan Genggong

E-mail: homsiatur@yahoo.com

³ Akademi Kebidanan Hafshawaty Zainul Hasan Genggong

E-mail: princess.thyna@gmail.com

ABSTRAK

Dismenore merupakan salah satu masalah yang mengganggu aktivitas yang dialami oleh sebagian besar remaja putri. Hasil studi pendahuluan dengan metode wawancara yang dilakukan terhadap 10 orang remaja putri di salah satu pondok pesantren Kabupaten Probolinggo pada bulan September 2015, menginformasikan bahwa semuanya (100%) mengalami dismenore dengan lama 2–3 hari. Untuk meringankan dismenore, para remaja putri melakukan berbagai macam penanganan, antara lain: istirahat, tidur, kompres hangat bagian bawah perut, dan penggunaan obat-obatan. Tujuan penelitian adalah menganalisis keefektifan penanganan dismenore dengan kompres hangat dan obat anti nyeri yang dilakukan oleh para remaja putri. Metode penelitian menggunakan quasi eksperimen dan desain one group pre and post test design with group control. Populasi yang digunakan adalah remaja putri di salah satu pondok pesantren Kabupaten Probolinggo. Teknik sampling menggunakan purposive sampling, diperoleh sampel 30 orang remaja putri. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan alat ukur Numeral Rating Scale (NRS) serta dianalisis menggunakan t-test, dan paired t-test. Hasil penelitian menginformasikan bahwa dengan terapi kompres hangat terjadi penurunan tingkat nyeri sebesar 5,6, sedangkan dengan terapi anti obat, terjadi penurunan tingkat nyeri sebesar 6,7. Terapi kompres hangat dan obat anti nyeri dapat secara efektif mengatasi nyeri dismenore, walaupun obat anti nyeri lebih efektif dibandingkan kompres hangat. Bagaimanapun juga, kompres air hangat mampu mengurangi rasa nyeri dismenore secara subjektif.

Kata kunci: dismenorea, kompres hangat, obat anti nyeri

ABSTRACT

Dysmenorrhoea is one of the problems that interferes activities faced by most adolescent girls. Preliminary study by interview method conducted to 10 adolescent girls in one of Probolinggo boarding school in September 2015, obtained information that all had dysmenorrhea in 2 to 3 days. To overcome dysmenorrhea, they do various management, such as: take a rest, sleeping, warm water compresses on the lower abdomen, and consume some drugs. The purpose of this study is to analyze effectiveness of dysmenorrhoea management with warm water compress and analgesic drug to adolescent girls. This study used quasi-experimental research methods and one group pre and post test design with group control. The sampling technique used purposive sampling, of 30 adolescent girls population of one of Probolinggo boarding school. Collecting data used questionnaires and measuring tools Numeral Rating Scale (NRS) and analyzed by using t-test, and paired t-test. Study results showed that warm water compresses and analgesic drug were effective in overcome dysmenorrhea, but analgesic are more effective in reducing the pain than a warm compress. Nevertheless, applying warm water compresses can help reduce dysmenorrhea subjectively.

Keywords: dysmenorrhea, warm water compresses, analgetics

PENDAHULUAN

Kesehatan reproduksi remaja saat ini masih menjadi masalah yang perlu mendapat perhatian. Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat di sini tidak semata-mata berarti bebas penyakit atau bebas kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial kultural. Program kesehatan reproduksi remaja merupakan upaya untuk membantu remaja agar memiliki pengetahuan,

kesadaran, sikap dan perilaku kehidupan reproduksi sehat dan bertanggung jawab. Kesehatan reproduksi ini tidak saja bebas dari penyakit dan kecacatan, namun juga sehat mental dan sosial dari alat, sistem, fungsi serta proses reproduksi (Pinem, 2009).

Salah satu masalah kesehatan reproduksi wanita adalah yang terkait dengan menstruasi. Menstruasi sering membuat remaja cemas, was-was dan kurang percaya diri. Remaja putri pada umumnya belajar tentang menstruasi dari ibunya, tapi sayang tidak semua ibu memberikan informasi yang memadai kepada putrinya

bahkan sebagian enggan membicarakan secara terbuka. Hal ini menimbulkan kecemasan pada anak, bahkan sering tumbuh keyakinan bahwa menstruasi itu sesuatu yang tidak menyenangkan atau serius (Liewellyn, 2005).

Panjang siklus menstruasi yang normal ialah 28 hari, tetapi variasinya cukup luas, bukan saja antara beberapa wanita tetapi juga pada wanita yang sama. Juga pada kakak beradik bahkan saudara kembar, siklusnya tidak terlalu sama. Rata-rata panjang siklus menstruasi pada gadis usia 12 tahun ialah 25,1 hari dengan lama menstruasi antara 3–8 hari (Hillegas, 2005).

Pada saat menstruasi, umumnya disertai rasa nyeri yang disebut dismenore. Dismenore merupakan salah satu masalah umum yang dialami oleh sebagian besar remaja putri dan dapat memengaruhi kualitas hidupnya (Kumbhar, 2011). Dismenore terdiri dari dua kategori yaitu dismenore primer dan dismenore sekunder. Dismenore primer adalah menstruasi dengan nyeri tanpa penyebab yang jelas dan tidak berhubungan dengan kelainan ginekologik. Dismenore sekunder terjadi akibat berbagai kondisi patologis, seperti endometriosis, salpingitis atau kelainan duktus mulleri kongenital (Schwartz, 2005).

Dismenore yang sering terjadi pada remaja adalah dismenore primer. Dismenore primer dapat terjadi 2–3 tahun setelah *menarche* (menstruasi pertama kali). Rasa nyeri yang dirasakan berupa rasa kejang pada perut bagian bawah tetapi dapat menyebar ke arah pinggang dan paha. Diperkirakan 50% wanita yang berusia antara 15–24 tahun mengalami dismenorea primer (Andrews, 2010).

Prevalensi dismenore primer yang dialami wanita umur 12–17 tahun di Amerika Serikat pada tahun 2012 adalah 59,7%, dengan derajat kesakitan 49% dismenore ringan, 37% dismenore sedang dan 12% dismenore berat sehingga mengakibatkan 23,6% dari penderitanya tidak masuk sekolah (Omidvar, 2012). Di Indonesia kejadian dismenore primer mencapai 54,89% sedangkan dismenore sekunder sebanyak 45,11% (Proverawati, 2009).

Usaha untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri biasanya menggunakan pengobatan secara farmakologi atau non-farmakologi. Pengobatan farmakologi pada dismenorea dapat menggunakan obat analgetika. Pengobatan non-farmakologi terdiri dari teknik relaksasi dan teknik stimulasi kulit. Kompres hangat bertujuan menurunkan kontraksi otot perut yang berlebihan sehingga rasa nyeri saat menstruasi dapat berkurang (Sari, dkk, 2013).

Hasil studi pendahuluan dengan metode wawancara yang dilakukan terhadap 10 orang remaja putri di sebuah pondok pesantren Kabupaten Probolinggo pada bulan September 2015, diperoleh informasi bahwa dari 10 remaja putri tersebut, ternyata semuanya (100%) mengalami dismenore saat menstruasi dengan lama dismenorea 2–3 hari. Untuk meringankan dismenorea, remaja putri menggunakan berbagai macam penanganan,

antara lain: istirahat, tidur, kompres hangat bagian bawah perut, dan penggunaan obat-obatan.

Pemahaman tentang menstruasi bagi remaja putri sangat diperlukan. Pemahaman ini dapat mendorong remaja putri untuk mengetahui dan mengambil sikap yang terbaik mengenai permasalahan reproduksi yang dialami berupa kram, nyeri dan ketidaknyamanan yang dihubungkan dengan menstruasi yang disebut dismenorea (Widyaningsih, 2007).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mempelajari efektivitas penanganan dismenorea dengan kompres hangat dan obat anti nyeri yang dilakukan oleh remaja putri di salah satu pondok pesantren Kabupaten Probolinggo.

MATERI

Remaja didefinisikan sebagai masa peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa. Istilah ini menunjuk masa dari awal pubertas sampai tercapainya kematangan, biasanya mulai dari usia 14 tahun pada pria dan 12 tahun pada wanita. Batasan remaja dalam hal ini adalah usia 10–19 tahun menurut klasifikasi World Health Organization (WHO).

Effendi (2009) mengatakan bahwa masa remaja merupakan tahapan seseorang di mana ia berada di antara fase kanak-kanak dan dewasa yang ditandai dengan perubahan fisik, perilaku, kognitif, biologis, dan emosi. Adapun salah satu perubahannya adalah perubahan fisik akibat adanya pacu tumbuh (*growth spurt*). Pada pacu tumbuh ini timbul ciri-ciri sekunder, tercapai fertilitas dan terjadi perubahan psikologik serta kognitif (Soetjningsih, 2007).

Perkembangan Remaja dan Ciri-cirinya

Berdasarkan sifat atau ciri perkembangan remaja, Pinem (2009) membagi masa remaja menjadi tiga tahap, yaitu:

1. Masa remaja awal (10–12 tahun), dengan ciri khas antara lain merasa ingin bebas, ingin lebih dekat dengan teman sebaya, mulai berpikir abstrak dan lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya.
2. Masa remaja tengah (13–15 tahun), dengan ciri khas antara lain mencari identitas diri, timbul keinginan untuk berkencan, berkhayal tentang aktivitas seksual, dan mempunyai rasa cinta yang mendalam.
3. Masa remaja akhir (16–19 tahun), dengan ciri khas antara lain mampu berpikir abstrak, lebih selektif dalam mencari teman sebaya, mempunyai citra jasmani dirinya, dapat mewujudkan rasa cinta, dan pengungkapan kebebasan diri.

Menstruasi

Menstruasi ialah perdarahan secara periodik dan siklik dari uterus, disertai pelepasan (dekuamasi) endometrium (Winkjosastro, 2009). Menurut Indarti (2011) menstruasi adalah perdarahan secara periodik di mana darah berasal dari endometrium yang nekrotik.

Dismenore

Dismenore adalah sakit saat menstruasi sampai dapat mengganggu aktivitas sehari-hari (Manuaba, 2010). Dismenore adalah nyeri perut yang berasal dari kram rahim dan terjadi selama menstruasi (Genie, 2011).

Dismenore adalah suatu keadaan di mana proses menstruasi dialami dengan rasa sakit yang berlebihan dan kram. Saat hormon tubuh mulai stabil atau perubahan posisi rahim setelah menikah dan melahirkan, maka gangguan ini berangsur-angsur menjadi berkurang (Prasetyono, 2010).

Tanda dan Gejala Dismenore

Dismenore merupakan suatu gejala yang paling sering menyebabkan wanita pergi ke dokter untuk konsultasi dan pengobatan. Karena gangguan ini sifatnya subjektif, berat atau intensitasnya sukar dinilai. Walaupun frekuensi dismenore cukup tinggi dan lama dikenal, namun sampai sekarang patogenesisnya belum dapat dipecahkan dan memuaskan. Oleh karena itu hampir semua wanita mengalami rasa tidak enak di perut bagian bawah sebelum dan selama haid dan sering kali rasa mual, muntah, sakit kepala, diare, dan iritabilitas sehingga memaksa penderita untuk istirahat dan meninggalkan pekerjaan atau aktivitas sehari-hari (Prawirohardjo, 2009).

Derajat Dismenorea

Menurut Tristian (2012), derajat dismenore dibagi 3 yaitu:

1. Dismenore ringan: dismenore yang berlangsung beberapa saat dan dapat melanjutkan aktivitas sehari-hari.
2. Dismenore sedang: pada dismenore sedang penderita memerlukan obat penghilang rasa nyeri, tanpa perlu meninggalkan aktivitas.
3. Dismenore berat: dismenore berat membutuhkan penderita untuk istirahat beberapa hari dan dapat disertai sakit kepala, kemeng (*dull pain*) pinggang, diare dan rasa tertekan.

Skala Nyeri Dismenorea

Intensitas nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang berbeda (Tamsuri, 2007).

Ada beberapa alat ukur untuk menilai skala nyeri, antara lain:

1. Visual Analog Scale (VAS)

VAS adalah alat ukur berupa garis lurus yang digunakan untuk memeriksa intensitas nyeri dan secara khusus meliputi 10-15 cm garis, dengan setiap ujungnya ditandai dengan level intensitas nyeri (ujung kiri diberi tanda “no pain” dan ujung kanan diberi tanda “bad pain” (nyeri hebat)). Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (McGuire, dalam Potter & Perry, 2005).

2. Numeral Rating Scale (NRS)

NRS adalah suatu alat ukur yang meminta pasien untuk menilai rasa nyerinya sesuai dengan level intensitas nyerinya pada skala numeral dari 0–10. Angka 0 berarti tidak nyeri; angka 1, 2, dan 3 berarti nyeri ringan; angka 4, 5, 6, dan 7 berarti nyeri sedang; angka 8, 9, dan 10 berarti sangat nyeri. NRS lebih digunakan sebagai alat pendeskripsi kata. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Potter & Perry, 2005).

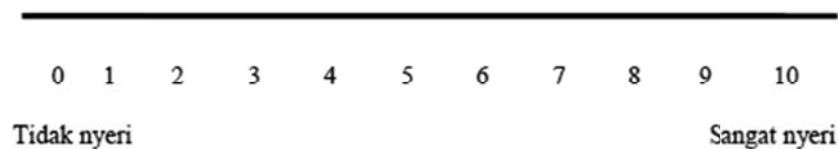
3. Multi Face Pain Score

Terdiri dari 6 gambar skala wajah kartun yang bertingkat dari wajah yang tersenyum untuk “tidak ada nyeri” sampai wajah yang berlinang air mata untuk “nyeri paling buruk”. Kelebihan dari skala wajah ini yaitu anak dapat menunjukkan sendiri rasa nyeri yang dialaminya sesuai dengan gambar yang telah ada dan membuat usaha mendeskripsikan nyeri menjadi lebih sederhana (Wong & Baker, dalam Potter & Perry, 2005).

Penanganan Dismenorea

Secara Farmakologis

Menurut Trisian (2012), penanganan nyeri yang dialami oleh individu dapat melalui intervensi farmakologis, dilakukan kolaborasi dengan dokter atau pemberi perawatan utama lainnya pada pasien. Obat-obatan ini dapat menurunkan nyeri dan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma dan inflamasi yang menghambat reseptor nyeri



(Potter & Perry, 2005)

Gambar 1. Skala Penilaian Nyeri *Numerical Rating Scale* (NRS).

untuk menjadi *sensitive* terhadap stimulus menyakitkan sebelumnya.

Secara Non Farmakologis

Menurut Tristian (2012) penanganan nyeri secara non-farmakologis terdiri dari:

1. Stimulasi dan masase kutaneus:
Masase adalah stimulus kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena masase membuat relaksasi otot.
2. Terapi dingin dan panas
Terapi dingin menggunakan es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Terapi panas atau kompres air hangat mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.
3. *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS)
TENS dapat menurunkan nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (*non-nosiseptor*) dalam area yang sama seperti pada serabut yang mentransmisikan nyeri. TENS menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang di pasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri.
4. Distraksi
Distraksi adalah pengalihan perhatian dari hal yang menyebabkan nyeri, contoh: menyanyi, berdoa, menceritakan gambar atau foto denaga kertas, mendengar musik dan bermain satu permainan.
5. Relaksasi
Relaksasi merupakan teknik pengendoran atau pelepasan ketegangan. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama (teknik relaksasi nafas dalam. Contoh: bernafas dalam-dalam dan pelan.

6. Imajinasi

Imajinasi merupakan khayalan atau membayangkan hal yang lebih baik khususnya dari rasa nyeri yang dirasakan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan data primer di suatu pondok pesantren Kabupaten Probolinggo pada bulan Februari–Agustus 2016. Rancang bangun penelitian ini adalah quasi eksperimen dan desain *one group pre and post test design with group control*. Populasi penelitian ini adalah seluruh remaja putri di salah satu pondok pesantren Kabupaten Probolinggo. Teknik *sampling* menggunakan *purposive sampling*, diperoleh sampel 30 orang remaja putri. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan alat ukur *Numeral Rating Scale (NRS)* serta dianalisis menggunakan t-test, dan *paired t-test*.

HASIL PENELITIAN

Berikut ini disajikan data tentang karakteristik usia responden, gejala dismenorea, pola menstruasi serta skala nyeri yang diderita oleh responden.

Berdasarkan Tabel 1, diperoleh hasil mayoritas responden berusia 16–19 tahun (73,3%), dua gejala dismenorea yang dialami yaitu sakit pinggang dan sakit punggung (33,3%) serta pola menstruasi tidak teratur (56,7%).

Berdasarkan Tabel 2 diperoleh informasi bahwa sebelum terapi kompres hangat, skala nyeri dismenorea remaja putri berada pada rentang 4–10 yaitu nyeri sedang sampai dengan sangat nyeri, dengan rata-rata skala nyeri 7,3333. Setelah kompres hangat skala nyeri dismenorea yang dialami remaja putri berada pada rentang 0–3 yaitu tidak nyeri sampai dengan nyeri ringan, dengan rata-rata skala nyeri 1,7333. Ini berarti remaja putri mengalami penurunan tingkat nyeri dismenore sebelum dan sesudah

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Gejala Dismenorea, dan Pola Menstruasi

No	Kemandirian Personal Hygiene Lansia	Indikator	Frekuensi	Persentase %
1	Usia Responden	12–15 tahun	8	26,7
		16–19 tahun	22	73,3
		1 gejala (sakit pinggang)	6	20,0
2	Gejala Dismenorea Bantuan	2 gejala (sakit pinggang, sakit punggung)	10	33,3
		3 gejala (sakit kepala, sakit pinggang, sakit punggung)	8	26,7
		4 gejala (sakit kepala, sakit pinggang, sakit punggung, mual)	6	20,0
3	Pola Menstruasi	Teratur	13	43,2
		Tidak teratur	17	56,7

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Skala Nyeri Dismenorea Remaja Putri Sebelum dan Sesudah Terapi

Terapi	Skala Nyeri				t	p
	Min	Max	Mean	Sd		
Sebelum kompres hangat	4	10	7,3333	1,95180	15,447	0,000
Sesudah kompres hangat	0	3	1,7333	1,03280		
Sebelum obat anti nyeri	4	10	7,8667	1,55226	13,755	0,000
Sesudah obat anti nyeri	0	3	1,2000	1,20712		

terapi kompres hangat sebesar 5,6. Sedangkan sebelum terapi obat anti nyeri, skala dismenorea remaja putri berada pada rentang 4–10 yaitu nyeri sedang sampai dengan sangat nyeri dengan rata-rata skala nyeri 7,8667. Setelah pemberian obat anti nyeri skala dismenorea remaja putri berada pada rentang 0-3 yaitu tidak nyeri sampai dengan nyeri ringan dengan rata-rata skala nyeri **1,2000**. Hal ini menunjukkan bahwa remaja putri mengalami penurunan tingkat nyeri dismenore sebelum dan sesudah terapi obat anti nyeri sebesar 6,7.

Untuk skala nyeri sebelum dan sesudah terapi kompres hangat, berdasarkan uji *paired sample t-test*, didapatkan nilai t hitung sebesar 15,477 dan $p = 0,000$ ($p < \alpha 0,05$). Ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian kompres hangat pada remaja putri. Untuk skala nyeri sebelum dan sesudah terapi obat anti nyeri, berdasarkan uji *paired sample t-test*, didapatkan nilai t hitung sebesar 13,755 dan $p = 0,000$ ($p < \alpha 0,05$). Ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian obat anti nyeri pada remaja putri.

Berdasarkan penelitian ini diperoleh informasi bahwa kompres hangat dan obat anti nyeri bisa menjadi terapi yang efektif dalam mengatasi dismenorea pada remaja putri. Walaupun demikian, obat anti nyeri lebih efektif dibandingkan kompres hangat dalam penanganan dismenorea pada remaja putri.

PEMBAHASAN

Seluruh remaja putri dalam penelitian ini mengalami dismenore yang berusia antara 12–19 tahun di mana sebagian besar berusia 16–19 tahun. Menurut Proverawati (2009) penyebab nyeri berasal dari otot rahim. Seperti semua otot lainnya, otot rahim dapat berkontraksi dan relaksasi. Saat menstruasi kontraksi menjadi lebih kuat. Kontraksi yang terjadi adalah akibat dari prostaglandin yang dibuat oleh lapisan dalam rahim. Sebelum

menstruasi terjadi zat ini meningkat dan saat menstruasi terjadi kadar prostaglandin menurun. Hal ini dapat menjelaskan mengapa sakit cenderung berkurang setelah beberapa hari pertama menstruasi. Berdasarkan usia remaja putri dalam penelitian ini, menunjukkan bahwa remaja putri berada pada masa remaja awal, masa remaja tengah, dan masa remaja akhir (Pinem, 2009).

Sebagian besar remaja putri menunjukkan dua gejala dismenore yaitu sakit pinggang dan sakit punggung selama menstruasi. Sakit pinggang dan sakit punggung disebabkan karena peningkatan hormon prostaglandin yang berfungsi memicu kontraksi otot rahim untuk mengeluarkan darah menstruasi dari dalam rahim. Karena peningkatannya relatif tinggi, cenderung menyebabkan otot tubuh yang lain berkontraksi sehingga terjadilah ketegangan otot pada bagian tubuh lain termasuk pinggang dan punggung. Gejala ini termasuk gejala dismenore primer artinya nyeri yang dijumpai tanpa kelainan pada alat-alat genital yang nyata. Gejala ini timbul tidak lama sebelum menstruasi atau bersamaan dengan permulaan menstruasi dan berlangsung selama beberapa jam (Pinem, 2009).

Hasil pengukuran nyeri yang dialami remaja putri dengan menggunakan *Numeral Rating Scale* (NRS) diperoleh data bahwa seluruh remaja putri sebelum mendapatkan terapi baik itu kompres hangat maupun obat anti nyeri berada pada rentang 4-10 yaitu nyeri sedang sampai dengan sangat nyeri. Setelah di terapi baik itu menggunakan kompres hangat atau obat anti nyeri, skala nyeri yang dirasakan remaja putri berada pada rentang 0-3 yaitu tidak nyeri sampai dengan nyeri ringan. Ini menunjukkan bahwa ada penurunan skala nyeri yang dialami remaja putri dengan menggunakan terapi kompres hangat atau obat anti nyeri.

Kompres hangat merupakan suatu metode dalam penggunaan suhu hangat yang dapat digunakan pada pengobatan nyeri dan merelaksasi otot-otot yang tegang (Gabriel, 2000). Kompres hangat dapat mengatasi nyeri dismenore karena kompres hangat berfungsi untuk memperlancar sirkulasi darah. Melalui pemberian panas, pembuluh darah akan melebar, sehingga akan memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut. Melalui cara ini penyaluran zat asam dan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan dari zat-zat diperbaiki, sehingga dapat mengurangi rasa nyeri yang disebabkan suplai darah ke endometrium berkurang. Menurut Tamsuri (2007), penggunaan panas, selain memberi efek mengatasi atau menghilangkan sensasi nyeri, teknik ini juga memberikan reaksi fisiologis yaitu meningkatkan respons inflamasi dan meningkatkan aliran darah dalam jaringan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Vonny dan Aries (2013) yang menyatakan bahwa intensitas nyeri yang dirasakan responden menurun setelah mendapatkan terapi kompres hangat. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahayuningrum (2013) yang mengatakan bahwa terdapat penurunan skala nyeri dismenorea pada remaja yang mendapatkan kompres

hangat. Pemberian kompres hangat pada perut bagian bawah saat terjadi dismenore primer mampu menurunkan intensitas nyeri. Pemberian panas akan menyebabkan terjadinya pelebaran pembuluh darah (*vasodilatasi*) sehingga dapat meningkatkan sirkulasi darah, meredakan iskemia pada sel-sel miometrium, menurunkan kontraksi otot polos miometrium, meningkatkan relaksasi otot dan mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan.

Menurut Trisian (2012) obat antinyeri dapat menurunkan nyeri dan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan-jaringan yang mengalami trauma dan inflamasi yang menghambat reseptor nyeri untuk menjadi sensitive terhadap stimulus menyakitkan sebelumnya. Obat anti nyeri dapat menurunkan produksi protaglandin akibat inhibisi enzim.

Hasil analisis data tentang perbedaan skala nyeri antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi kompres hangat serta perbedaan skala nyeri antara sebelum dan sesudah dilakukan terapi obat anti nyeri menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara skala nyeri haid sebelum dan sesudah dilakukan terapi baik dengan kompres hangat maupun obat anti nyeri.

Berdasarkan uji *paired sample t-test*, diperoleh hasil bahwa ada perbedaan yang signifikan antara skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian kompres hangat dan obat anti nyeri pada remaja putri, sehingga kedua terapi ini efektif untuk menurunkan nyeri dismenorea. Berdasarkan nilai mean, untuk terapi kompres hangat remaja putri mengalami penurunan tingkat nyeri sebesar 5,6. Sedangkan dengan terapi anti obat, remaja putri mengalami penurunan tingkat nyeri sebesar 6,7. Sehingga dapat dikatakan bahwa obat anti nyeri lebih efektif dibandingkan kompres hangat dalam mengurangi nyeri dismenorea.

Walaupun kompres hangat dan obat anti nyeri keduanya efektif dalam mengatasi nyeri dismenorea, namun obat anti nyeri lebih efektif daripada kompres hangat. Hal ini terjadi obat anti nyeri yang dimetabolisme dalam tubuh lebih cepat meredakan nyeri karena langsung menekan sistem saraf pusat (SSP) sehingga penurunan intensitas nyeri dismenorea lebih besar dibandingkan kompres hangat. Sedangkan kompres hangat hanya melalui bagian luar tubuh sehingga penurunan intensitas nyeri dismenoreanya lebih kecil dibandingkan obat anti nyeri.

SIMPULAN

1. Skala nyeri dismenorea remaja putri sebelum penanganan dengan kompres hangat dan obat anti nyeri adalah 4–10 yaitu nyeri sedang sampai dengan sangat nyeri.
2. Skala nyeri dismenorea remaja putri setelah penanganan dengan kompres hangat dan obat anti nyeri adalah 0–3 yaitu tidak nyeri sampai dengan nyeri ringan.
3. Terapi kompres hangat dan obat anti nyeri efektif mengatasi dismenorea pada remaja putri, walaupun obat anti nyeri lebih efektif mengurangi dismenore.
4. Terapi kompres hangat dapat secara subjektif mengurangi rasa nyeri dismenore.

SARAN

Bagi Lahan Penelitian:

- a. Meningkatkan pendidikan kesehatan tentang penanganan dismenore baik dengan terapi kompres hangat maupun obat anti nyeri sehingga dapat mengurangi nyeri dismenore yang diderita oleh remaja putri.

Bagi Peneliti Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian tentang:

- a. Terapi untuk mengatasi dismenorea dengan mengkombinasikan terapi musik.
- b. Hubungan antara kejadian dismenore dengan umur *menarche*/pola makan/pola olahraga/lama menstruasi pada remaja putri di pondok pesantren.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pinem S. *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Jakarta: Trans Info Media, 2009.
2. Llewellyn DJ. *Setiap Wanita*. Jakarta: Delapratasa, 2005.
3. Hillegas, Kathleen B. Gangguan Sistem Reproduksi Perempuan. Dalam *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6 Volume 2*. Sylvia A. Price, Lorraine M. Wilson. Alih Bahasa: Brahm U. Pendit, Dkk. Jakarta: EGC, 2005.
4. Kumbhar SK. *et al.* Prevalence of Dysmenorrhea Among Adolescent Girls (14–19 Yrs) of Kadapa District and its Impact on Quality of Life: A Cross Sectional Study. *National Journal of Community Medicine*, Vol. 2 Issue 2 Juli–Sept. 2011 P. 265–268.
5. Schwartz MW. *Pedoman Klinis Pediatri*. Cetakan 1. Alih Bahasa: Dr. Brahm, U. Pendit, Dr. Budi Hartawan, Dr. M. Iqbal, dan Dr. Yunita. Jakarta: EGC, 2005.
6. Andrews, G. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita*. Edisi 2. Jakarta: EGC, 2010.
7. Omidvar S. and Begum K. Characteristics and Determinants of Primary Dysmenorrhea in Young Adults. *American Medical Journal*. 3 (1), 2012; P. 8–13.
8. Prasetyono DS. *Tips Bisa Cepat Hamil*. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2010.
9. Proverawati, Atikah dan Siti Misaroh. *Menarche Menstruasi Pertama Penuh Makna*. Yogyakarta: Numed, 2009.
10. Sari, Dkk. *Efektivitas Terapi Farmakologis dan Non Farmakologis terhadap Nyeri Haid (Dismenore) pada Siswi XI di SMA Negeri 1 Pemangkat*. Universitas Tanjungpura Pontianak, 2013.
11. Widyaningih, *Kesehatan Reproduksi dan Kehidupan Generasi Muda*. Jakarta: Trans Info Media, 2007.
12. Efendi, Ferry., Makhfudli. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, 2009.
13. Soetjningsih, *Buku Ajar Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: CV. Sagung Seto, 2007.
14. Winkjosastro, *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2009.
15. Manuaba, Et Al, *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: EGC, 2010.

16. Genie, *Kurangi Nyeri Haid dengan Terapi Energi Cair* Lewat <http://M.Okezone.Com>, 2011.
17. Prawirohardjo, S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2009.
18. Tristian, I. *Pengaruh Efektivitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dengan Kompres Hangat dalam Menurunkan Dismenore pada Remaja Putri di SMA Negeri 15 Semarang*. 2012.
19. Tamsuri, *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. EGC. Jakarta, 2007.
20. Potter PA & Perry AG. *Fundamentals of Nursing*, 6th Edn. The C.V. Mosby Company, Philadelphia, USA, 2005.
21. Kusmiran, *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika, 2011.
22. Gabriel, *Fisika Kedokteran*. Jakarta: EGC, 2000.
23. Vonny dan Aries. *Efektivitas Kompres Hangat dalam Menurunkan Intensitas Nyeri Dismenorea pada Mahasiswi STIKES RS. Baptis Kediri*, 6, No. 1 STIKES RS. Baptis Kediri, Kediri, 2013.
24. Rahayuningrum, *Perbedaan Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Kompres Hangat dalam Menurunkan Dismenore pada Remaja SMA Negeri 3 Padang*. Penelitian. Universitas Andalas Padang, 2013.

Analisis terhadap Upaya Kepemilikan Jaminan Kesehatan di Wilayah Kecamatan Gubeng Kelurahan Mojo Surabaya

(Analysis of the Efforts Health Insurance in the Districts Mojo Gubeng Surabaya)

Muhadi *

*Prodi Administrasi Rumah Sakit
STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo Surabaya

ABSTRAK

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Jaminan tersebut diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) telah dibayarkan oleh pemerintah. Jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan di Regional 7 Jawa Timur hingga November 2015 mencapai 21,4 juta orang dari total penduduk hampir 38 juta orang. Artinya, jumlah kepesertaan di wilayah ini telah mencapai 56,31%. Jumlah kepesertaan JKN di Jatim sampai dengan triwulan I 2016 sebanyak 22.622.049 peserta. Tujuan umum penelitian ini adalah analisis terhadap upaya kepemilikan jaminan kesehatan wilayah RW. 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya. Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif analitik. Sebanyak 89 responden di gunakan Pendekatan waktu digunakan untuk penelitian ini menggunakan rancang bangun cross sectional study. Karakteristik umum responden di Wilayah RW. 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya yaitu sebagian besar tamat pendidikan SLTA atau SMA, kebanyakan berprofesi sebagai karyawan swasta. Rata-rata responden berpenghasilan di Bawah UMR yaitu bawah Rp. 3.050.000,-. Masih Banyak Responden yang belum memiliki kartu jaminan kesehatan. Persepsi responden sebagian besar mendapatkan kerumitan ketika mendaftar menjadi peserta. Responden kebanyakan memilih alasan biaya sebagai pertimbangan utama. Sebagian besar risiko sakit tergolong kecil baik di lingkungan tempat tinggal maupun kerja.

Kata kunci: kepemilikan jaminan kesehatan, persepsi, sosialisasi

ABSTRACT

The National Health Insurance (JKN) is a guarantee in the form of health protection for participants to benefit health care and protection to meet basic health needs. The assurance given to every person who has paid dues or for participants Beneficiaries Contribution (PBI) has been paid by the government. Total participation in the Regional Health BPJS 7 East Java until November 2015 reached 21.4 million people of the total population of nearly 38 million people. That is, the amount of participation in the region has reached 56.31%. JKN amount of participation in East Java until the first quarter 2016 as many as 22,622,049 participants. The general objective of this study is an analysis of the efforts of health insurance ownership RW. 02 Mojo district Gubeng Surabaya. This type of research is quantitative research with descriptive analytic approach. 89 of respondents user, Time approach used for this study using cross sectional design study. General characteristics of respondents in RW. 02 Mojo district Gubeng Surabaya, the majority finished high school or high school education, mostly worked as private employees. On average respondents with incomes below the lower UMR namely 3.05 million rupiah,-. Still Many respondents who do not have a health insurance card. Perceptions of respondents mostly getting hassle when registering to participate. Respondents most often the reasons of cost as a major concern. Most of the relatively small risk of illness either in your neighborhood or workplace.

Keywords: owners health insurance, perception, socialisation

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Jaminan tersebut diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) telah dibayarkan oleh pemerintah. Jaminan kesehatan nasional dalam SJSN, diselenggarakan dengan prinsip asuransi sosial dengan kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat Indonesia, menghendaki adanya peran serta masyarakat

dalam bentuk pembayaran iuran jaminan kesehatan secara adil berdasarkan kemampuan finansial peserta.¹

Jumlah kepesertaan BPJS Kesehatan di Regional 7 Jawa Timur hingga November 2015 mencapai 21,4 juta orang dari total penduduk hampir 38 juta orang. Artinya, jumlah kepesertaan di wilayah ini telah mencapai 56,31%. Jumlah kepesertaan JKN di Jatim sampai dengan triwulan I 2016 sebanyak 22.622.049 peserta. Rinciannya, 14.961.093 Penerima Bantuan Iuran (PBI) Nasional, PBI Daerah 522.843, dan eks asuransi kesehatan (askes) sosial 2.228.359. Selain itu, kepesertaan TNI dan Polri 391.282, pekerja swasta dan Warga Negara Asing (WNA)

sebanyak 2.677.440, dan pekerja mandiri berjumlah 1.819.093.

Jumlahnya hingga kini tercatat sebanyak 291.686 peserta BPJS Kesehatan yang ada di Kota Surabaya (BPJS Kesehatan Cabang Surabaya, 2014). Sebanyak satu juta warga Kota Surabaya dari jumlah keseluruhan 2,8 juta ternyata belum tercover layanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Badan Pusat Statistik (BPS) menyebutkan, ada sebanyak 154.913 responden berkategori miskin di Surabaya.²

Penelitian deskriptif di Kota Bandung dengan melibatkan 700 responden dari pekerja informal mengenai potensi partisipasi masyarakat informal untuk menjadi peserta JKN secara mandiri, didapatkan 87,1% responden menyatakan bersedia ikut dalam program tersebut. Terkait persepsi dan motivasi terhadap kepesertaan JKN mandiri di Kota Surakarta mendapatkan hasil bahwa mereka menyadari manfaat pentingnya kesehatan dalam kehidupan (80%) dan sebanyak 86% mengatakan keikutsertaan dalam JKN agar kesehatannya terjamin.³

Penelitian baik di luar maupun di dalam negeri lebih banyak menyatakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi masyarakat dalam kepesertaan jaminan sosial antara lain: usia, jenis kelamin, pengetahuan, pendidikan, kesukaan, dan penyakit kronis yang diderita. Kepesertaan jaminan sosial tersebut dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi, persepsi masyarakat tentang kerentanan, pengaruh lingkungan, persepsi ancaman terhadap masalah kesehatan yang mungkin didapat, persepsi manfaat, persepsi hambatan dan keluhan yang dialami dan faktor sosialisasi tentang JKN yang diterima oleh masyarakat.⁴

Penelitian lain juga menggambarkan rendahnya tingkat pemanfaatan oleh responden yang memiliki pekerjaan tetap disebabkan waktu yang tidak memungkinkan bagi pekerja tetap untuk berkunjung ke poli gigi di Puskesmas kecamatan Cimanggis Kota Depok Jawa Barat.⁵

METODE PENELITIAN

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh kepala keluarga RW 02 Kelurahan Mojo yaitu sebanyak 848 Kepala Keluarga. Teknik sampel yang digunakan yaitu menggunakan metode *accidental sampling* diperoleh sampel sebanyak 89 responden. Pengambilan data dilaksanakan selama satu bulan, pada bulan Februari 2016. Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan deksriptif analitik. Pendekatan waktu digunakan untuk penelitian ini menggunakan rancang bangun *cross sectional study*, karena dilakukan pada periode waktu tertentu secara bersamaan terhadap variabel yang diteliti. Unit analisis dalam penelitian ini adalah responden di RW 02 Kelurahan Mojo Surabaya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Umum Responden di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya terdiri dari jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan. Karakteristik umum responden ditampilkan sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya Tahun 2016

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Laki-Laki	76	85,4
2.	Perempuan	13	14,6
Total		89	100

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya Tahun 2016

No.	Umur	Frekuensi	Persentase (%)
1.	18–28 Tahun	5	5,6
2.	29–39 Tahun	14	15,7
3.	40–50 Tahun	25	28,1
4.	> 50 Tahun	45	50,6
Total		89	100

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya Tahun 2016

No.	Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	SD	34	38,2
2.	SMP	9	10,1
3.	SLTA	43	28,1
4.	D3/S1	2	48,3
5.	S2	1	1,1
Total		89	100

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya Tahun 2016

No.	Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pegawai Negeri Sipil	6	6,7
2.	Karyawan Swasta	49	55,1
3.	Wiraswasta	29	32,6
4.	Buruh	1	1,1
5.	Dan lain-lain	4	4,5
Total		89	100

Berdasarkan Tabel 1 sebagian besar responden laki-laki yaitu sebanyak 85,4%. Pada Tabel 2 responden kebanyakan berada pada umur diatas 50 tahun. Pada Tabel 3 menunjukkan kebanyakan responden berpendidikan tamatan SLTA/SMA, responden yang menyelesaikan pendidikan di perguruan tinggi hanya 3,3%. Pada Tabel 4 kebanyakan responden menekuni pekerjaan sebagai Karyawan swasta sebanyak 55,1% kemudian pada Tabel 5 menunjukkan 55,1% responden berpenghasilan di bawah UMR.

Data Khusus

Pada Tabel 6 diperoleh informasi bahwa responden di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya lebih banyak yang sudah memiliki kartu Jamkesmas dari pada BPJS kesehatan. Masyarakat masih memanfaatkan kartu Jamkesmas sebagai jaminan ketika berobat di fasilitas kesehatan tingkat pertama di Puskesmas Mojo atau fasilitas kesehatan lanjutan yaitu rumah sakit.

Pada Tabel 7 diperoleh informasi bahwa responden di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya lebih banyak yang sudah memiliki kartu jaminan kesehatan sebesar 59,6% sedangkan yang belum memiliki sebesar 40,4% atau 36 responden. Distribusi jenis kepemilikan jaminan kesehatan disajikan dalam Tabel berikut ini.

Salah satu syarat utama yang wajib dimiliki calon peserta adalah Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang tercantum pada Kartu Tanda Penduduk (e-KTP) atau Kartu Keluarga (KK). Bila belum memiliki e-KTP, calon peserta masih dapat menggunakan KTP non elektronik

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penghasilan di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya Tahun 2016

No.	Besaran Penghasilan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	< UMR	49	55,1
2.	= UMR	27	30,3
3.	> UMR	13	14,6
Total		89	100

Tabel 6, Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kepemilikan Jaminan Kesehatan di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya Tahun 2016

No.	Jenis Kartu	Frekuensi	Persentase (%)
1.	BPJS Kesehatan	15	41,7
2.	Jamkesmas	17	47,2
3.	Jamkesda	3	8,3
4.	Dan lain-lain	1	2,8
Total		36	40,4

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepemilikan Jaminan Kesehatan di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya Tahun 2016

No.	Kepemilikan Kartu	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Sudah Memiliki	36	40,4
2.	Belum Memiliki	53	59,6
Total		89	100

yang masih berlaku, sepanjang NIK pada KTP tersebut sama dengan NIK Kartu Keluarga dan dapat ditemukan pada data Kependudukan dan Catatan Sipil (Dukcapil). Pengisian NIK untuk bayi dalam kandungan diisi berdasarkan nomor KK orang tua calon peserta.

Bagi Pekerja Penerima Upah (PPU), prosedur pendaftaran dilakukan secara kolektif melalui perusahaan ke kantor BPJS Kesehatan. Sementara untuk peserta mandiri, pendaftaran peserta dapat dilakukan di seluruh kantor cabang BPJS Kesehatan, melalui Bank yang bekerja sama seperti BRI, BNI dan Bank Mandiri, serta secara online melalui website BPJS Kesehatan www.bpjs-kesehatan.go.id Untuk pendaftaran melalui Kantor Cabang BPJS Kesehatan Pengisian Formulir Daftar Isian Peserta, dilampiri dengan pas foto terbaru masing-masing 1(satu) lembar ukuran 3 cm x 4 cm (kecuali bagi anak usia balita), serta menunjukkan atau memperlihatkan dokumen sebagai berikut:

- Asli/foto copy KTP (diutamakan KTP elektronik)
- Asli/foto copy Kartu Keluarga
- Foto copy surat nikah (bagi yang telah menikah)
- Foto copy akte kelahiran anak/surat keterangan lahir yang menjadi tanggungan (bagi yang telah mempunyai anak)
- Foto copy buku rekening salah satu di antara Bank yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, yaitu BNI, BRI dan Mandiri. Untuk pendaftaran online, peserta dapat membuka website BPJS Kesehatan www.bpjs-kesehatan.go.id.⁶

Sementara itu bila peserta ingin melakukan perubahan hak kelas perawatan, bagi peserta PBU (Pekerja Bukan Penerima Upah) perubahan hak kelas pada peserta dapat dilakukan di Kantor BPJS Kesehatan dengan mengisi Formulir Perubahan Data.

Ketentuan perubahan hak kelas perawatan yaitu setelah 1 (satu) tahun terdaftar pada hak kelas rawat sebelumnya. Sementara untuk peserta PPU (Pekerja Penerima Upah), hak kelas perawatan sesuai dengan gaji/upah, jadi tidak dapat diubah atas keinginan pribadi Apabila peserta meninggal dunia, keluarganya juga diwajibkan untuk melaporkan ke Kantor BPJS Kesehatan dengan membawa kartu peserta yang meninggal dunia dan surat keterangan kematian, agar status kepesertaannya dapat dinonaktifkan.⁷

Pada Tabel 8 diperoleh informasi bahwa sebagian besar responden di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Persyaratan Kepesertaan Jaminan Kesehatan di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya Tahun 2016

No.	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Sangat Rumit	6	6,7
2.	Rumit	54	60,7
3.	Mudah	28	31,5
4.	Sangat Mudah	1	1,1
Total		89	100

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Biaya (Premi) Peserta Jaminan Kesehatan di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya Tahun 2016

No.	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Sangat Mahal	6	6,7
2.	Mahal	54	60,7
3.	Murah	28	31,5
4.	Sangat Murah	1	1,1
Total		89	100

Kecamatan Gubeng Surabaya menilai tentang persyaratan menjadi peserta jaminan kesehatan tergolong rumit sebesar 67,4%. Berikut ini merupakan Tabel distribusi persepsi responden terhadap pembiayaan (premi) pada kartu jaminan kesehatan.

Pada Tabel 9 diperoleh informasi bahwa sebagian besar responden di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya menilai tentang biaya atau premi menjadi peserta jaminan kesehatan tergolong mahal terutama pada kelompok BPJS Kesehatan sebesar 67,4%. Faktor pendapatan menjadi pertimbangan utama masyarakat mengikuti kepesertaan, hal ini ditunjukkan juga pendapatan masyarakat RW 02 kelurahan Mojo masih di bawah UMR. Berikut ini merupakan Tabel distribusi persepsi responden terhadap alasan utama menjadi peserta.

Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Kelas 1 dengan harga Rp 59.500, kelas 2 Rp 42.500, dan kelas 3 Rp 25.500.⁸

Besaran iuran yang berlaku saat ini tidak cukup untuk mendanai program JKN, baik itu iuran peserta mandiri maupun PBI. Tahun 2014 kemarin, pengeluaran BPJS Kesehatan untuk membayar biaya pelayanan kesehatan lebih besar dari total iuran yang diterima.

Tabel 10. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Alasan Utama Menjadi Peserta Jaminan Kesehatan di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya Tahun 2016

No.	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Biaya	46	51,7
2.	Keyakinan	5	5,6
3.	Pemahaman	38	42,7
Total		89	100

Kondisi ini tentunya tidak sehat dan bisa mengancam keberlangsungan program. Sehingga menaikkan iuran peserta jadi sebuah keharusan, dan butuh kerja sama semua pihak untuk menetapkan besarnya. Ada lima prinsip yang dapat digunakan untuk memformulasi besaran iuran, yaitu harus cukup untuk mendanai semua biaya, kompetitif untuk menghindari agar JKN tidak dianggap sebagai produk inferior, masuk akal atau rasional sehingga mampu membayar faskes dengan wajar, ekuitas, dan juga futuristik.⁹ Pada Tabel 10 diperoleh informasi bahwa responden di Wilayah RW 02 Kelurahan Mojo Kecamatan Gubeng Surabaya lebih banyak yang beralasan akan pertimbangan biaya ketika menjadi peserta jaminan kesehatan. Biaya merupakan pondasi yang terpenting bagi keluarga dalam mengambil keputusan dalam pembelian atau pemanfaatan fasilitas kesehatan. Sebanyak 42,7% menjawab tentang pemahaman mereka tentang jaminan kesehatan. Kebanyakan responden bekerja di sector informal yang memiliki pertimbangan untuk mengurus kepesertaan jaminan kesehatan dengan alasan yang mereka utarakan diantaranya pembayaran premi yang memberatkan.¹⁰ Berikut ini merupakan Tabel distribusi persepsi responden terhadap risiko sakit di tempat kerja. Antara persepsi hambatan terhadap kepemilikan kartu jaminan kesehatan ditemukan pengaruh dengan nilai signifikan 0,0001. Persepsi Ancaman ditemukan pengaruh dengan nilai tidak signifikan 0,484. Persepsi Manfaat tidak berpengaruh terhadap kepemilikan kartu jaminan kesehatan dengan nilai signifikan 0,086.

SIMPULAN

1. Hampir seluruh responden belum pernah mendapatkan sosialisasi dari pemerintah tentang program Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Masih banyak responden yang belum memiliki kartu jaminan kesehatan
3. Persepsi responden sebagian besar mendapatkan kerumitan ketika mendaftar menjadi peserta.
4. Responden kebanyakan memilih alasan biaya sebagai pertimbangan utama. Sebagian besar risiko sakit tergolong kecil baik di lingkungan tempat tinggal pun kerja.

SARAN

1. Perlu dilakukan pendekatan yang aktif guna mendorong berbagai elemen masyarakat dalam menyukseskan implementasi jaminan kesehatan.
2. Pembiayaan masyarakat menjadi alasan utama mengapa sekelompok masyarakat terutama di RW. 02 Kelurahan Mojo belum mengikuti kepesertaan jaminan kesehatan. Hal ini diantaranya didasarkan akan total pendapat yang diperoleh.
3. Kenaikan Tarif BPJS dipandang sebagai sesuatu hal yang memberatkan, perlu dilakukan strategi agar masyarakat tidak terbebani dengan iuran yang meningkat.
4. Perlu adanya sinergi antarlembaga dalam rangka memperkuat cakupan kepesertaan jaminan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. 2012. *Presentasi Menteri Kesehatan dalam Pertemuan Pembahasan Progres Persiapan Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta 12 Desember 2013.
2. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2015. *Laporan Tahunan Dinkes Provinsi Jatim tentang Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional. Surabaya*
3. Tiaraningrum R. 2014. *Studi Deskriptif Motivasi dan Personal Reference Peserta JKN Mandiri pada Wilayah Tertinggi di Kelurahan Mojosongo Kota Surakarta*. Skripsi.
4. Kemenkes RI. 2012. *Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta, 18 Desember 2013.
5. Arifin JB, Soemadi W & Setiawati F. *Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Masyarakat dalam Bidang Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok Jawa Barat*, Jurnal Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Muslim Indonesia. 2012.
6. Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran BPJS Kesehatan.
8. Peraturan Presiden No. 19 Tahun 2016 tentang Kenaikan Tarif BPJS Kesehatan.
9. Bawa SK. 2011. *Awareness and Willingness to Pay for Health Insurance: An Empirical Study with Reference to Punjab India*. International Journal of Humanities and Social Science.
10. Ramadhana F. & Amir H. 2015. *Persepsi Pengusaha dan Pekerja Umum terhadap Program Jaminan Kesehatan Sosial Nasional*, 1–25.

Pengaruh Teknik Mozaik terhadap Perkembangan Motorik Halus Anak Prasekolah

(The Effect of Mozaic Technique to Fine Motor Development of Pre-School Children)

Lilis Maghfuroh, Nurul Khotimah

Program Study Ilmu Keperawatan STIKes Muhammadiyah Lamongan
Jl.Raya Plalangan Plosowahyu Lamongan kode pos 62251
email: lilisahza99@gmail.com

ABSTRAK

Anak prasekolah adalah anak usia 3-6 tahun yang belum menempuh sekolah dasar. Diusia ini anak mengalami banyak perkembangan, salah satunya adalah perkembangan motorik halus. Pada survei awal, hampir sebagian anak mengalami perkembangan motorik halus suspect. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik mozaik terhadap perkembangan motorik halus anak prasekolah di TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur Kecamatan Kanor Bojonegoro. Penelitian ini menggunakan one-group pra-post test design dengan pendekatan one group pre test and post test design. Populasi adalah seluruh siswa anak TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur Kecamatan Kanor Bojonegoro sebanyak 49 anak pada bulan Februari sampai Maret 2016 dan besar sampel sebanyak 44 dengan teknik simple random sampling. Data dianalisis menggunakan uji Wilcoxon Sign Rank Test dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$ menggunakan program SPSS V.16.0. Hasil penelitian ini menunjukkan ada pengaruh bermakna teknik mozaik terhadap perkembangan motorik halus anak prasekolah diketahui bahwa nilai Z : -3.000 dan $p = 0,003$ di mana $p < 0,05$ maka ada pengaruh teknik mozaik terhadap perkembangan motorik halus anak prasekolah. Sehingga dapat disimpulkan bahwa teknik mozaik dapat sering dilaksanakan di rumah atau di sekolah guna meningkatkan perkembangan motorik halus anak.

Kata kunci: teknik mozaik, motorik halus, anak prasekolah

ABSTRACT

Pre-school children are children 3-6 years old who have not been taking elementary school. At this age children had experience, one of them is fine motor development. In the first survey found almost half of the children had a lot of development. This study aims to determine the effect of the mosaic technique to the development of fine motor pre-school children in kindergarten of Dharma Wanita Achmad Yani Bungur Kanor Bojonegoro. This study using one-group pre-post test design with approach to one group pre test and post test design. The population was all students of kindergarten children Dharma Wanita Achmad Yani Bungur Kanor Bojonegoro as many as 49 children from February to March 2016 and the sample was 44 by simple random sampling technique. After the data collected, be analyzed using the Wilcoxon Sign Rank Test with significance level of $p < 0.05$ using SPSS V.16.0. The results of this study showed there was significant effect of intervention techniques of mozaic to the development of fine motor skills of children of preschool age known that the value of $Z = -3.000$ and $p = 0.003$ where the mozaic technique influence on the development of fine motor pre-school children. Then can be concluded that the mozaic technique can do at home or school to improve children's fine motor development.

Keywords: mozaic technique, fine motor, pre-school

PENDAHULUAN

Anak prasekolah adalah anak usia 3–6 tahun yang belum menempuh sekolah dasar (Depkes RI, 2007). Pada masa ini pertumbuhan berlangsung sangat stabil. Terjadi perkembangan akan aktivitas jasmani yang bertambah dan meningkatnya keterampilan dan proses berpikir. Memasuki masa prasekolah, anak mulai menunjukkan keinginannya, seiring dengan pertumbuhan dan perkembangannya (Marmi, 2012). Anak prasekolah menurut Yasin Musthofa (2007) merupakan manusia kecil sedang mengalami masa kanak-kanak awal, yaitu yang berusia antara 2 sampai 6 tahun, yang tumbuh kemampuan emosionalnya agar setelah dewasa nanti berkemungkinan besar untuk memiliki kecerdasan.

Anak prasekolah biasanya sedikit mandiri untuk mandi, berpakaian, dan makan. Perubahan pada kemandirian ini memengaruhi perasaan mereka mengenai kesehatan mereka sendiri

Penampilan atau gerak-gerik prasekolah mudah dibedakan dengan anak yang berada dalam tahapan sebelumnya. Anak prasekolah umumnya sangat aktif. Mereka telah memiliki penguasaan (kontrol) terhadap tubuhnya dan sangat menyukai kegiatan-kegiatan yang dapat di lakukan sendiri. Berikan kesempatan pada anak untuk lari, memanjat, dan melompat (Muscari, 2007).

Anak prasekolah cenderung mengekspresikan emosinya dengan bebas dan terbuka, sikap marah, iri hati pada anak prasekolah sering terjadi. Mereka sering kali memperebutkan perhatian orang sekitar (Muscari, 2007).

Di usia ini anak mengalami banyak perkembangan, salah satunya adalah perkembangan motorik halus.

Motorik halus merupakan gerakan menggunakan otot-otot halus atau sebagian anggota tubuh tertentu, yang dipengaruhi oleh keinginan untuk belajar dan berlatih. Contohnya kemampuan untuk memindahkan benda dari tangan, mencoret-coret, menyusun balok, menggantung, menulis, dan lain-lain. Kemampuan motorik halus bukan salah satu kemampuan yang akan berkembang begitu saja, melainkan melalui sebuah proses belajar dan latihan. Karakteristik motorik halus adalah gerakannya tidak membutuhkan tenaga, namun membutuhkan koordinasi mata dan tangan yang cermat. Gerakan tersebut harus mendapatkan stimulus yang berkelanjutan untuk memperoleh gerakan yang sempurna (Sujiono, 2009).

Tujuan pengembangan motorik halus menurut Saputra (2007) yaitu: 1) mampu memfungsikan otot-otot kecil seperti gerak jari tangan, 2) mampu mengoordinasikan kecepatan tangan dan mata, dan 3) mampu mengendalikan emosi. Anak yang motorik halus normal biasanya memiliki fisik yang sehat lantaran banyak bergerak.

Saputra (2007) menyatakan bahwa prinsip pengembangan motorik halus pada anak meliputi: 1) anak terpenuhi kebutuhan fisiknya, merasa aman dan tenang secara psikologis, 2) pembelajaran berulang, 3) belajar melalui interaksi sosial, 4) minat belajar dan keingintahuan, 5) memperhatikan perbedaan individu, dan 6) sederhana ke rumit

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur, Kanor, Bojonegoro, didapatkan 10 anak yang motorik halus normal sejumlah 6 anak (60%), dan 4 anak (40%) mengalami *suspect*. Oleh karena itu, dapat ditarik kesimpulan bahwa masih terdapat masalah perkembangan motorik halus yaitu ditandai dengan adanya *suspect*.

Faktor yang memengaruhi angka kejadian gangguan perkembangan motorik halus disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu nutrisi, status kesehatan anak, hormonal, peran keluarga, fisik, fungsi metabolisme, perawatan anak, dan susunan kematangan saraf (Hidayat, 2009).

Keterlambatan motorik halus akan berdampak pada perkembangan konsep diri anak, sehingga akan menimbulkan masalah perilaku dan emosi. Masalah yang timbul ini disebabkan oleh kesalahan penempatan landasan bagi keterampilan, maka anak akan mengalami kerugian pada saat anak mulai belajar dengan teman sebayanya, hal ini akan berdampak pada hubungan sosial anak. Keterlambatan tersebut bisa disebabkan oleh kerusakan otak pada waktu lahir atau pasca lahir yang tidak memungkinkan seorang anak mengembangkan kemampuan motoriknya, tetapi tidak dipungkiri seringnya terjadi keterlambatan tersebut disebabkan oleh tidak adanya kesempatan belajar pada anak, orang tua yang *over protective* atau kurangnya motivasi pada diri anak sendiri (Hurlock, 1995 dalam Wulan, 2011).

Banyak kegiatan yang dapat kita berikan kepada anak untuk meningkatkan perkembangan motorik halusnya, yaitu bermain warna, melukis, bermain balok, bermain bola, membaca, menulis, dan menyebut nama benda. Upaya-upaya pengembangan kemampuan anak usia dini hendaknya dilakukan melalui belajar dan melalui bermain (*learning through games*) (Samsudin, 2008). Salah satunya yaitu dengan menggunakan teknik mozaik.

Teknik mozaik merupakan keterampilan yang mencakup pemanfaatan dengan media untuk kegiatan meningkatkan motorik halus, yaitu menggantung, menempel, dan menggambar. Teknik mozaik pada anak-anak di mana anak-anak diberi keleluasaan untuk membentuk berbagai bentuk potongan geometri. Mozaik pada umumnya masih dianggap seni lukis lama di samping sifatnya yang dua dimensi, masih dibantu pada gambar dengan proses pembuatan polanya walaupun bahannya digunakan kertas, daun, biji-bijian, kepingan kaca, pecahan keramik dan lain-lain.

Dengan teknik-teknik yang dilakukan dalam mozaik, seperti mengelem dan mewarnai dibutuhkan kemandirian anak dan kecermatannya dalam membuat mozaik. Kemandirian di mana anak mampu melakukan dengan percaya diri dan dalam prosesnya tidak sering membutuhkan bimbingan, dan kecermatan merupakan ketepatan dalam membuat dan menempel bentuk (Astuti, 2010).

Material yang dipakai untuk pembelajaran mozaik di tingkat TK, yaitu kertas, kancing baju, potongan kain, biji-bijian, korek api, dan lainnya karena seni mozaik sangat banyak bahannya, yang utama adalah kreativitas memilih dan mengajak anak untuk berekspresi dengan media yang anda tentukan (Prastiana ddk, 2011).

Upaya untuk meningkatkan perkembangan motorik halus dalam penelitian ini, peneliti akan menerapkan teknik mozaik kepada anak prasekolah di TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur Kecamatan Kanor Bojonegoro.

METODE

Desain penelitian adalah total dari keseluruhan perencanaan untuk menjawab beberapa pertanyaan yang mungkin akan muncul pada saat proses penelitian berlangsung dan mengantisipasi beberapa hambatan yang mungkin timbul saat dilakukan sebuah penelitian (Budiman, 2011).

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah eksperimental dengan *pre-eksperiment design* dengan pendekatan *one group pre test and post test design*. Desain ini tidak ada kelompok pembandingan (kontrol), tetapi sudah dilakukan observasi pertama (*pretest*) yang memungkinkan penelitian dapat menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen (*program*) (Notoatmodjo, 2010).

Tabel 1. Karakteristik Jenis Kelamin Anak Prasekolah di TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur Kecamatan Kanor Bojonegoro

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Laki-Laki	16	36,4
2.	Perempuan	28	63,6
Jumlah		44	100

Tabel 2. Karakteristik Usia Anak di TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur Kecamatan Kanor Bojonegoro

No.	Usia	Frekuensi	Persentase (%)
1.	3 tahun–3,6 tahun	0	0
2.	3,7 tahun–4 tahun	0	0
3.	4,1 tahun–4,6 tahun	4	9,1
4.	4,7 tahun–5 tahun	8	18,2
5.	5,1 tahun–5,6 tahun	17	38,6
6.	5,7 tahun–6 tahun	15	34,1
Jumlah		44	100

Tabel 3. Karakteristik Usia Ibu di TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur Kecamatan Kanor Bojonegoro

No.	Usia	Frekuensi	Persentase (%)
1.	21–35 Tahun	24	54,5
2.	> 35 Tahun	20	45,5
Jumlah		44	100

Tabel 4. Karakteristik Pendidikan Ibu di TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur Kecamatan Kanor Bojonegoro

No.	Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	SMP/Sederajat	14	31,8
2.	SMA/Sederajat	26	59,1
3.	Perguruan Tinggi	4	9,1
Jumlah		44	100

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian anak berjenis kelamin perempuan sebanyak 28 anak (63,6%).

Tabel 2 menunjukkan bahwa hampir sebagian anak berusia dalam rentang 5,1 tahun–5,6 tahun sebanyak 17 anak (38,6%), dan tidak satu pun berusia 3 tahun–3,6 tahun dan 3,7 tahun–4 tahun (0%).

Tabel 3 diatas menunjukkan bahwa lebih dari sebagian ibu berusia 21–35 tahun sebanyak

Tabel 4 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian ibu memiliki latar belakang pendidikan SMA/Sederajat sebanyak

26 ibu (59,1%), dan sebagian kecil latar belakang pendidikan ibu adalah Perguruan Tinggi sebanyak 4 ibu (9,1%).

Tabel 5 menunjukkan bahwa hampir sebagian pekerjaan ibu adalah ibu rumah tangga sebanyak 17 orang (38,6%), dan sebagian kecil pekerjaan ibu adalah PNS sebanyak 4 ibu (9,1%).

Dari Tabel 6 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian anak mengalami perkembangan motorik halus normal sebanyak 28 anak (63,6%), dan tidak satu pun yang mengalami *UntesTabel* (0%).

Dari Tabel 7 menunjukkan bahwa hampir seluruh anak mengalami perkembangan motorik halus normal sebanyak 37 anak (84,1%), dan tidak satu pun yang mengalami *UntesTabel* (0%).

PEMBAHASAN

Perkembangan Motorik Halus Anak Prasekolah Sebelum diberikan Terapi Teknik Mozaik

Tabel 6 menunjukkan bahwa sebagian besar anak telah dapat melakukan tugas perkembangan motorik halus

Tabel 5. Karakteristik Pekerjaan Ibu di TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur Kecamatan Kanor Bojonegoro

No.	Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Ibu Rumah Tangga	17	38,6
2.	Petani	9	20,5
3.	Wiraswasta	6	13,6
4.	Swasta	8	18,2
5.	PNS	4	9,1
Jumlah		44	100

Tabel 6. Perkembangan Motorik Halus Anak Prasekolah Sebelum Diberikan Terapi Teknik Mozaik

No.	Motorik Halus	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Normal	28	63,6
2.	Suspect	16	36,4
3.	UntesTabel	0	0
Jumlah		44	100

Tabel 7. Perkembangan Motorik Halus Anak Prasekolah Sesudah Diberikan Terapi Teknik Mozaik

No.	Motorik Halus	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Normal	37	84,1
2.	Suspect	7	15,9
3.	UntesTabel	0	0
Jumlah		44	100

dengan baik. Perkembangan motorik halus dipengaruhi oleh pemberian stimulasi sehingga anak dapat melakukan kemampuan perkembangan motorik halus sesuai dengan usianya. Opini tersebut didukung oleh Depkes (2007), bahwa perkembangan motorik halus salah satunya dirangsang oleh pemberian stimulasi pada anak usia < 6 tahun agar mencapai tumbuh dan berkembang secara optimal.

Salah satu faktor yang memengaruhi perkembangan motorik halus anak yaitu usia ibu. Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian ibu berusia 21–35 tahun sebanyak 24 ibu (54,5%). Usia 21–35 tahun merupakan usia dewasa muda. Usia 21–35 biasanya ibu belum menguasai tentang bagaimana cara mendidik dan mengajari anak untuk berkembang sesuai usia. Tetapi dengan pengaruh lingkungan salah satunya media massa memudahkan para orang tua khususnya ibu untuk mengetahui cara mendidik dan mengajar anak sesuai dengan tahap usia perkembangannya khususnya perkembangan motorik halus. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2010), bahwa semakin lama seseorang melihat tayangan televisi, maka akan banyak pula hal-hal baru yang dapat diketahui. Maka dapat dilihat bahwa media massa akan memengaruhi perilaku manusia yang berinteraksi dengannya (media massa).

Faktor lain yang memengaruhi perkembangan motorik halus adalah pendidikan ibu. Hasil penelitian pendidikan ibu pada Tabel 4 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian ibu memiliki latar belakang pendidikan SMA/ Sederajat sebanyak 26 ibu (59,1%), dan sebagian kecil latar belakang pendidikan ibu adalah Perguruan Tinggi sebanyak 4 ibu (9,1%). Pendidikan SMA merupakan pendidikan menengah yang dirasa sudah cukup dalam hal pengetahuan untuk merawat anak. Ibu yang memiliki latar belakang pendidikan tersebut biasanya lebih terbuka dalam menerima informasi dari luar tentang cara merawat dengan memberikan stimulus pada anak, guna untuk merangsang perkembangan motorik halus anak sesuai dengan usia. Opini tersebut sejalan oleh teori Notoatmodjo (2010) bahwa orang tua memberikan stimulasi dini maka kemampuan motorik anak dapat berkembang dengan baik. Dengan pendidikan orang tua yang cukup, maka orang tua lebih memperhatikan akan perkembangan anaknya di dalam melakukan perkembangan motorik halus. Ibu yang berpendidikan tinggi lebih terbuka menerima informasi dari luar tentang cara mengasuh anak dengan baik, pendidikan anak yang baik dan sebagainya.

Selanjutnya yang memengaruhi perkembangan motorik halus adalah pekerjaan ibu. Berdasarkan dari Tabel 5 menunjukkan bahwa hampir sebagian pekerjaan ibu adalah ibu rumah tangga sebanyak 17 orang (38,6%), dan sebagian kecil pekerjaan ibu adalah PNS sebanyak 4 ibu (9,1%). Ibu rumah tangga memiliki waktu yang lebih untuk mendapat informasi tentang cara merawat anak. Pekerjaan ibu rumah tangga banyak memperoleh pengalaman-pengalaman dalam merawat anak yang

nantinya akan diserap dan mudah pula diterapkan pada anak. Ibu rumah tangga juga lebih sering berjumpa dan berinteraksi langsung kepada anak, sehingga memudahkan ibu untuk memberikan dan memperhatikan perkembangan motorik halus anak. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Notoadmodjo (2010) manusia dalam menerima pengalaman-pengalaman dari dunia luar sikapnya tidak pasif, tetapi diterima secara aktif, artinya semua pengalaman dari dunia luar tidak semuanya dilayani oleh manusia tetapi manusia memilih mana-mana yang perlu dan yang tidak perlu dilayani. Jadi semua ini diberi penilaian, lalu dipilih baik pengalaman yang diperoleh secara langsung maupun tidak langsung, sehingga hal tersebut dapat menentukan seseorang dalam bersikap. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2010) lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman.

Perkembangan Motorik Halus Anak Prasekolah Sesudah Diberikan Terapi Teknik Mozaik

Berdasarkan Tabel 7 menunjukkan bahwa keberhasilan teknik mozaik yang dilakukan pada anak prasekolah sebagian besar mengalami peningkatan, dari yang awalnya sebelum diberi teknik mozaik hanya berjumlah 28 anak (63,6%) anak yang perkembangan motorik halus normal. Dengan demikian menunjukkan bahwa setelah diberikan teknik mozaik selama 2 minggu dapat meningkatkan perkembangan motorik halus anak prasekolah. Hal tersebut didukung oleh Budiman (2008) bahwa disebut motorik halus melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan oleh otot-otot kecil, karena itu tidak begitu memerlukan tenaga, namun begitu gerakan halus ini memerlukan koordinasi yang cermat.

Salah satu faktor yang memengaruhi motorik halus adalah jenis kelamin. Berdasarkan pada Tabel 1 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian anak berjenis kelamin perempuan sebanyak 28 anak (63,6%). Dari penelitian didapatkan kebanyakan anak yang diteliti berjenis kelamin perempuan dibandingkan anak yang berjenis kelamin laki-laki. Anak perempuan pada usia prasekolah ini sangat telaten dalam menyelesaikan hal-hal yang berkaitan dengan keluwesan tangan. Anak perempuan lebih tertarik dengan pernak-pernik atau benda-benda kecil yang menurut mereka dapat disusun dan dapat dibuat mainan. Sehingga tanpa disadari kemampuan motorik halus meningkat seiring dengan seringnya bermain menggunakan benda-benda yang disukai. Hal tersebut didukung oleh Budiman (2008) bahwa anak perempuan cenderung lebih suka dengan benda-benda kecil yang dapat disusun dan digunakan bermain, sedangkan anak laki-laki pada usia 3–6 tahun cenderung lebih suka terhadap kreativitas yang menggunakan kemampuan secara fisik dibandingkan dengan anak perempuan.

Selain jenis kelamin, usia juga dapat memengaruhi perkembangan motorik halus anak. Berdasarkan Tabel 2 menunjukkan bahwa hampir sebagian anak berusia dalam

rentang 5 tahun 1 bulan–5 tahun 6 bulan sebanyak 17 anak (38,6%), dan tidak satu pun berusia 3 tahun–3 tahun 6 bulan dan 3 tahun 7 bulan–4 tahun (0%). Usia 5–6 tahun kecepatan kemajuan dalam perkembangan motorik halus lebih menonjol dari pada kecepatan pertumbuhan. Periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah pada masa ini, karena pada usia ini saraf yang mengontrol gerakan motorik halus anak sudah mencapai kematangannya, sehingga anak mampu melakukan gerakan atau kegiatan yang kompleks. Pertumbuhan dasar yang berlangsung pada masa prasekolah akan memengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Opini di atas didukung oleh teori Yasin Musthofa (2007) bahwa di usia 5 tahun anak telah memiliki kemampuan motorik yang bersifat kompleks yaitu kemampuan untuk mengkombinasikan gerakan motorik dengan seimbang.

KESIMPULAN

1. Sebelum diberikan teknik mozaik terdapat lebih dari sebagian anak mengalami perkembangan motorik halus normal di TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur Kecamatan Kanor Bojonegoro tahun 2016.
2. Sesudah diberikan teknik mozaik hampir seluruh anak mengalami perkembangan motorik halus normal di TK Dharma Wanita Achmad Yani Desa Bungur Kecamatan Kanor Bojonegoro tahun 2016.

SARAN

Bagi Akademis

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya cara penatalaksanaan kejadian perkembangan motorik halus suspect yang mana pada anak prasekolah (3-6 tahun) sebagai sarana pembandingan bagi dunia ilmu pengetahuan dalam memperkaya informasi tentang terapi teknik mozaik terhadap perkembangan motorik halus.

Bagi Rumah Sakit

Dengan adanya hasil penelitian ini, diharapkan terapi teknik mozaik harus lebih selektif dan meningkatkan kualitas penatalaksanaan terapi perkembangan motorik halus.

Bagi Profesi Keperawatan

Hendaknya setiap petugas kesehatan harus mengetahui faktor-faktor yang berpotensi untuk menimbulkan perkembangan motorik halus suspect yang mana apabila ditemukan faktor risiko tersebut perlunya terapi teknik mozaik pada anak prasekolah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Astuti Wili. 2010. *Bermain dan Teknik Permainan*. Surakarta: UMS.
2. Budiman. 2008. *Pengaruh Penggunaan Alat Permainan Edukatif terhadap Kemampuan Motorik Halus Anak di TK Pambudi Dharma 2 Cimahi*. Jurnal Universitas Jend. Ahmad Yani Cimahi Vol. 2 No. 1.
3. Budiman. 2011. *Penelitian Kesehatan*. Bandung: PT Refika Utama.
4. Depkes. 2007. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi: Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Bakti Husada.
5. Hidayat, Aziz Alimul. 2009. *Pengantar dan Kesehatan Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
6. Marmi. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
7. Muscari, Mary E. 2007. *Keperawatan Pediatrik Edisi 3 Alih Bahasa Alfrina*. Jakarta: EGC.
8. Notoatmodjo Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rinerke Cipta.
7. Prastiana, Devita Dwi, dan Aminin Zainul. 2011. *Pengaruh Penerapan Teknik Mozaik Daun Kering terhadap Kemampuan Motorik Halus Anak Kelompok B TK Qoshrul Ubudiyah Surabaya*.
8. Samsudin. 2008. *Pembelajaran Motorik di Taman Kanak-kanak*. Jakarta: Litera Prenada Media Group.
9. Saputra Yudha M. 2005. *Pembelajaran Kooperatif untuk Meningkatkan Keterampilan Anak TK*. Yogyakarta: FIP UNY.
10. Sujiono, Yuliani Nuraini. 2009. *Konsep Dasar Pendidikan AUD*. Jakarta: Idektif.
11. Wulan Ratna. 2011. *Mengasah Kecerdasan pada Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
12. Yasin Musthofa. 2007. *EQ untuk Anak Usia Dini dalam Pendidikan Islam*. Yogyakarta: Sketsa.

Hubungan Tingkat Religiusitas dan Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja di SMAN 1 Rambipuji - Jember

(Correlation Between Level of Religiosity with Level of Knowledge of Contraception Tools, to Initiation of Permissive Conduct in Dating, in Teenager Pupils, in Public Senior High School 1 Rambipuji - Jember)

Widia Shofa Ilmiah, Fifi Maulidatul Azizah, Nina Sukma Amelia
Program studi DiV Bidan Pendidik STIKES Hafshawaty Zainul Hasan Genggong.
Correspondensi: widiailmiah@yahoo.com

ABSTRAK

Remaja banyak mengalami maturity gap dan berbagai permasalahan seperti perilaku seksual, kehamilan tidak diinginkan, infeksi menular seksual dan penyalahgunaan obat-obatan terlarang. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada 22 Januari 2016 diketahui pada tahun 2015 terdapat 1 orang yang melakukan seks pranikah yang mengakibatkan kehamilan tidak diinginkan; dan Januari 2016 terdapat 2 orang siswa karena korban pemerkosaan. Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui hubungan tingkat religiusitas dan tingkat pengetahuan tentang alat kontrasepsi dengan inisiasi berperilaku pacaran permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Jember. Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi penelitian ini adalah seluruh remaja kelas III IPS sejumlah 92 orang. Sampel penelitian ini yaitu sebagian remaja kelas III IPS sejumlah 75 orang. Teknik sampling penelitian ini yaitu proporsional random sampling dengan uji statistik regresi logistik berganda. Kesimpulan penelitian ini yaitu Tingkat Religiusitas tidak memiliki pengaruh terhadap Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif dengan nilai P value $0,999 > \alpha 0,05$ dan nilai Odd Rasio 0,000. Sedangkan variabel Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi memiliki pengaruh terhadap Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif dengan P value 0,048 dan nilai Odd Rasio 4,879 yang artinya variabel Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi memiliki peluang 4,879 kali memengaruhi Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif. Institusi pendidikan sebaiknya lebih sering memberikan pendidikan kesehatan pada remaja secara berkala tentang permasalahan kesehatan pada remaja termasuk perilaku berpacaran yang sehat melalui UKS dan BK sehingga remaja dapat berperilaku sehat dan menjalankan reproduksinya secara bertanggung jawab.

Kata kunci: religiusitas, pengetahuan, alat kontrasepsi, inisiasi, pacaran permisif

ABSTRACT

Teenager have more maturity gap and more problem such as sexual behavior, unwanted pregnancy, sexual transmitted disease and drug user. The result of preliminary by researcher in January 22, 2016 known in 2015 that a student is doing free sex that be unwanted pregnancy; and January 2016 known 2 student caused victims of rape. The purpose of this study is to know the association level of religiosity and level of knowledge about contraception with behavior intention of dating permissive in teenager in Public Senior High School 1 Rambipuji Jember District. This study use analytic correlational with cross sectional approach. Population of this study are all teenagers class III social science a number of 92 person. Sample of this study are most of teenagers class III social science a number of 75 person. Sampling this study is proporsional random sampling with logistic regression statistic test. Conclusion this study that level of religiosity is have not influence to behavior intention of dating permissive with p value $0.999 > \alpha 0.05$ and odd ratio is 0.000. While level of knowledge about contraception is have influence to behavior intention of dating permissive with p value $0.048 < \alpha 0.05$ and odd ratio is 4.879, it is means variable of level of knowledge about contraception have opportunities 4.879 times to influence behavior intention of dating permissive. The high school should more often give health education to teenagers periodically about problem of health at teenagers include healthy behavioral dating to school health unit and counseling guidance so teenagers can do healthy behavior and conducted of their reproduction is responsibility.

Keywords: religiosity, knowledge, contraception, initiation, permissive dating

PENDAHULUAN

Masa remaja atau *adolescence* merupakan salah satu fase yang sangat penting bagi perkembangan pada tahap-tahap kehidupan selanjutnya.¹ Secara fisik masa remaja merupakan masa terjadinya perubahan hormonal dan secara psikologi masa remaja adalah

usia di mana individu mulai berintegrasi dengan orang dewasa, dengan kata lain individu mempunyai hak yang sama dengan orang dewasa.² Banyak remaja mengalami *maturity gap* yaitu perbedaan kematangan secara fisik dan mental. Perbedaan kematangan ini dapat mendorong remaja untuk melakukan hal-hal yang berisiko.³

Permasalahan-permasalahan yang sering terjadi pada remaja yaitu perilaku seksual, kehamilan pada remaja, infeksi menular seksual (IMS), dan penyalahgunaan obat-obatan terlarang.⁴ Menurut hasil penelitian yang terkait dengan kenakalan remaja, menjelaskan bahwa remaja dengan rata-rata usia 13–17 tahun cenderung melakukan perbuatan-perbuatan yang bersifat amoral maupun anti sosial. Perbuatan tersebut dapat berupa berkata jorok, mencuri, merusak, kabur dari rumah, indisipliner di sekolah, membolos, membawa senjata tajam, merokok, berkelahi dan kebut-kebutan di jalan, hingga pada perbuatan yang menjurus pada perbuatan kriminal atau perbuatan yang melanggar hukum, seperti pembunuhan, perampokan, pemerkosaan, seks bebas, pemakaian obat-obatan terlarang dan tindak kekerasan lainnya yang sering diberitakan di media masa.⁵

Hasil Penelitian Komnas Perlindungan Anak (KPAI) di 33 Propinsi pada bulan Januari-Juni 2008 menyimpulkan bahwa 97% remaja SMP dan SMA pernah menonton film porno; 93,7% remaja SMP dan SMA pernah ciuman, *genital stimulation* dan oral seks; dan 21,2% remaja pernah mengaku aborsi.⁶ Sedangkan data Riskesdas 2010 di Indonesia pada kelompok umur remaja diketahui bahwa 1,1% wanita dan 3% pada laki-laki telah melakukan hubungan seksual. Data BKKBN (2012) di Indonesia, menemukan bahwa 39% remaja usia 15–19 tahun dan 39% remaja usia 20–25 tahun pernah melakukan hubungan seks pranikah. Hasil penelitian Setyo di Jawa Timur menunjukkan 48,3% remaja komunitas pemulung termasuk kategori praktik seksual tingkat berat.³⁵

Hasil penelitian Nafikadini (2013) diketahui bahwa pertama kali responden terpapar media pornografi saat berusia 17–20 tahun (94,5%). Sebanyak 62,4% mempunyai niat untuk menonton film, situs dan bacaan porno, sedangkan untuk aktivitas seksual (52,3%) pernah melakukan masturbasi atau onani, lalu berciuman (61,5%), *necking* (34,9%), *petting* (17,4%), oral seks (11,9%) dan *intercourse* (11%). Aktivitas *intercourse* dilakukan dengan pacar (7,3%) dan teman (2,8%).⁷

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada 22 Januari 2016 di SMAN 1 Rambipuji Jember, dengan cara wawancara pada guru BK tentang gaya pacaran permisif remaja, diketahui bahwa sebagian remaja memiliki perilaku berpacaran permisif dan dampak dari perilaku tersebut diketahui pada tahun 2014 terdapat 2 siswa telah melakukan seks pranikah, tetapi tidak terjadi kehamilan yang tidak diinginkan; pada tahun 2015 terdapat 1 orang siswa telah melakukan seks pranikah yang mengakibatkan kehamilan tidak diinginkan; dan pada Januari 2016 terdapat 2 orang siswa karena korban pemerkosaan.

Faktor penyebab remaja berperilaku permisif meliputi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internalnya yaitu usia, kepribadian, religiusitas, kontrol diri yang lemah, kondisi fisik, gender, status dan peranannya di masyarakat, tingkat pengetahuan, tingkat

pendidikan, sedangkan faktor eksternalnya yaitu kondisi lingkungan keluarga (*broken home*), kurang perhatian dan kasih sayang dari orang tua, penerapan disiplin keluarga yang tidak tepat, sosial ekonomi orang tua rendah, teman sebaya yang kurang baik, komunitas atau lingkungan tempat tinggal yang kurang baik, media sosial.⁸

Religiusitas yaitu suatu keyakinan dan penghayatan akan ajaran agama yang mengarahkan perilaku seseorang sesuai dengan ajaran yang dianutnya. Dimensi religiusitas dinilai berdasarkan keyakinan, praktik agama, pengalaman, pengetahuan agama, dankonsekuensi.⁹ Faktor yang memengaruhi religiusitas meliputi faktor internal yaitu hereditas, tingkat usia, kepribadian, kondisi kejiwaan dan faktor eksternal yaitu keluarga, lingkungan institusional, lingkungan masyarakat.¹⁰

Remaja sangat membutuhkan norma-norma sebagai bimbingan, pegangan hidup dan pengawasan bagi remaja itu sendiri agar tidak salah langkah dalam perilakunya. Salah satunya adalah remaja membutuhkan kehidupan spiritual untuk dapat mengontrol perilakunya.¹¹

Remaja sebagai harapan bangsa diharapkan mulai terpupuk perilaku religiusitasnya. Aktivasinya dalam kehidupan sehari-hari diharapkan selalu diwarnai dengan tuntutan agama yang diyakininya.¹² Keterlibatan remaja dalam kegiatan-kegiatan keagamaan diharapkan dapat berpengaruh baik terhadap tingkat religiusitas remaja. Tingkat religiusitas yang tinggi pada remaja ditunjukkan dalam perilaku yang sesuai dengan ajaran agama yang dianutnya karena memandang agama sebagai tujuan hidupnya sehingga remaja berusaha menginternalisasikan ajaran agamanya dalam perilaku sehari-hari.¹³

Tingkat pengetahuan remaja sebagai salah satu faktor internal yang memengaruhi kenakalan remaja yaitu pengetahuannya tentang alat kontrasepsi. Pengetahuan remaja tentang alat kontrasepsi sering disalahgunakan atau cenderung bersikap setuju mengenai hubungan seksual pranikah.¹⁴ Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Ciptaningtyas (2015) tentang “Hubungan Pengetahuan Alat Kontrasepsi Sederhana dengan Sikap Seks Pranikah pada Remaja di SMAN 6 Surakarta” menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang alat kontrasepsi sederhana dengan sikap seks pranikah pada remaja.¹⁵

Data SDKI (Survey Demografi Kesehatan Indonesia) tahun 2012, diketahui bahwa remaja wanita (95%) dan laki-laki (93%) yang belum menikah telah memiliki pengetahuan tinggi tentang alat kontrasepsi setidaknya satu metode kontrasepsi.¹⁶

Permisif adalah bersifat terbuka, serba membolehkan, suka mengizinkan.¹⁷ Perilaku berpacaran permisif yaitu bersedia melakukan apapun demi keseriusan pada pacar.¹⁸ Dampak perilaku permisif yaitu terjadinya kehamilan tidak diinginkan, meningkatnya kasus aborsi, infeksi menular seksual, meningkatnya angka putus

sekolah. Selain itu dampak lainnya adalah meningkatnya kasus asosial atau kriminal lainnya.⁴

Perilaku berpacaran permisif yang dilakukan remaja tersebut harus segera ditindaklanjuti karena perilaku amoral yang dilakukan remaja tersebut sangat merugikan orang tua, masyarakat serta bangsa dan negara, remaja merupakan generasi penerus bangsa yang akan bertanggung jawab terhadap kemajuan dan kehidupan bangsa pada masa yang akan datang.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini sangat penting untuk dilakukan penelitian, dan memberikan manfaat bagi institusi pendidikan, profesi kebidanan, responden, dan tempat penelitian. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan Tingkat Religiusitas dan Tingkat Pengetahuan Tentang Alat Kontrasepsi Dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember”.

Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui hubungan tingkat religiusitas dan tingkat pengetahuan tentang alat kontrasepsi dengan inisiasi berperilaku pacaran permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember.

METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif di mana peneliti akan bekerja dengan angka-angka sebagai perwujudan atas sesuatu yang diamati atau diteliti. Penelitian ini menggunakan rancangan analitik korelasional, yaitu penelitian yang bertujuan untuk mencari hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, dengan pendekatan *cross sectional* di mana data dikumpulkan pada waktu yang sama.²⁷ Populasi penelitian ini adalah seluruh remaja kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Jember Bulan Januari Tahun 2016 sejumlah 92 orang. Sampel penelitian ini yaitu sebagian remaja kelas III IPS sejumlah 75 responden, yang diperoleh melalui perhitungan rumus Slovin dengan rincian kelas III IPS 1 sebanyak 25 responden, III IPS 2 sebanyak 26 responden dan III IPS 3 sebanyak 24 responden. Teknik sampling penelitian ini yaitu *proporsional random sampling*.²⁸ Lokasi Penelitian SMAN 1 Rambipuji Jember dan waktu penelitian Februari 2016.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember

Umur	F	%
15–17	34	45,3
18–21	41	54,7
Jumlah	75	100

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember

Jenis Kelamin	F	%
Perempuan	36	48
Laki-laki	39	52
Jumlah	75	100

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penghasilan Orang Tua pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember

Penghasilan	F	%
< 1.000.000	50	66,7
1.000.000-2.000.000	14	18,7
> 2.000.000	11	14,6
Jumlah	75	100

Analisis univariat penelitian ini menggunakan distribusi frekuensi.²² Analisis bivariat penelitian ini menggunakan uji statistik *chi square* dan derajat kemaknaan ($\alpha = 0,05$).²⁹ Analisis Multivariat dengan *regresi logistic* berganda.

HASIL PENELITIAN

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa sebagian besar siswa yaitu 41 siswa (54,7%) memiliki umur antara 18–21 tahun dan sisanya yaitu 34 siswa (45,3%) memiliki umur antara 15–17 tahun.

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa sebagian besar siswa berjenis kelamin laki-laki yaitu 39 siswa (52%) dan sisanya berjenis kelamin perempuan yaitu 36 siswa (48%).

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penghasilan Orang Tua

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa sebagian besar orang tua siswa memiliki penghasilan < 1.000.000,- per bulan yaitu sebanyak 50 siswa (66,7%) dan hanya sebagian kecil orang tua siswa memiliki penghasilan > 2.000.000,- per bulan yaitu sebanyak 11 siswa (14,6%).

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengalaman Menonton Video Porno

Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa hampir seluruh siswa yaitu 59 siswa (78,7%) memiliki pengalaman menonton video porno dan hanya sebagian kecil siswa

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengalaman Menonton Video Porno pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember

Pengalaman Menonton Video Porno	F	%
Ya	59	78,7
Tidak	16	21,3
Jumlah	75	100

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Religiusitas pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember

Tingkat Religiusitas	F	%
Tinggi	72	94
Rendah	3	4
Jumlah	75	100

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember

Tingkat Religiusitas	F	%
Baik	48	64
Kurang Baik	27	36
Jumlah	75	100

yaitu 16 siswa (21,3%) tidak memiliki pengalaman menonton video porno.

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Religiusitas

Berdasarkan Tabel 5 diketahui bahwa hampir seluruh siswa yaitu 72 siswa (94%) memiliki tingkat religiusitas tinggi dan hanya sebagian kecil siswa yaitu 3 siswa (4%) memiliki tingkat religiusitas rendah.

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi

Berdasarkan Tabel 6 diketahui bahwa sebagian besar siswa yaitu 48 siswa (64%) memiliki tingkat pengetahuan baik tentang alat kontrasepsi dan sisanya yaitu 27 siswa (36%) memiliki tingkat pengetahuan kurang baik tentang alat kontrasepsi.

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif

Berdasarkan Tabel 7 diketahui bahwa sebagian besar siswa yaitu 56 siswa (74,7%) tidak memiliki inisiasi

berperilaku pacaran permisif dan sisanya yaitu 19 siswa (25,3%) memiliki inisiasi berperilaku pacaran permisif.

Hubungan Tingkat Religiusitas dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif

Berdasarkan Tabel 8 diketahui bahwa siswa yang memiliki tingkat religiusitas tinggi, cenderung tidak ada inisiasi berperilaku pacaran permisif yaitu 56 siswa (74,7%), sedangkan siswa yang memiliki tingkat religiusitas rendah, cenderung ada inisiasi berperilaku pacaran permisif yaitu 3 siswa (4%) dan hanya sebagian kecil siswa yang memiliki tingkat religiusitas tinggi yaitu 16 siswa (21,3%), ada inisiasi berperilaku pacaran permisif serta tidak satu pun siswa yang memiliki tingkat religiusitas rendah, tidak memiliki inisiasi berperilaku pacaran permisif.

Hasil uji statistik *Chi Square Test* diperoleh *P value* yaitu $0,000 < \alpha 0,05$ sehingga Ada Hubungan Tingkat Religiusitas terhadap Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember.

Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif

Berdasarkan Tabel 9 diketahui bahwa siswa yang memiliki tingkat pengetahuan baik tentang alat kontrasepsi, cenderung ada inisiasi untuk berperilaku pacaran permisif yaitu 15 siswa (20%) dan siswa yang memiliki tingkat pengetahuan kurang baik tentang

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember

Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif	F	%
Tidak Ada Inisiasi	56	74,7
Ada Inisiasi	19	25,3
Jumlah	75	100

Tabel 8. Tabel Silang Hubungan Tingkat Religiusitas dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember

Tingkat Religiusitas	Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif				Total	
	Tidak Ada Inisiasi		Ada Inisiasi		F	%
	F	%	F	%		
Tinggi	56	74,7	16	21,3	72	96
Rendah	0	0	3	4	3	4
Jumlah	56	74,7	19	25,3	75	100

Tabel 9. Tabel Silang Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember

Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi	Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif				Total	
	Tidak Ada Inisiasi		Ada Inisiasi			
	F	%	F	%	F	%
Baik	33	44	15	20	48	64
Kurang Baik	23	30,7	4	5,3	27	36
Jumlah	56	74,7	19	25,3	75	100

Tabel 10. Analisis Multivariat Hubungan Tingkat Religiusitas dan Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember.

	Sig	Exp (B)
Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi	0,999	0,000
Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi	0,048	4,879

alat kontrasepsi, cenderung tidak ada inisiasi untuk berperilaku pacaran permisif yaitu 23 siswa (30,7%), sedangkan siswa yang memiliki tingkat pengetahuan baik tentang alat kontrasepsi dan tidak ada inisiasi berperilaku pacaran permisif yaitu 33 siswa (44%) serta hanya sebagian kecil siswa yang memiliki tingkat pengetahuan kurang baik tentang alat kontrasepsi dan ada inisiasi untuk berperilaku pacaran permisif yaitu 4 siswa (5,3%).

Hasil uji statistik *Chi Square Test* diperoleh *P value* yaitu $0,015 < \alpha 0,05$ sehingga Ada Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember.

Hubungan Tingkat Religiusitas dan Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif

Berdasarkan Tabel 10 diatas diketahui bahwa hasil analisis multivariat dengan uji regresi logistik berganda diketahui bahwa variabel Tingkat Religiusitas memiliki nilai *P value* $0,999 > \alpha 0,05$ dan nilai *Odd Rasio* 0,000, sedangkan variabel Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi memiliki nilai *P value* $0,048 < \alpha 0,05$ dan nilai *Odd Rasio* 4,879.

Oleh karena itu, variabel Tingkat Religiusitas tidak memiliki pengaruh terhadap Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif dengan nilai *P value* $0,999 > \alpha 0,05$ dan nilai *Odd Rasio* 0,000. Sedangkan variabel Tingkat

Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi memiliki pengaruh terhadap Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif dengan *P value* 0,048 dan nilai *Odd Rasio* 4,879 yang artinya variabel Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi memiliki peluang 4,879 kali memengaruhi Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif.

PEMBAHASAN

Hampir seluruh siswa (94%) memiliki tingkat religiusitas tinggi dan hanya sebagian kecil siswa (4%) memiliki tingkat religiusitas rendah.

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian pada Tabel 1 bahwa sebagian besar siswa (54,7%) memiliki umur antara 18–21 tahun dan sisanya (45,3%) memiliki umur antara 15–17 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa responden berada pada usia remaja tengah dan akhir. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Notoatmodjo bahwa semakin tinggi usia seseorang, tingkat kematangan seseorang semakin bertambah, sehingga sikap seseorang akan semakin positif dan perilaku dalam hal ini religiusitas seseorang juga akan semakin meningkat.²¹

Sebagian besar siswa (64%) memiliki tingkat pengetahuan baik tentang alat kontrasepsi dan sisanya (36%) memiliki tingkat pengetahuan kurang baik tentang alat kontrasepsi.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian pada Tabel 1 bahwa sebagian besar siswa yaitu 41 siswa (54,7%) memiliki umur antara 18–21 tahun dan sisanya yaitu 34 siswa (45,3%) memiliki umur antara 15–17 tahun.

Notoatmodjo mengatakan bahwa semakin tinggi usia seseorang, semakin tinggi pula pengalamannya sehingga tingkat pengetahuannya semakin tinggi pula.²¹

Sebagian besar siswa (74,7%) tidak memiliki inisiasi berperilaku pacaran permisif dan sisanya (25,3%) memiliki inisiasi berperilaku pacaran permisif.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian pada Tabel 4 diketahui bahwa hampir seluruh siswa (78,7%) memiliki pengalaman menonton video porno dan hanya sebagian kecil siswa (21,3%) tidak memiliki pengalaman menonton video porno.

Pengalaman menonton video porno dipengaruhi oleh motivasi diri dan lingkungan sekitarnya dalam hal ini teman, keluarga (pola asuh orang tua) dan atau masyarakat yang dalam hal ini juga merupakan faktor yang memengaruhi inisiasi dalam berperilaku pacaran permisif. Remaja laki-laki cenderung lebih permisif dalam hal berpacaran.³²

Siswa yang memiliki tingkat religiusitas tinggi, cenderung tidak ada inisiasi berperilaku pacaran permisif yaitu 56 siswa (74,7%), sedangkan siswa yang memiliki tingkat religiusitas rendah, cenderung ada inisiasi berperilaku pacaran permisif (4%) dan hanya sebagian kecil siswa yang memiliki tingkat religiusitas tinggi yaitu (21,3%), ada inisiasi berperilaku pacaran permisif.

Hasil uji statistik *Chi Square Test* diperoleh *P value* yaitu $0,000 < \alpha 0,05$ sehingga Ada Hubungan Tingkat Religiusitas dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian pada Tabel 1 bahwa sebagian besar siswa (54,7%) memiliki umur antara 18-21 tahun dan sisanya (45,3%) memiliki umur antara 15-17 tahun. Sesuai pendapat Ali bahwa pada masa usia remaja religiusitas mulai meningkat karena perkembangan emosional dan sosial remaja juga semakin berkembang pesat.³⁰

Siswa yang memiliki tingkat pengetahuan **baik** tentang alat kontrasepsi, cenderung **ada inisiasi** untuk berperilaku pacaran permisif (20%) dan siswa yang memiliki tingkat pengetahuan **kurang baik** tentang alat kontrasepsi, cenderung **tidak ada inisiasi** untuk berperilaku pacaran permisif (30,7%), sedangkan siswa yang memiliki tingkat pengetahuan **baik** tentang alat kontrasepsi dan **tidak ada** inisiasi berperilaku pacaran permisif (44%) serta hanya sebagian kecil siswa yang memiliki tingkat pengetahuan **kurang baik** tentang alat kontrasepsi dan **ada** inisiasi untuk berperilaku pacaran permisif (5,3%).

Hasil uji statistik *Chi Square Test* diperoleh *P value* yaitu $0,015 < \alpha 0,05$ sehingga Ada Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi dengan Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember.

Menurut Widyastuti banyak remaja mengalami *maturity gap* yaitu perbedaan kematangan secara fisik dan mental. Perbedaan kematangan ini dapat mendorong remaja untuk melakukan hal-hal yang berisiko.³³

Analisis Multivariat dengan uji regresi logistik berganda menunjukkan bahwa variabel Tingkat Religiusitas tidak memiliki pengaruh terhadap Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif dengan nilai *P value* $0,999 > \alpha 0,05$ dan nilai Odd Rasio 0,000. Sedangkan variabel Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi memiliki pengaruh terhadap Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif dengan *P value* 0,048 dan nilai Odd Rasio 4,879 yang artinya variabel Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi memiliki peluang 4,879 kali memengaruhi Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif.

Berdasarkan hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa tingkat religiusitas bukan merupakan satu-satunya faktor yang memengaruhi inisiasi berperilaku pacaran permisif. Faktor lainnya yang memengaruhi inisiasi berperilaku pacaran permisif yaitu motivasi, tingkat pengetahuan, sikap, lingkungan.

Remaja merupakan masa transisi dari anak-anak ke masa dewasa. Remaja telah memiliki perkembangan yang matang baik dari segi fisik, psikis, sosial dan spiritual. Akan tetapi, remaja juga merupakan masa kebingungan, yang jika tidak dikendalikan dengan norma positif, lingkungan yang positif, maka remaja akan mencoba-coba hal yang negatif. Hal tersebut dikarenakan remaja memiliki sifat keingintahuan yang tinggi dan sifat ingin

mencoba-coba terhadap sesuatu hal yang baru serta merupakan masa *maturity gap*, demikian pula tentang pengetahuan yang ia miliki tentang alat kontrasepsi.

Tingkat pengetahuan tentang alat kontrasepsi meningkatkan perilaku pacaran permisif remaja, karena mereka mengetahui bagaimana cara menghindari kehamilan. Damayanti dalam penelitiannya yang dilakukan pada 119 sekolah dengan jumlah sebanyak 8.941 siswa, menyatakan bahwa prevalensi perilaku seks pranikah pada remaja SMA di DKI ialah sebesar 3,2% yaitu 1,8% untuk perempuan dan 4,3% untuk laki-laki melakukan hubungan seks pranikah.⁽³⁴⁾

Hasil penelitian di DKI Jakarta dan DI Yogyakarta menunjukkan bahwa dari responden yang berjumlah 3967 menyatakan pernah pacaran. Adapun perilaku atau tindakan yang dilakukan oleh remaja tersebut pada waktu pacaran yaitu sebanyak 41,4% mengaku hanya berkunjung ke rumah dan bercanda, 37,4% menyatakan cium pipi dan cium bibir dan 4,1% menyatakan pernah melakukan hubungan seks.

SIMPULAN

Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember menunjukkan bahwa sebagian besar siswa tidak memiliki inisiasi berperilaku pacaran permisif karena memiliki tingkat religiusitas tinggi dan sebagian kecil siswa yang memiliki tingkat religiusitas tinggi, memiliki perilaku permisif.

Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi meningkatkan angka Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif pada Remaja Kelas III IPS di SMAN 1 Rambipuji Kabupaten Jember. Hal ini terlihat dari hasil Analisis Multivariat dengan uji regresi logistik berganda yang menunjukkan bahwa Tingkat Pengetahuan tentang Alat Kontrasepsi memiliki peluang 4,879 kali memengaruhi Inisiasi Berperilaku Pacaran Permisif.

SARAN

Bagi Tempat Penelitian

Institusi pendidikan sebaiknya lebih sering memberikan pendidikan kesehatan pada remaja secara berkala tentang permasalahan kesehatan pada remaja termasuk perilaku berpacaran yang sehat melalui UKS dan BK sehingga remaja dapat berperilaku sehat dan menjalankan reproduksinya secara bertanggung jawab.

Bagi Profesi Kesehatan

Memaksimalkan kerja sama lintas sektor yang telah dilakukan dalam upaya melancarkan program PIKR (Pusat Informasi dan konseling Remaja) yang memfasilitasi remaja dalam menjawab berbagai permasalahan kesehatan reproduksi termasuk penyuluhan

kesehatan tentang nilai-nilai religiusitas, alat kontrasepsi dan perilaku pacaran yang sehat.

Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya untuk meneliti permasalahan perilaku pacaran permisif remaja dengan mencari determinan lainnya dalam membantu mencari solusi tentang permasalahan kesehatan pada remaja.

DAFTAR PUSTAKA

- Azinar, M. *Perilaku Seks Pranikah Berrisiko terhadap Kehamilan tidak Diinginkan*. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. Vol. 8. No. 2. Hal: 153–160, 2013.
- Desmita. *Psikologi Perkembangan*. Bumi Aksara. Jakarta, 2008.
- Widyastuti, Y. *Kesehatan Reproduksi*. Fitramaya. Yogyakarta, 2009.
- Vindari A.V. *Kesehatan Reproduksi Buat Mahasiswi Kebidanan*. Nuhamedika. Yogyakarta, 2011.
- Suminar D. R. *Hubungan Antara Tingkat Kontrol Diri dengan Kecenderungan Perilaku Kenakalan Remaja*. Jurnal Psikologi dan Perkembangan Vol. 1 No. 02 Hal: 1-6, 2012.
- Reza I. F. *Hubungan Antara Religiusitas dengan Moralitas pada Remaja di Madrasah Aliyah*. Jurnal Humanitas Vol. 10. No.2 Hal: 45–58, 2013.
- Nafikadini. I. *Efek Paparan Pornografi terhadap Aktivitas Seksual Pranikah Mahasiswa Universitas Jember 2015 (Internet)* Bersumberdari: <http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle>. Diakses tanggal 23 Januari 2016.
- Astuti FY. *Masalah Sosial Kenakalan Remaja*. UNS. Surakarta, 2014.
- Ancok D. *Psikologi Islami*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta, 2008.
- Jalaludin. *Psikologi Agama*. Raja Grafindo. Jakarta, 2007.
- Desmita. *Psikologi Perkembangan Peserta Didik*. PT Remaja Rosdakarya. Bandung, 2012.
- Ali H. *Hubungan Religiusitas dengan Kenakalan Remaja pada Siswa SMA Negeri 1 Tibawa Kabupaten Gorontalo 2014 (Internet)*. Bersumber dari: <http://eprints.ung.ac.id>. Diakses pada 12 Desember 2015.
- Andisty MA dan Ritandyo. *Religiusitas dan Perilaku Seks Bebas pada Dewasa Awal*. Jurnal Psikologi Vol. 1 No. 2, Hal. 170–176, 2008.
- Kusmiran E. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Salemba Medika. Jakarta, 2011.
- Ciptaningtyas WAD. *Hubungan Pengetahuan Alat Kontrasepsi Sederhana dengan Sikap Seks Pranikah pada Remaja di SMAN 6 Surakarta*. Skripsi, Surakarta, 2015.
- SDKI. *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (Kesehatan Reproduksi Remaja)*. BPS Kementerian Kesehatan. Jakarta, 2012.
- KBBI. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Balai Pustaka. Jakarta, 2013.
- Prihastuti. *Studi perilaku seksual dalam berpacaran mahasiswa Universitas Negeri Malang/Nurul Khasanah*. (internet). Bersumberdari:library.um.ac.id/free-contents/savedocpub.php/seks.doc. Diakses pada 12 Desember 2015.
- Bambang W. *Teori Belajar Robert M. Gagne dan Implikasinya pada Pentingnya Pusat Sumber Belajar*. Jurnal Teknodik. Vol. 12. No. 1, 2008.
- Wawan A dan Dewi M. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Nuhamedika. Yogyakarta, 2010.
- Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta, 2011.
- Suharsimi Arikunto. *Dasar-dasar Evaluasi Pendidikan*. Rineka Cipta. Jakarta, 2006.
- Burhanudin. *Theory of Planned Behavior: Aplikasi pada Niat Konsumen untuk Berlangganan Surat Kabar Harian Kedaulatan Rakyat di Desa Donotirto, Kecamatan Kretek Kabupaten Bantul*. Tugas Akhir, 2007.
- Rahardjo W. *Perilaku Seks Pranikah pada Mahasiswa Pria Kaitannya dengan Sikap terhadap tipe Cinta Eros dan Ludus dan Fantasi Erotis*. Jurnal Iilmiah Berkala Psikologi. Vol. 10. No. 1. Hal: 3–18, 2008.
- Arum DNS, dkk. *Panduan Lengkap KB Terkini*. Nuhamedika. Yogyakarta, 2011.
- Hartanto H. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta, 2010.
- Sugiyono. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R & D)*. Alfabeta. Bandung, 2013.
- Dharma KK. *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. CV. Trans Info Media. Jakarta, 2011.
- Dahlan S. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Salemba Medika. Jakarta, 2009.
- Ali M dan Anshori. *Psikologi Remaja (Perkembangan Peserta Didik)*. Bumi Aksara. Jakarta, 2012.
- Azwar S. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Pustaka. Pelajar. Yogyakarta, 2007.
- Roche. *Perilaku Seks Pranikah Mahasiswa ditinjau dari Teritori dan Lingkungan Kos-kosan*. Skripsi. Universitas Lampung Mangkurat Banjar Baru, 2013.
- Widyastuti E.S.A. *Personal dan Sosial yang Memengaruhi Sikap Remaja terhadap Hubungan Seks Pranikah*. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia. Vol. 4. No. 2. Hal: 75–85, 2009.
- Damayanti. *Peran Biopikosial terhadap Perilaku tertular HIV pada Remaja SLTA di DKI 2006*. (Internet). Bersumber dari:<http://www.lib.ui.ac.id/abstrakpdf>. Diakses tanggal 4 Juli 2016.
- Setyo A.P., dkk. *Factors Associated with Sexual Behaviour Premarital Adolescent Community Scavengers in Surabaya 2013*. (Internet). Bersumber dari: <http://Journal.unair.ac.id>. Diakses tanggal 20 Desember 2015.

Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dan Pemilihan Penolong Persalinan

(Correlation Between Access of Health Service and Birth Attendant Selection)

Sri Astutik, Wiwin Nur Siam, Kurnia Ramadhani, Edi Susanto*

STIKES Nurul Jadid Paiton, Jawa Timur

*Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso, Jawa Timur

E-mail: stikesnuruljadid@yahoo.com

ABSTRAK

Saat ini pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan masih belum mencapai target. Di Kecamatan Klabang Kabupaten Bondowoso pada tahun 2014 hanya mencapai 76,06%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan akses pelayanan kesehatan dengan pemilihan penolong persalinan di wilayah kerja Puskesmas Klabang Kabupaten Bondowoso pada tahun 2015. Desain penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan cross sectional. Populasi penelitian yaitu semua ibu yang sudah melahirkan di wilayah kerja Puskesmas Klabang tahun 2015, dengan jumlah sampel sebesar 103 orang. Analisis data menggunakan uji chi-square. Hasil penelitian menunjukkan 73,8% responden memilih penolong persalinan pada petugas kesehatan, dan 26,6% ibu memilih dukun. Hasil uji chi-square menunjukkan variabel akses menuju fasilitas kesehatan berkorelasi signifikan dengan pemilihan penolong persalinan ($p = 0,000$; $OR = 40,83$). Dari hasil analisis dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara akses pelayanan kesehatan dengan pemilihan penolong persalinan.

Kata kunci: akses pelayanan kesehatan, penolong persalinan

ABSTRACT

Currently the rate of the pregnant women who prefer giving birth by health provider, in Kecamatan Klabang Kabupaten Bondowoso, is still not reach the target. In 2014, the rate reached 76,06%. This study aimed to determine the correlation between access to health services and birth attendant selection among pregnant women in Puskesmas Klabang Bondowoso, in 2015. The study design used cross sectional analytic approach. The study population was all women who did child birth in Puskesmas Klabang area in 2015, with sample of 103 people. Data analysis using chi-square test. The results showed 73.8% are in favor of health provider as their birth attendant whereas 26.6% choosing shaman. Chi-square test results showed variable access to health facilities was statistically significant correlation with birth attendant selection ($p = 0.000$; $OR = 40.83$). The results of the analysis concludes that there is a significant correlation between access to health services and labor attendant selection.

Keywords: access to health service, birth attendant

PENDAHULUAN

Pertolongan persalinan merupakan faktor penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan anak. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan pertolongan persalinan adalah dokter spesialis kebidanan, dokter dan bidan.¹

Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa penolong persalinan dengan kualifikasi tertinggi di Indonesia dilakukan oleh bidan (68,6%), oleh dokter (18,5%), dan oleh non tenaga kesehatan (11,8%).² Sementara itu cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2012 masih sangat memprihatinkan, karena hanya 7 (tujuh) kabupaten/

kota yang mencapai target, yaitu Kabupaten Lamongan, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Bangkalan, Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Bojonegoro, Kabupaten Sampang dan Kota Madiun. Hasil cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan untuk Provinsi Jawa Timur pada tahun 2012 adalah 89,14%. Angka ini di bawah target yang telah ditentukan, yakni 94%.³

Di Kabupaten Bondowoso, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2014 hanya mencapai 90,8% dari target yang ditetapkan adalah 95%, sementara itu sampai dengan bulan juli tahun 2015 ini masih mencapai 50,47% dari target yang ditetapkan sebesar 54,8%.⁴ Sementara itu Puskesmas Klabang merupakan puskesmas dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terendah di Kabupaten Bondowoso. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso menunjukkan angka cakupan persalinan tenaga kesehatan Puskesmas Klabang pada tahun 2014 adalah 76,06%, dan sampai dengan bulan Juli tahun 2015 ini masih mencapai

36,10%. Sementara itu target cakupan pertolongan persalinan tenaga kesehatan yang harus dicapai pada akhir tahun adalah 95%.⁵ Seiring dengan hal itu pertolongan persalinan di dukun dalam tiga tahun terakhir juga masih cukup tinggi. Pada tahun 2013 mencapai 17 kasus (8,2%), tahun 2014 ada 21 kasus (9,7%), dan sampai dengan bulan juli tahun 2015 ini sudah mencapai 26 kasus (17,1%). Dukun bersalin yang ada di wilayah Kecamatan Klabang saat ini berjumlah 20 orang, dan hanya 10 orang yang sudah bermitra dengan petugas kesehatan.

Lawrence Green menyatakan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor determinan, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin atau pendukung (*enabling factors*), dan factor penguat (*reinforcing factors*). Faktor predisposisi meliputi pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, norma sosial, dan pengalaman. Faktor pemungkin diantaranya adalah ketersediaan sumber daya, biaya, fasilitas kesehatan, keterjangkauan fasilitas kesehatan. Sementara yang termasuk dalam faktor pendorong antara lain dukungan keluarga, suami, teman, sikap dan perilaku petugas kesehatan.⁶

Berbagai upaya dan program pun dilakukan supaya semua orang dapat mengakses pelayanan kesehatan namun target masih belum tercapai. Wilayah Puskesmas Klabang pun terbilang luas. Wilayah kerja Puskesmas Klabang terdiri dari 11 (sebelas) desa, yaitu: Desa Klabang, Klampokan, Sumbersuko, Pandak, Leprak, Wonoboyo, Besuk, Karanganyar, Blimbing, Karangsegon dan Wonokerto. Desa dengan jarak paling jauh dari Puskesmas Klabang adalah Desa Wonoboyo dengan jarak ± 12 km, sementara Desa yang paling dekat adalah Desa Klampokan dengan jarak $\pm 0,5$ km.

Berdasarkan permasalahan tersebut, serta berbagai upaya sudah dilakukan namun belum bisa mencapai target yang diinginkan, maka peneliti tertarik ingin mengetahui hubungan akses pelayanan kesehatan dengan pemilihan penolong persalinan di wilayah kerja Puskesmas Klabang Kabupaten Bondowoso pada tahun 2015.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain analitik serta menggunakan pendekatan potong silang (*cross sectional*) di mana data variabel dependen dan variabel independen diambil dalam waktu bersamaan. Penelitian analitik adalah penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Dalam penelitian analitik, dari analisis korelasi dapat diketahui seberapa jauh kontribusi faktor risiko tertentu terhadap adanya suatu kejadian tertentu (efek).⁷

Populasi pada penelitian ini adalah Jumlah total ibu melahirkan di wilayah Kecamatan Klabang sampai

dengan bulan Oktober tahun 2015 adalah 178 orang. Sementara itu jumlah populasi yang memenuhi kriteria inklusi adalah 137 orang. Adapun kriteria inklusi:

- 1) Ibu bersalin yang tinggal di wilayah Puskesmas Klabang pada tahun 2015.
- 2) Ibu yang bersalin pada bulan Januari sampai dengan Oktober 2015.
- 3) Ibu bersalin yang ditolong oleh Bidan Desa/Bidan Praktik Mandiri /Dukun.
- 4) Ibu bersalin yang ditolong oleh Dokter umum/Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan/Klinik Bersalin tanpa rujukan.

Sedangkan kriteria eksklusi meliputi:

- 1) Ibu bersalin yang pindah tempat tinggal dari wilayah Kecamatan Klabang.
- 2) Ibu bersalin sebelum Januari 2015 atau setelah Oktober 2015.
- 3) Ibu yang bersalin di Puskesmas/Rumah Sakit/Klinik Bersalin/Dokter umum/Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan dengan rujukan.

Populasi tersebut tersebar di 11 (sebelas) desa, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah Populasi (Ibu bersalin) di wilayah Puskesmas Klabang bulan Januari s/d Oktober 2015

No.	Desa	Jumlah Ibu Bersalin
1.	Klabang	12
2.	Klampokan	6
3.	Sumbersuko	8
4.	Pandak	10
5.	Leprak	20
6.	Wonoboyo	18
7.	Besuk	18
8.	Karanganyar	17
9.	Blimbing	15
10.	Karangsegon	10
11.	Wonokerto	3
Jumlah		100

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus sehingga diperoleh hasil jumlah sampel yaitu 103 orang.⁸ Sedangkan cara pengambilan sampel dilakukan melalui teknik *cluster sampling*, di mana sampel responden dikelompokkan berdasarkan wilayah atau lokasi populasi. Peneliti memilih teknik sampling ini karena populasi subjek penelitian tersebar di 11 (sebelas) desa dengan jumlah populasi yang tidak sama.

Berdasarkan rumus penentuan besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini, maka sudah didapatkan proporsi jumlah sampel dari masing-masing desa. Adapun sebaran jumlah sampel penelitian ini bisa kita lihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 2. Jumlah Sampel Masing-Masing Desa di Wilayah Puskesmas Klabang Tahun 2015

No.	Desa	Jumlah Ibu Bersalin	Jumlah Sampel
1.	Klabang	12	8
2.	Klampokan	6	4
3.	Sumbersuko	8	6
4.	Pandak	10	7
5.	Leprak	20	16
6.	Wonoboyo	18	14
7.	Besuk	18	15
8.	Karanganyar	17	13
9.	Blimbing	15	11
10.	Karangsengon	10	7
11.	Wonokerto	3	2
Jumlah		137	103

Sumber Tabel: Laporan KIA Puskesmas Klabang Tahun 2015

HASIL PENELITIAN

Identifikasi Pemilihan Penolong Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Klabang Tahun 2015

Berdasarkan tabel di atas didapatkan bahwa sebagian besar ibu di wilayah kerja Puskesmas Klabang pada tahun 2015 memilih pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (bidan) yaitu sebanyak 76 orang (73,8%), sedangkan yang memilih pertolongan persalinan oleh dukun sebanyak 27 orang (26,2%).

Identifikasi Persepsi Ibu Pasca Bersalin tentang Akses Menuju Fasilitas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Klabang Tahun 2015

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar ibu pascabersalin di wilayah kerja Puskesmas Klabang tahun 2015 mempersepsikan bahwa akses menuju ke fasilitas kesehatan dari rumah ibu tergolong mudah yaitu sebanyak 76 orang (73,8%).

Hubungan Akses Menuju Fasilitas Kesehatan dengan Pemilihan Penolong Persalinan

Berdasarkan tabel di atas ibu yang menyatakan akses menuju fasilitas kesehatan sulit mayoritas memilih penolong persalinan oleh dukun (77,8%) dibandingkan dengan tenaga kesehatan (22,2%). Sementara itu ibu dengan akses menuju fasilitas kesehatan mudah mayoritas memilih tenaga kesehatan sebagai penolong persalinan (92,1%) dibandingkan oleh dukun (7,9%).

Hasil uji *Chi-Square* menunjukkan nilai $p = 0,000$ sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, ini berarti ada hubungan signifikan antara akses menuju fasilitas kesehatan dengan pemilihan penolong persalinan di wilayah kerja Puskesmas Klabang tahun 2015. Sementara nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 40,833, artinya ibu yang memiliki akses menuju fasilitas kesehatan kategori

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pemilihan Penolong Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Klabang Tahun 2015

Penolong Persalinan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tenaga Kesehatan	76	73,8
Non Tenaga Kesehatan/Dukun	27	26,2
Jumlah	103	100,0

Sumber Tabel: Data Primer

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden (Ibu Pascamelahirkan) Berdasarkan Akses Menuju Fasilitas Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Klabang Tahun 2015

Akses Menuju Fasilitas Kesehatan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Mudah	76	73,8
Sulit	27	26,2
Jumlah	103	100,0

Sumber Tabel: Data Primer

mudah akan berpeluang memilih penolong persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 41 (empat puluh satu) kali dibandingkan dengan ibu yang memiliki akses sulit.

PEMBAHASAN

Identifikasi Pemilihan Penolong Persalinan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar/mayoritas ibu di wilayah kerja Puskesmas Klabang pada tahun 2015 memilih pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, namun angka persalinan yang ditolong oleh dukun masih lebih tinggi bila dibandingkan dengan target. Target cakupan pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso tahun 2015 yaitu sebesar 95%. Namun data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso menunjukkan bahwa cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Klabang dalam 2 (dua) tahun terakhir memang masih rendah yaitu pada tahun 2014 hanya mencapai 76,06%, sedangkan tahun 2015 mencapai 72,84% atau cakupan pelayanan pertolongan oleh dukun mencapai 26,2%.⁹

Penelitian yang dilakukan oleh Massita di wilayah kerja Puskesmas Kragilan Kabupaten Serang Provinsi Banten pada tahun 2014 juga menunjukkan hasil yang sejalan, di mana dari 250 responden ibu yang memilih penolong persalinan oleh tenaga kesehatan hanya sebesar 49,6% dan yang memilih dukun sebagai penolong persalinan sebesar 50,4%.¹⁰

Keputusan pemilihan penolong persalinan bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor yang terdiri dari faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Salah satu dari faktor predisposisi adalah tingkat pengetahuan, kemudian yang termasuk faktor pemungkin adalah biaya dan akses menuju fasilitas kesehatan. Sedangkan faktor penguat diantaranya adalah dukungan suami/keluarga.

Tingkat pendidikan masyarakat yang masih rendah, tingkat sosial ekonomi masyarakat, kondisi geografis yang sulit, serta budaya masyarakat yang masih tradisional merupakan faktor yang berpengaruh terhadap tingginya angka pertolongan persalinan oleh dukun di wilayah kerja Puskesmas Klabang tahun 2015.

Untuk mengatasi permasalahan pertolongan persalinan oleh dukun, pemerintah membuat suatu terobosan melalui program kemitraan bidan dan dukun. Salah satu bentuk kemitraan tersebut adalah dengan melakukan pembinaan pada dukun. Pembinaan pada dukun dititikberatkan pada peningkatan pengetahuan dukun tentang higiene sanitasi alat-alat persalinan, perawatan bayi baru lahir, pengetahuan tentang perawatan kehamilan, serta deteksi dini risiko tinggi pada kehamilan.¹¹

Identifikasi Persepsi Responden tentang Akses Menuju Fasilitas Kesehatan

Terdapat 27 orang ibu menyatakan akses menuju fasilitas kesehatan tergolong sulit. Hal ini sesuai dengan kenyataan bahwa terdapat 6 desa dari total 11 desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Klabang memiliki wilayah dengan akses menuju fasilitas kesehatan yang tergolong sulit dengan jarak dari fasilitas kesehatan yang cukup jauh, kondisi geografis yang berupa dataran tinggi, dan kondisi jalan yang sempit, licin dan berbatu. Mengakibatkan waktu tempuh yang dibutuhkan untuk menuju ke fasilitas kesehatan juga menjadi lama. Dengan demikian ibu hamil lebih memilih dukun setempat sebagai penolong persalinan.

Penelitian yang dilakukan oleh Elliyana Hutapea juga menunjukkan hasil yang serupa di mana sebagian besar responden memiliki akses menuju fasilitas kesehatan yang mudah/dekat yaitu sebanyak 96 orang (77,4%), dan sebanyak 28 orang (22,6%) responden menyatakan akses menuju fasilitas kesehatan mereka jauh/sulit.¹²

Hubungan Akses Menuju Fasilitas Kesehatan dengan Pemilihan Penolong Persalinan

Kecamatan Klabang memiliki wilayah dengan kondisi geografis dataran tinggi sebesar 43,12% yang membuat sebagian besar wilayah memiliki akses ke fasilitas kesehatan yang tergolong sulit. Sementara dari hasil uji statistik terbukti bahwa ibu yang memiliki akses menuju fasilitas kesehatan kategori mudah, berpeluang untuk memilih penolong persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 41 (empat puluh satu) kali dibanding ibu dengan akses kategori sulit.

Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu antara

lain jarak tempuh, waktu tempuh, serta jenis kendaraan yang bisa digunakan di daerah tersebut. Lokasi tempat pelayanan kesehatan yang tidak strategis dan sulit dicapai menyebabkan kurangnya akses ibu hamil yang akan melahirkan terhadap pelayanan kesehatan. Hasil Riset Kesehatan dasar (Riskesdas) menunjukkan bahwa Kabupaten Bondowoso merupakan daerah dengan proporsi terbesar (13,2%) jumlah penduduk yang tempat tinggalnya berjarak lebih dari 5 km dari fasilitas kesehatan.¹³

Penelitian yang dilakukan oleh Elliyana Hutapea juga menunjukkan hasil yang sejalan, di mana akses menuju fasilitas kesehatan memiliki hubungan yang signifikan dengan pemilihan penolong persalinan. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa ibu dengan akses yang sulit memiliki peluang untuk memilih dukun sebagai penolong persalinan sebesar 14,646 kali dibandingkan ibu yang memiliki akses mudah.

KESIMPULAN

1. Sebanyak 26,2% dari populasi ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Klabang selama tahun 2015 masih memilih pertolongan persalinan bukan dari tenaga kesehatan (dari tenaga dukun) dan terlihat di data bahwa 22,2% penyebabnya adalah karena adanya kesulitan akses ke Puskesmas
2. Untuk lebih meningkatkan prosentase pemilihan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan diperlukan upaya-upaya untuk mempermudah akses ke Puskesmas, misalnya ketersediaan angkutan umum antara desa terjauh atau desa yang terletak di puncak bukit, dengan Puskesmas.
3. Upaya untuk mempermudah akses ke Puskesmas diharapkan menjadi prioritas utama pemerintah mengingat hasil uji statistik *chi-square* menunjukkan bahwa ibu yang memiliki akses menuju fasilitas kesehatan kategori mudah, berpeluang untuk memilih penolong persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 41 (empat puluh satu) kali dibanding ibu dengan akses kategori sulit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012. Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA), Surabaya.
2. Kementerian Kesehatan RI, Pusat Data dan Informasi, 2014, Situasi Kesehatan Ibu, Jakarta, Kementerian Kesehatan RI.
3. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*, Surabaya, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso, 2015. *Capaian Program Kesehatan Ibu Tahun 2014*.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso, 2015. *Evaluasi Capaian Program Kesehatan Ibu Kabupaten Bondowoso Semester I Tahun 2015*; Bondowoso.
6. Nesi Novita, Yuneta Franciska. 2011. *Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan*, Jakarta, Salemba Medika.

7. Soekidjo Notoatmodjo, 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta.
8. Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis Edisi 3*, Jakarta, Salemba Medika.
9. Puskesmas Klabang, 2015. *Laporan Tahunan Puskesmas Klabang Tahun 2015*.
10. Masita, dkk, 2014. *Pemilihan Penolong Persalinan: Jurnal Health Quality*, vol. 5, no. 1 (November).
11. Rita Yulifah, Tri Johan Agus Yuswanto, 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*, Jakarta, Salemba Medika.
12. Elliyana Hutapea, 2012. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Penolong Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Cibungbulang Kabupaten Bogor tahun 2012*, Skripsi, Jakarta, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
13. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2008. Riset Kesehatan dasar Propinsi Jawa Timur Tahun 2017; Surabaya, Dinkes Propinsi Jawa Timur; 215.

Atraumatic Care Menurunkan Kecemasan Hospitalisasi pada Anak Prasekolah di Ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Lamongan

(The Atraumatic Care Reduce Anxiety Hospitalization Preschool Children in Anggrek Room RSUD dr. Soegiri Lamongan)

Lilis Maghfuroh

Program Study Ilmu Keperawatan STIKes Muhammadiyah Lamongan
Jl.Raya Plalangan Plosowahyu Lamongan kode pos 62251
E-mail: lilisahza99@gmail.com

ABSTRAK

Hospitalisasi dapat menyebabkan kecemasan pada anak usia prasekolah. Kecemasan anak dapat disebabkan oleh petugas kesehatan, lingkungan baru, dan perpisahan dari keluarga selama dirawat di rumah sakit. Pelayanan Atraumatic care bertujuan untuk mengurangi kecemasan anak atau orang tua selama proses hospitalisasi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan atraumatic care dengan kecemasan anak usia prasekolah di ruang anggrek RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan. Desain penelitian dalam penelitian ini adalah menggunakan observasi analitik dengan pendekatannya cross sectional. Teknik sampling yang digunakan adalah consecutive sampling, populasi sebanyak 38 responden dan jumlah sampel didapatkan sebanyak 35 responden. Penelitian ini dilakukan di ruang anggrek RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan. Hasil analisis uji spearman rank dengan hasil tes, $p = 0,000$ di mana $p < 0,05$ dan $r_s = 0,836$ dengan Z hitung = 4,874 di mana Z hitung $> Z$ tabel (1,96) menunjukkan bahwa ada hubungan Atraumatic care dengan kecemasan anak usia prasekolah saat proses hospitalisasi di ruang anggrek RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan. Semakin baik penerapan Atraumatic care yang diberikan maka semakin kecil risiko kecemasan yang dialami anak prasekolah saat proses hospitalisasi. Diharapkan perawat dapat memberikan pelayanan Atraumatic care dengan optimal serta meningkatkan kemampuan untuk memahami perilaku anak yang mengalami hospitalisasi.

Kata kunci: atraumatic care, kecemasan, hospitalisasi

ABSTRACT

Hospitalization can cause anxiety for preschool children. Children anxiety may be effected by health care workers, new environment, and accompanying of family during the hospitalization. Atraumatic care service aims to minimize anxiety in children or parents during hospitalization. The aim of this research is to determine the relationship between atraumatic care and preschool children anxiety during the hospitalization in Anggrek ward dr. Soegiri Hospital Lamongan. Research design of this study is observational analytic with a cross sectional approach. Sampling technique used in this study is consecutive sampling. The sample used was 35 respondents taken from the population with a number of 38 respondents. This research was conducted in Anggrek ward dr Soegiri Hospital Lamongan. The result of this study analyzed using Spearman-rank correlation test with P value was 0.000 in which $p < 0.05$ with $r = 0.836$ and the z -score was 4.874 that z -score $> z$ -tabel (1.96). The statistical analysis result showed that there is a relationship between atraumatic care and preschool children anxiety during hospitalization in anggrek ward dr Soegiri Hospital Lamongan. This study showed that the better the application of atraumatic care given, the smaller the risk of anxiety experienced by the preschool children during their hospitalization. From this study, it is hoped that nurses can give a good atraumatic care services and increase their ability to learn and understand the attitude of children during hospitalization.

Keywords: atraumatic care, anxiety, hospitalization

PENDAHULUAN

Anak merupakan bagian dari keluarga dan masyarakat. Anak yang sakit dapat menimbulkan suatu stres bagi anak itu sendiri maupun keluarga (Setiawan, *et al.*, 2014). Reaksi anak prasekolah terhadap hospitalisasi dapat ditunjukkan dengan reaksi agresif dengan marah dan berontak, ekspresi verbal dengan mengucapkan kata-kata marah, tidak mau bekerja sama dengan perawat dan ketergantungan pada orang tua. Anak prasekolah juga sering mengalami kehilangan kontrol pada dirinya dan rasa cemas ini muncul akibat adanya

pembatasan aktivitas yang menganggap bahwa tindakan dan prosedur perawatan dapat mengancam integritas tubuhnya (Supartini, 2012).

Anak-anak di Amerika Serikat diperkirakan lebih dari 5 juta mengalami hospitalisasi dan lebih dari 50% dari jumlah tersebut, anak mengalami kecemasan dan stres (Kain, 2006 dalam Aprilawati, 2011). Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Febriana S dkk. 2012 sebagian besar (68,3%) anak mengalami cemas ringan pada saat dihospitalisasi dan hampir setengah (31,7%) mengalami cemas sedang pada saat dihospitalisasi

Adapun data anak prasekolah yang dirawat di RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan tiga bulan terakhir adalah, pada bulan Juli sebanyak 75 anak, kemudian bulan Agustus sebanyak 60 anak dan bulan September sebanyak 65 anak. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan pada bulan Oktober 2014, didapatkan bahwa 8 dari 10 anak usia prasekolah menunjukkan reaksi kecemasan. Menurut hasil wawancara dengan orang tua anak prasekolah yang menjalani perawatan anak menunjukkan beberapa reaksi kecemasan seperti, anak menjadi sering gelisah, rewel dan selalu ingin ditemani saat menjalani proses perawatan. Dari survei awal diatas dapat disimpulkan bahwa kejadian kecemasan masih banyak terjadi pada anak-anak yang menjalani proses hospitalisasi.

Penyebab dari kecemasan pada anak yang dirawat inap (hospitalisasi) dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya), lingkungan baru, maupun keluarga yang mendampingi selama perawatan (Nursalam, 2005).

Tindakan dan Sikap perawat serta kelas rumah sakit akan memengaruhi tingkat kecemasan anak saat proses hospitalisasi, sehingga dalam memberikan asuhan keperawatan perawat dapat menggunakan teknik *atraumatic care*. *Atraumatic care*, merupakan bentuk perawatan terapeutik yang diberikan oleh tenaga kesehatan yaitu perawat, dalam tatanan pelayanan kesehatan anak melalui penggunaan tindakan yang mengurangi distres fisik maupun distres psikologis yang dialami anak maupun orang tua (Supartini, 2012). *Atraumatic care* dibedakan menjadi empat hal, yaitu mencegah atau meminimalkan perpindahan anak dari orang tua, meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan anaknya, mencegah atau meminimalkan cedera fisik maupun psikologis, serta modifikasi lingkungan ruang perawatan anak. Intervensi keperawatan *Atraumatic care* meliputi pendekatan psikologis berupa menyiapkan anak-anak untuk prosedur pemeriksaan sampai pada intervensi fisik terkait menyediakan ruang bagi anak tinggal bersama orang tua dalam satu ruangan (*rooming in*) (Wong, 2009).

Upaya untuk mengatasi kecemasan pada anak antara lain yang pertama melibatkan orang tua anak, agar orang tua berperan aktif dalam perawatan anak dengan cara membolehkan mereka untuk tinggal bersama anak selama 24 jam. Jika tidak mungkin, beri kesempatan orang tua untuk melihat anak setiap saat dengan maksud untuk mempertahankan kontak antara mereka. Yang kedua melakukan modifikasi lingkungan rumah sakit, agar anak tetap merasa nyaman dan tidak asing dengan lingkungan baru. Upaya yang ketiga adalah peran dari petugas kesehatan rumah sakit (dokter, perawat), di mana diharapkan petugas kesehatan khususnya perawat harus menghargai sikap anak karena selain orang tua perawat adalah orang yang paling dekat dengan anak selama dirawat di rumah sakit. Sekalipun anak menolak orang asing (perawat), namun perawat harus tetap memberikan dukungan dengan meluangkan waktu

secara fisik dekat dengan anak, menggunakan suara bernada tenang, pilihan kata yang tepat, kontak mata dan sentuhan secara empati (Wong, 2009).

METODE

Desain penelitian dalam penelitian ini adalah menggunakan analitik dengan pendekatannya *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh orang tua yang mempunyai anak usia prasekolah yang dirawat di ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan pada bulan Maret–April 2015 dengan jumlah 38 responden. Sampel pada penelitian ini adalah sebagian orang tua yang mempunyai anak usia prasekolah yang dirawat di ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan dengan jumlah 35 responden. Teknik Sampling dalam penelitian ini adalah Consecutive sampling dan menggunakan uji spearman rank.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan tabel 1 data *Atraumatic care* menunjukkan bahwa sebagian besar *Atraumatic care* baik sebanyak 21 (60%), dan hanya sebagian kecil 4 (11,4%) *Atraumatic care* kurang.

Berdasarkan tabel 2 terlihat bahwa kecemasan anak usia prasekolah saat proses hospitalisasi menunjukkan setengahnya sebanyak 20 anak (57,1%) mengalami kecemasan ringan, dan sebagian kecil 3 anak (8,6%) mengalami kecemasan berat.

Tabel 1. Distribusi *Atraumatic Care* Saat Proses Hospitalisasi di Ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan pada Bulan Maret–April 2015

No.	<i>Atraumatic Care</i>	F	%
1.	Baik	21	60%
2.	Cukup	10	28,6%
3.	Kurang	4	11,4%
Total		35	100

Tabel 2. Distribusi Tingkat Kecemasan Saat Proses Hospitalisasi di Ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan pada Bulan Maret–April 2015

No.	Tingkat Kecemasan	F	%
1.	Ringan	20	57,1%
2.	Sedang	12	34,3%
3.	Berat	3	8,6%
4.	Panik	0	0%
Total		35	100

Tabel 3. Distribusi Tingkat Kecemasan Anak Prasekolah Saat Proses Hospitalisasi di Ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan pada Bulan Maret–April 2015

No.	Atraumatic Care	Tingkat Kecemasan								Total	
		Ringan		Sedang		Berat		Panik			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1.	Baik	19	54,3	2	5,7	0	0	0	0	21	60
2.	Cukup	1	2,8	8	23	1	2,8	0	0	10	28,6
3.	Kurang	0	0	2	5,7	2	5,7	0	0	4	11,4
Total										35	100

sig 2 tailed (p) = 0,000, Koefisien korelasi spearman (r) = 0,836. Z hitung = 4.874

Berdasarkan tabel 3 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar 21 (60%) orang tua yang menerima *atraumatic care* baik, di mana sebagian besar anaknya mengalami kecemasan ringan yakni 19 (54,3%). Sedangkan dari 4 (11,4%) orang tua yang mendapat *atraumatic care* kurang, sebagian kecil anaknya mengalami kecemasan sedang yakni 2 (5,7%) dan kecemasan berat 2 (5,7%).

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan program *SPSS 18.0 for windows* dan di analisa menggunakan uji *Rank Spearman* antara *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi didapatkan nilai *Spearman Rho* 0,836 sehingga nilai Z hitungnya 4.874 di mana Z hitung $>$ 1,96 dan nilai signifikansi $p = 0,000$ di mana $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada hubungan yang signifikan antara *Atraumatic care* dengan tingkat kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Lamongan.

PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar (60%) pelaksanaan penerapan *atraumatic care* baik dan sebagian kecil (11,4%) penerapan *atraumatic care* kurang. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan pelayanan *atraumatic care* di ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan telah menerapkan pelayanan *atraumatic care* yang baik. Penerapan *atraumatic care* didasari adanya kerja sama orang tua dan perawat dalam memfasilitasi keluarga untuk terlibat dalam asuhan keperawatan anak selama hospitalisasi. Menurut Supartini, 2012 Pelayanan *atraumatic care* memberdayakan kemampuan keluarga baik dalam aspek pengetahuan, keterampilan, maupun sikap dalam melaksanakan perawatan anaknya di rumah sakit melalui interaksi yang terapeutik dengan keluarga.

Keberhasilan pelayanan *atraumatic care* dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor dari orang tua salah satunya jenis kelamin orang tua. Berdasarkan penelitian jenis kelamin orang tua sebagian besar perempuan dengan jumlah 26 (74,3%). Ibu memiliki sikap yang positif terhadap anak yang sedang dirawat. Ibu bisa

memenuhi kebutuhan anak baik secara fisik maupun psikologis sehingga membuat anak bersikap positif terhadap kegiatan keperawatan yang sedang dijalani anak. Peran ibu dalam menemani anak saat proses hospitalisasi membuat sikap anak lebih kooperatif sehingga dapat membantu mempermudah perawat saat melakukan tindakan keperawatan pada anak.

Seorang perempuan lebih banyak menghabiskan waktu dalam mengasuh anaknya, sehingga terjadi keterikatan emosi antara keduanya. Hal ini dikarenakan peran seorang ibu yang lebih berperan dalam merawat anggota keluarga, sehingga dapat meluangkan waktu untuk menemani anak lebih besar (Utami, 2012).

Berdasarkan tabel 2, didapatkan hasil sebagian besar anak 20 (57,1%) mengalami kecemasan ringan.

Hospitalisasi menjadi stresor terbesar bagi anak dan keluarganya yang menimbulkan ketidaknyamanan atau kekhawatiran, anak akan mengalami kecemasan karena tindakan keperawatan dan keadaan penyakitnya. Hospitalisasi merupakan suatu proses yang menjadi alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi pengobatan dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah (Supartini, 2012). Anak yang baru pertama kali dirawat di rumah sakit menunjukkan perilaku kecemasan. Selain pada anak, orang tua yang kurang mendapat dukungan emosi dan sosial dari keluarga, kerabat, bahkan petugas kesehatan anak menunjukkan perasaan cemasnya pula (Tiedeman, 1997, dalam Supartini, 2012).

Kecemasan anak dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya Usia anak, jenis kelamin dan pengalaman rawat inap. Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa sebagian besar usia anak yaitu usia 3–4 tahun sebanyak 20 responden (57,1%). Di mana pada usia ini anak masih menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya. Anak usia 3-4 tahun masih takut dengan hal baru. Semakin muda usia anak, maka akan semakin sulit bagi anak untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan. Hal ini juga berhubungan dengan sistem imun anak akan terus berkembang seiring dengan bertambahnya usia anak (Sacharin, 2004), Menurut penelitian yang dilakukan Aprilawati (2011) pada 30 responden anak, terdapat hubungan sedang antara usia dan kecemasan responden. Selain itu pengalaman yang tidak menyenangkan anak akan

menyebabkan anak takut dan trauma (Supartini, 20012). Maka dapat disimpulkan semakin muda usia anak akan lebih berisiko untuk mengalami hospitalisasi disebabkan oleh pertahanan sistem imun anak yang masih berkembang sehingga sangat rentan terhadap paparan penyakit.

Menurut salah satu orang tua anak, kecemasan anak sering muncul ketika perawat menghampiri anak. Anak tiba-tiba menangis saat melihat perawat, memanggil orang tuanya dan tampak gugup seolah menolak kehadiran perawat yang datang. Menurut Muscari (2005), anak prasekolah menggambarkan bahwa hospitalisasi sebagai hukuman dan perpisahan dengan orang tua sebagai kehilangan kasih sayang. Hal ini yang menyebabkan anak menganggap perawat yang datang akan selalu melukainya dan kehadiran orang tua akan memberikan perlindungan bagi diri anak.

Hospitalisasi akan menimbulkan ancaman terhadap integritas fisik dan sistem dalam diri anak. Ancaman ini akan menimbulkan respons kecemasan pada anak (Wong, 2009). Penyebab dari kecemasan pada anak yang dirawat inap (hospitalisasi) dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya), lingkungan baru, maupun keluarga yang mendampingi selama perawatan (Nursalam, 2005).

Hasil tabulasi pada tabel 3 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar orang tua yang menerima *atraumatic care* baik yakni 21 (60%) di mana sebagian besar 19 (54,3%) anak mengalami kecemasan ringan.

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan program SPSS 18.0 for windows dan dianalisa menggunakan uji *Rank Spearman* antara *Atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi didapatkan nilai *Spearman Rho* 0,836 sehingga nilai *Z* hitungnya 4.874 di mana *Z* hitung > 1,96 dan nilai signifikan $p = 0,000$ di mana $p < 005$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada hubungan yang signifikan antara *Atraumatic care* dengan tingkat kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi. Maka semakin baik penerapan *atraumatic care* yang diberikan maka semakin kecil risiko kecemasan yang dialami anak prasekolah saat proses hospitalisasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Lory Huff *et al.*, (2009) menyatakan bahwa implementasi *atraumatic care* pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat menurunkan trauma pada anak dan orang tua akibat prosedur invasif. Asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga dan *Atraumatic care* menjadi falsafah utama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Menurut Apriliawati, (2011) kecemasan memiliki faktor predisposisi dan faktor pencetus hingga terjadinya kecemasan. Respons kecemasan dapat dibagi terdiri dari respons fisiologis, perilaku, kognitif, dan afektif. Tingkat kecemasan dibagi menjadi kecemasan ringan, sedang, berat, dan panik. Untuk mengatasi kecemasan anak selama hospitalisasi dibutuhkan pendekatan *Atraumatic care*. Hal yang sama diungkapkan Supartini,

(2012) bahwa Pelayanan *Atraumatic care* merupakan suatu tindakan perawatan terapeutic yang dilakukan oleh seseorang dengan menggunakan intervensi melalui cara mengeliminasi atau meminimalisasi stres psikologi dan fisik yang dialami oleh anak dan keluarganya dalam sistem pelayanan kesehatan. Perawat anak merupakan bagian dari pemberi pelayanan kesehatan dituntut untuk mampu memberikan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meminimalkan dampak hospitalisasi sebagai pemenuhan aspek psikologis anak.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan penerapan *atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Penerapan *atraumatic care* di RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan sebagian besar (60%) termasuk dalam katagori baik.
2. Sebagian besar anak didapatkan mengalami kecemasan ringan (57.1%) saat proses hospitalisasi di RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan.
3. Ada hubungan antara penerapan *atraumatic care* dengan kecemasan anak prasekolah saat proses hospitalisasi di RSUD dr. Soegiri Kabupaten Lamongan.

Saran

Saran yang diberikan terkait dengan hasil dan pembahasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi Keperawatan

Mengaplikasikan pelayanan keperawatan *atraumatic care* sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Asuhan keperawatan yang tepat bagi anak yang menjalani hospitalisasi dapat membantu anak untuk beradaptasi dengan lingkungan dan kondisi kesehatannya sehingga proses hospitalisasi atau perawatan dapat berjalan dengan baik dan meminimalkan trauma pada anak.
2. Bagi Rumah Sakit
 - 1) Pelayanan di rumah sakit khususnya perawatan anak sebaiknya lebih memaksimalkan pelayanan keperawatan dengan prinsip *atraumatic care* pada anak sehingga dapat meminimalkan kecemasan pada anak saat hospitalisasi dan proses perawatan akan lebih mudah.
 - 2) Perawat anak diharapkan melakukan evaluasi penilaian terhadap penerapan pelayanan keperawatan *atraumatic care* untuk meningkatkan pelayanan keperawatan anak, terutama pada aspek modifikasi lingkungan dan meminimalkan injuri atau nyeri pada anak.

KEPUSTAKAAN

1. Apriliawati, Anita. 2011. *Pengaruh Biblioterapi terhadap Tingkat Kecemasan Anak Usia Sekolah yang Menjalani Hospitalisasi di Rumah Sakit Islam Jakarta*. Tesis. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Program Magister Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Febriana S dkk, 2012. *Hubungan Kecemasan Ibu dengan Kecemasan Anak Saat Hospitalisasi Anak*. Jurnal Nursing Studies, volume 1, Nomer 1 tahun 2012. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas kedokteran Universitas Diponegoro.
3. Ingridh Kaluas. 2015. *Perbedaan Terapi Bermain Puzzle dan Bercerita terhadap Kecemasan Anak Usia Prasekolah (3–5 Tahun) Selama Hospitalisasi di Ruang Anak RS Tk. III. R. W. Mongisidi Manado*. eJournal Keperawatan (e-Kp) Volume 3 Nomor 2 Mei 2015.
4. L. Huff et al. 2009. *Atraumatic care: Emla Cream and Application of Heat to Facilitate Peripheral Venous Cannulation In Children*. <http://www.scribd.com/doc/129915463/Atraumatic-Care-EMLA-Cream#download>. [diakses pada 5 Juni 2013]
5. Muscari, Mary E. 2005. *Panduan Belajar: Keperawatan Pediatrik Ed.3*. Jakarta: EGC.
6. Nursalam, dkk. 2005. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak Untuk Perawat Dan Bidan*. Jakarta: Salemba Medika
7. Saccharin, R.M. 2004. *Prinsip Keperawatan Pediatrik*. Ed. 2. Jakarta: EGC.
8. Setiawan dkk. 2014. *Keperawatan Anak & Tumbuh Kembang Pengkajian dan Pengukuran*. Yogyakarta: Nuha Medika
9. Supartini, Y. 2012. *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
10. Utami, Resti. 2012. *Hubungan Penerapan Atraumatic care Dengan Tingkat Kepuasan Orang Tua Anak Selama Proses Hospitalisasi di Ruang Anak Rumah Sakit Daerah Balung Jember*. Student e-journal, (Online) (<http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/3208/Resti%20Utami.pdf?sequence=1>) diakses tanggal 2 januari 2015 jam 08.43 WIB
11. Wong, Donna L. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC.

Analisis Efektivitas *Hypnobirthing* dengan *Aromatherapy* terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I

(Analysis Effectiveness *Hypnobirthing* with *Aromatherapy* Stage of Labor to Reduce Pain I)

Vidia Atika Manggiasih, Yulia Puspitasari

Akbid Mitra Sehat Sidoarjo

E-mail: vidiaatikamanggiasih@gmail.com

ABSTRAK

*Nyeri selama persalinan dapat memengaruhi proses persalinan, menimbulkan kecemasan pada ibu, menyebabkan timbulnya hiperventilasi, dan peningkatan tekanan darah yang pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya partus lama serta mengganggu kesejahteraan janin. Penanganan dan pengawasan nyeri persalinan terutama pada kala I fase aktif sangat penting, karena ini sebagai titik penentu apakah seorang ibu bersalin dapat menjalani persalinan normal atau diakhiri dengan suatu tindakan dikarenakan adanya penyulit yang diakibatkan nyeri yang sangat hebat. Tujuan dari penelitian ini adalah mendeskripsikan manfaat aroma terapi terhadap penurunan tingkat nyeri ibu pada persalinan kala I fase aktif di Poliklinik Ar Rahman Pasuruan Jawa Timur. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif observasional. Populasi dalam penelitian ini adalah Ibu yang menjalani persalinan kala I fase aktif di Poliklinik Ar Rachman Pandaan Pasuruan. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan perhitungan Wilcoxon, diketahui bahwa p -value $< 0,05$ yaitu dengan nilai $0,001 < 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian *aromatherapy* lavender terhadap intensitas nyeri persalinan kala I. Kesimpulan dari penelitian ini adalah aroma terapi mempunyai manfaat untuk menurunkan tingkat nyeri persalinan kala I fase aktif. Rekomendasi dari penelitian ini adalah untuk bidan dan ibu bersalin dapat menerapkan metoda aroma terapi dalam mengatasi nyeri pada persalinan kala I fase aktif.*

Kata kunci: *aroma terapi, nyeri persalinan kala I fase aktif, penurunan*

ABSTRACT

Pain during labor can affect labor, causing anxiety in the mother, causing hyperventilation and an increase in blood pressure, which in turn can lead to prolonged labor and interfere with fetal wellbeing. Handling and control of labor pain, especially in the first stage of the active phase is very important, because this is a defining point if a birth mother can live a normal delivery or end with an action due to complications resulting from the pain is very great. The purpose of this study is to describe the benefits of aromatherapy to decrease maternal pain level at the first stage of labor active phase at the Polyclinic Ar Rahman Pasuruan, East Java. This research uses descriptive observational design. The population in this study is the mother who underwent the first stage of labor active phase at the Polyclinic Ar Rahman Pandaan Pasuruan. Based on the statistical test using Wilcoxon calculations, it is known that the p -value < 0.05 with a value of $0.001 < 0.05$, it can be concluded that H_0 rejected and H_1 accepted which means that there is a significant effect on the provision of lavender aromatherapy stage of labor pain intensity I. Conclusion of this research is to have aromatherapy benefits to reduce labor pain of the active phase of the first stage. Recommendations of the study was to midwives and birthing mothers can apply methods of aromatherapy in dealing with pain in the active phase of the first stage of labor.

Keywords: *aromatherapy, first stage of labor pain relief the active phase*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu unsur kesejahteraan umum yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia melalui pembangunan nasional yang berkesinambungan diarahkan pada peningkatan derajat kesehatan yang dicerminkan oleh besar kecilnya kematian maternal dan kematian neonatal. Dalam mewujudkan pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010 MPS (*Making Pregnancy Safer*) yang pada dasarnya menekankan pada penyediaan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang *cost- affective* (Wiknjosatro, 2005).

Nyeri persalinan dapat menimbulkan kecemasan pada pasien, menyebabkan timbulnya hiperventilasi sehingga

kebutuhan oksigen meningkat, dan peningkatan tekanan darah. Keadaan ini akan merangsang peningkatan katekolamin yang dapat menyebabkan gangguan pada kekuatan kontraksi uterus sehingga terjadi inersia uteri apabila tidak dikoreksi, yang akan menyebabkan terjadinya partus lama.

Intervensi untuk mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri persalinan dapat dilakukan dengan menggunakan agen farmakologi dan non farmakologi. Berbagai agen farmakologi digunakan sebagai manajemen nyeri. Namun penggunaan obat sering menimbulkan efek samping dan kadang obat tidak memiliki kekuatan efek yang diharapkan (Burroughs, 2001). Sedangkan untuk manajemen non-farmakologi yang sering diberikan

antara lain yaitu dengan *hydrotherapy*, *massage therapy*, *hypnobirthing*, *aromatherapy*, dan teknik *behavioral* yang meliputi meditasi, latihan autogenik, serta imajinasi terbimbing dan nafas ritmik (Yuliatun, 2008).

Data dari Dinas Kesehatan Jawa Timur periode Januari–Desember 2013 menunjukkan dalam 690.282 ribu kelahiran hidup 7–14% wanita bersalin tanpa rasa nyeri dan sebagian besar 90% persalinan disertai rasa nyeri.

Berdasarkan studi pendahuluan tentang data persalinan di seluruh wilayah Kota Sidoarjo, didapatkan angka tertinggi pencapaian persalinan yang ditolong oleh Bidan adalah di Poliklinik Ar-Rahman Pandaan Pasuruan. Selama bulan Januari–Desember 2014 menunjukkan prosentase persalinan sebanyak 80%, sedangkan target yang ditetapkan Dinas Kesehatan adalah sebesar 90%.

Adapun tema sentral permasalahan penelitian ini adalah sebagai berikut: Persalinan umumnya disertai dengan adanya nyeri akibat kontraksi uterus. Intensitas nyeri selama persalinan dapat memengaruhi proses persalinan, dan kesejahteraan janin. Untuk menangani nyeri persalinan tersebut, telah dilakukan beberapa metode penanganan nyeri seperti dukungan emosional, masase punggung dan dukungan psikologis dari keluarga dekat. Semua metode tersebut cukup efektif untuk mengurangi nyeri persalinan pada ibu. Namun demikian, di Poliklinik Ar-Rahman Pandaan Pasuruan hingga saat ini belum pernah dilakukan metode aroma terapi dalam penanganan nyeri persalinan. Sedangkan aroma terapi sendiri sebenarnya dapat digunakan untuk mengurangi nyeri termasuk nyeri persalinan.

Berdasarkan hal tersebut diatas dan mengingat penelitian ini belum pernah dilakukan di Poliklinik Ar-Rahman Pandaan Pasuruan, maka penulis berminat melakukan penelitian mengenai analisis efektifitas *hypnobirthing* dengan *aromatherapy* terhadap penurunan tingkat nyeri persalinan kala I fase aktif.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan pendekatan observasi yang bertujuan untuk menemukan dan mendeskripsikan adanya efektifitas *hypnobirthing* dengan *aromatherapy* terhadap penurunan nyeri persalinan kala I. Sebagaimana telah dikatakan sebelumnya bahwa penelitian ini akan menggunakan metode longitudinal, maka tahapan penelitian ini akan adalah sebagai berikut, yaitu: (1) memilih masalah, (2) menilai skala nyeri persalinan sebelum diberikan *aromatherapy*, (3) memberikan *aromatherapy*, (4) menilai skala nyeri setelah diberikan *aromatherapy*, (5) melakukan uji penelitian untuk menilai seberapa jauh pengaruh *aromatherapy* untuk mengurangi nyeri persalinan.

Setelah semua data terkumpul, dari hasil kuesioner dan observasi tingkat nyeri persalinan responden dikelompokkan sesuai dengan sub variabel yang diteliti. Untuk mengetahui manfaat aroma terapi terhadap

penurunan tingkat nyeri persalinan kala I, maka data tingkat nyeri persalinan kala I dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu tingkat nyeri persalinan kala I sebelum menggunakan aroma terapi dan tingkat nyeri persalinan kala I sesudah menggunakan aroma terapi. Di mana tingkat nyeri persalinan kala I diukur dengan menggunakan lembar analog skala intensitas nyeri Numerik 0–10.

Analisis efektivitas *hypnobirthing* dengan *aromatherapy* terhadap penurunan nyeri persalinan kala I diuji *statistic sing rank Wilcoxon* dengan menggunakan *SPSS 21* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$.

Kesimpulan yang diambil berdasarkan nilai signifikansi (p). Apabila nilai $p \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, yang berarti ada pengaruh *hypnobirthing* dengan *aromatherapy* terhadap penurunan nyeri persalinan kala I.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 11 responden mengenai Studi tentang manfaat aroma terapi (aroma lavender) terhadap penurunan tingkat nyeri ibu pada persalinan kala I fase aktif di Poliklinik Ar-Rahman Pandaan Pasuruan disajikan dalam diagram batang berikut:

Berdasarkan diagram batang 5.1 diatas, menunjukkan bahwa dari 20 ibu yang menggunakan aroma terapi (aroma lavender), terdapat 0 responden (0%) yang berada dalam kategori tidak ada nyeri, 3 responden (27%) dalam kategori tingkat nyeri ringan, 6 responden (55%) dalam kategori tingkat nyeri sedang dan 2 responden (18%) dalam kategori tingkat nyeri berat serta 0 responden (0%) yang berada dalam kategori nyeri sangat hebat. Dari 8 responden yang mengalami penurunan nyeri dalam kategori nyeri ringan ini ditinjau dari frekuensi melahirkan, 5 responden tersebut sudah pernah melahirkan lebih dari 1 kali (multipara). Pengalaman melahirkan juga memengaruhi respons adaptasi ibu terhadap nyeri persalinan dan mekanisme coping yang dilakukan sehingga ibu dapat mengatasi nyeri yang dialami dengan baik. Hal ini sesuai pendapat dari Taylor & Le Mone (2000) seorang ibu yang sudah pernah melahirkan dapat mengetahui bahwa ia akan mengalami nyeri pada saat persalinan sehingga nyeri tersebut dapat diantisipasi dengan melakukan mekanisme coping yang baik.

Sementara bila ditinjau dari persepsi nyeri yang dirasakan, 6 responden tersebut menyatakan nyeri yang dialaminya adalah sesuatu yang wajar dan 2 responden menyatakan nyeri yang dialaminya adalah menyakitkan dan menyiksa. Keadaan psikologis seseorang juga memengaruhi penurunan nyeri di mana dengan keadaan psikologis yang nyaman akan mengurangi ketegangan psikis dan meningkatkan kemampuan ibu dalam meminimalisir nyeri yang dialaminya Hal ini sesuai dengan pendapat dari Yuliatun (2008) yang menyatakan

bahwa nyeri persalinan merupakan sensasi yang tidak menyenangkan akibat stimulasi saraf sensorik. Rasa nyeri persalinan bersifat personal, setiap orang mempersepsikan rasa nyeri yang berbeda terhadap stimulus yang sama tergantung pada ambang nyeri yang dimilikinya

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan perhitungan *wilcoxon*, diketahui bahwa $p\text{-value} < 0,05$ yaitu dengan nilai $0,001 < 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian *aromatherapy lavender* terhadap intensitas nyeri persalinan kala I.

Test Statistics ^a	
	Sesudah–Sebelum
Z	-3.207 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Sedangkan bila ditinjau dari pengalaman ibu tentang penggunaan aroma terapi 8 responden tersebut menyatakan belum pernah menggunakan aroma terapi dalam mengatasi nyeri persalinannya. Hal ini senada dengan pendapat Yuliatun (2008) Apabila seorang ibu yang bersalin mampu melakukan teknik atau tindakan untuk mengatasi nyeri yang dialami selama kontraksi maka ibu tersebut akan merasakan kenyamanan selama proses persalinannya, akan tetapi dalam kenyataannya dari 8 responden sama sekali belum pernah menggunakan atau melakukan tindakan pada persalinannya terdahulu yaitu menggunakan aroma terapi dalam mengatasi nyeri persalinan yang dirasakan.

KESIMPULAN

- Penurunan tingkat nyeri persalinan kala I fase aktif pada ibu yang menggunakan aroma terapi (aroma lavender) dalam skala nyeri ringan pada ibu bersalin di Poliklinik Ar Rahman Pasuruan adalah sebanyak 8 responden (40%).
- Penurunan tingkat nyeri persalinan kala I fase aktif pada ibu yang menggunakan aroma terapi (aroma lavender) dalam skala nyeri sedang pada ibu bersalin di Poliklinik Ar Rahman Pasuruan adalah sebanyak 6 responden (30%).
- Penurunan tingkat nyeri persalinan kala I fase aktif pada ibu yang menggunakan aroma terapi (aroma lavender) dalam skala nyeri berat pada ibu bersalin di Poliklinik Ar Rahman Pasuruan adalah sebanyak 6 responden (30%).
- Tidak terdapat penurunan tingkat nyeri persalinan kala I fase aktif pada ibu primigravida yang menggunakan aroma terapi (aroma lavender) dalam skala nyeri paling berat pada ibu bersalin di Poliklinik Ar Rahman Pasuruan.
- Manfaat aroma terapi (aroma lavender) terhadap penurunan tingkat nyeri persalinan kala I fase aktif pada ibu yang menggunakan aroma terapi (aroma lavender) di Poliklinik Ar Rahman Pasuruan adalah sebanyak 14 responden (70%) mengalami penurunan skor nyeri dan 6 responden (30%) yang skor skala nyerinya tetap.
- Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan perhitungan *wilcoxon*, diketahui bahwa $p\text{-value} < 0,05$ yaitu dengan nilai $0,001 < 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian *aromatherapy lavender* terhadap intensitas nyeri persalinan kala I.

REFERENSI

- Geddes & Grosset. 2000. *Alternative Therapies*. Yogyakarta: Lotus.
- Bobak I.M, et al. 2005. *Maternity Nursing*. (alih bahasa: Wijayarini MA & Anugrah PI). California: Mosby.
- Bambang P. 2005. *Metode Penelitian kuantitatif: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Anas Tamsuri. 2006. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC.
- Alimul, Aziz. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*, Jakarta: Salemba Medika.
- Evariny A. 2007. *Melahirkan tanpa Rasa Sakit*. Jakarta: Bhuanan Ilmu Populer.
- Amera. 2008. *Aroma terapi Menimbulkan Kecanduan?* [Http://www.tanyadokteranda.com/artikel/II/aroma_terapi.menimbulkan-kecanduandiakses tanggal 24 Januari 2010](http://www.tanyadokteranda.com/artikel/II/aroma_terapi.menimbulkan-kecanduandiakses_tanggal_24_Januari_2010).
- Frekazoid. 2008. *Lebih Sehat dengan Aroma Terapi*. [Http://www.sendokgarpu.com/tips/lebih-sehat-dengan-aroma_terapi/75](http://www.sendokgarpu.com/tips/lebih-sehat-dengan-aroma_terapi/75)(diakses tanggal 25 januari 2010)
- Bisri Mustofa. 2009. *Pedoman Menulis Skripsi*. Jogja: Panji Pustaka.
- Ircham M. 2009. *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan, Kedokteran*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Koensoemardiyah.2009. *A-Z Aroma Terapi untuk Kesehatan, Kebugaran, dan Kecantikan*. Yogyakarta: ANDI.
- Aryadita, M. 2008. *Manfaat Minyak Essensial dan Floral Water*. (<http://purbandhari@yahoo.com>)(diakses tanggal 24 Januari 2010)

