ISBN. 978-602-72795-0-6

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

PROCEEDING

3rd Adult Nursing in Practice : Using Evidence in Care

"Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future"

Semarang, 13 Juni 2015

JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO

PROCEEDING

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

3rd Adult Nursing Practice : Using Evidence in Care

"Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future"

Tim Penyunting:

Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN

Ns. Reni SUlung Utami, S.Kep.,M.Sc

Semarang, 13 Juni 2015

Diterbitkan Oleh:

Jurusan Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Jln. Prof. H. Soedharto, SH, Tembalang, Semarang-Indonesia
Telp. (024) 76480919 Fax: (024) 76486849
Email: adultnursing.undip@gmail.com
Website: www.keperawatan.undip.ac.id

PROCEEDING SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

3RD *ADULT NURSING PRACTICE: USING EVIDENCE IN CARE*

"Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future"

EDITOR : Nana Rochana, Reni Sulung Utami

LAYOUT EDITOR: Yuni Dwi Hastuti

DESAIN SAMPUL: Nur Laili Fithriana

DIPUBLIKASIKAN OLEH Jurusan Keperawatan FK UNDIP

JL. PROF. SUDHARTO SH

TEMBALANG, SEMARANG

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya, tanpa izin tertulis dari penerbit.

Proceeding Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan

3rd *Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care*

"Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future"

Semarang: Jurusan Keperawatan FK UNDIP, 2015

1 exemplar, x, 453 pages, 8.27 x 11.69 inch

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

3rd Adult Nursing Practice : Using Evidence in Care

"Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future"

Kami mengucapkan terima kasih kepada tim *reviewer*:

Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kes

Wahyu Hidayati, S.Kp.,M.Kep.Sp.KMB

Fitria Handayani, S.Kp.,M.Kep.Sp.KMB

KATA PENGANTAR

Keperawatan sebagai bagian intergral dari pelayanan kesehatan, ikut menentukan menentukan mutu dari pelayanan kesehatan. Tenaga keperawatan secara keseluruhan jumlahnya mendominasi tenaga kesehatan yang ada, dimana keperawatan memberikan konstribusi yang unik terhadap bentuk pelayanan kesehatan sebagai satu kesatuan yang relatif, berkelanjutan, koordinatif, dan advokatif. Keperawatan sebagai suatu profesi menekankan kepada bentuk pelayanan profesional yang sesuai dengan standar dengan memperhatikan kaidah etik dan moral sehingga pelayanan yang diberikan dapat diterima oleh masyarakat dengan baik dan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Salah satu pendekatan yang dapat membantu praktisi keperawatan untuk memberikan kualitas pelayanan profesional yang terbaik dalam memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya adalah dengan aplikasi *Evidence Based Nursing Practice* (praktik keperawatan berbasis pembuktian ilmiah). Hal tersebut bermanfaat dalam meningkatkan kualitas intervensi keperawatan dari yang berbasis tradisi atau kebiasaan atau rutinitas menjadi intervensi berbasis fakta dan hasil riset. Hal ini juga dapat menjadi tonggak profesionalitas keperawatan, yang dimana tindakan keperawatan yang diberikan berdasarkan penemuan terkini dari perkembangan ilmu pengetahuan.

Saat ini, keperawatan di Indonesia masih terus meningkatkan kuantitas dan kualitas aplikasi *Evidence Based Nursing Practice* dalam pemberian layanan asuhan keperawatan, salah satunya dalam *setting* kegawatdaruratan dan bencana. Asuhan keperawatan dalam *setting* kegawatdaruratan dan bencana dengan berbasis pada keperawatan holistik menjadi salah satu isu yang penting untuk dikembangkan. Untuk mendukung hal ini, kami berencana akan menyelengarakan seminar ilmiah nasional keperawatan yang ketiga untuk membahas hal tersebut. Pada seminar ilmiah kali ini, kami mengangkat tema "*Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future*", yang membahas tentang konsep dan aplikasi keperawatan holistik serta bentuk keperawatan forensik dalam *setting* kegawatdaruratan dan bencana, terkait isu-isu yang muncul dan perkembangannya di masa depan. Hal ini diharapkan akan dapat meningkatkan standar kualitas pelayanan keperawatan di Indonesia.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Semarang, 13 Juni 2015

Ketua Panitia

Chandra Bagus Ropyanto, S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

3rd Adult Nursing Practice : Using Evidence in Care

"Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future"

Panitia pelaksanaan seminar ini adalah:

Ketua	: Chandra Bagus Ropyanto, S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB
Sekretaris I	: Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep., M.Kep
Sekretaris II	: Try Alim Nasrudin, A.Md
Sie Ilmiah	: Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN
	Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep.,M.Sc
	Fitria Handayani, S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB
Sie Acara	: Ns. Henni Kusuma, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB
	Wahyu Hidayati, S.Kp., M.Kep., Sp. KMB
	Ns. Niken Safitri Dian K., S.Kep.,M.Si.,Med
	Ns, Ahmat Pujianto, S.Kep.,M.Kep
Sie Konsumsi	: Ns. Susana Widyaningsih, S.Kep.,MNS
Sie Pudekdok dan Danus	: Ns. Dody Setyawan, S.Kep.,M.Kep
	Nur Laili Fithriana, S.Kep
Sie Perlengkapan	: Wakidjo
	Abu Mansyur

SUSUNAN ACARA

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

3rd Adult Nursing Practice : Using Evidence in Care

"Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future"

WAKTU	KEGIATAN
07.00 - 08.00 WIB	REGISTRASI
08.00 - 08.30 WIB	PEMBUKAAN • Pembukaan • Laporan Ketua Panitia • Sambutan Dekan FK Undip
08.30-10.00 WIB	PRESENTASI I : DISKUSI PANEL TOPIK 1 & 2 • Presentasi Topik 1 : *Holistic Nursing Concept in Emergency and Disaster* Ns. Nana Rochana, S.Kep., MN • Presentasi Topik 2 : *Holistic Nursing Application in Emergency and Disaster* Amelia Kurniati, S.Kp., MN Moderator : Ns. Ahmat Pujianto, S.Kep., M.Kep
10.00 -10.30 WIB	*POSTER PRESENTATION*
10.30-12.30 WIB	*CONCURRENT SESSION*
12.30-13.30 WIB	ISHOMA
13.30-15.00 WIB	PRESENTASI II : TOPIK 3 Presentasi Topik 3 : *Forensic Nursing* AKBP dr. Summy Hastry Purwanti, DFM, Sp.F Moderator : Wahyu Hidayati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.MB
15.00-15.30 WIB	PENUTUPAN

DAFTAR ISI

Halaman Judul ……...…….. i

Kata Pengantar ……. iv

Susunan Panitia …… v

Susunan Acara ……. vi

Daftar Isi …….. vii

A. MATERI PEMBICARA

1. Amelia Kurniati, S.Kp.,MN…….. 1
   "Holistic Nursing Application in Eemergency and Disaster Nursing"
2. Ns. Nana Rochana, S.Kep.,MN……. 12
   "Holistic Nursing Philosophy in Emergency and Disaster Nursing"
3. AKBP dr. Summy Hastry Purwanti, DFM, SpF……... 18
   "Forensic in Emergency and Disaster Nursing"

B. ORAL PRESENTATION

1. Wahyu Hidayati……..……. 51
   Mengontrol Tekanan Darah dengan *Intradialytic Exercise* pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis
2. Niken Safitri Dyan K ……..…… 61
   Studi Literatur: *Ipswich Touch Test* sebagai Metode Sederhana untuk Skrining *Diabetic Foot Ulcer*
3. Meril Valentina Manangkot …… 66
   Instrumen Pengkajian Kesehatan Mulut dalam Tatanan Keperawatan Kritis: Studi Literatur
4. Linda Widyarani…….. 72
   Cryotherapeutic Ice Pack sebagai Topikal Analgesik pada Pediatrik saat Prosedur Pemasangan Kateter Intravena di Instalasi Gawat Darurat: Studi Literatur
5. Erni Tri Indarti, Azizah Khoiriyati, SN Nurul Makiyah …….…… 77
   Latihan Fisik *Out-Patient* pada Penderita Gagal Jantung Kronik Meningkatkan Kapasitas Fungsional dan *Activity Daily Living*
6. Ika Subekti Wulandari, Retty Ratnawati, Lilik Supriati ……..……... 90
   Penanganan *Emergency Psychiatric* Perawat pada Kasus Percobaan Bunuh Diri di RS dr. Moewardi Surakarta
7. Fiktina Vifri Ismiriyam ……... 102
   Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Kreativitas Anak Pra Sekolah di TK Nurul Ilmi Kota Semarang
8. Nurul Risna, Baiq Nurainun A., Dian Istiana ……. 114
   Pengaruh Senam Lansia terhadap Penurunan Skala Insomnia pada Lansia di PSTW Puspakarma Mataram
9. Raisa Farida Kafil, Helwiyah Ropi ……. 122
   Pengelolaan Nutrisi Perioperatif: Studi Literatur

10. Annisa Cindy Nurul Afni, Sri Andarini, Septi Dewi Rachmawati …… 127
Pengalaman *Prehospital* Pasien dengan STEMI (*ST Elevation Myocardial Infarction*) Pertama di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Moewardi Surakarta
11. Agustina Ari Handayani ……. 139
Refleksi Katarsis terhadap Masyarakat Purwodadi-Grobogan Pasca Bencana Banjir
12. Iin Rakhmawati, Siti Haryani, Eka Adimayani …….. 145
Gambaran Tingkat Kecemasan pada Anak Usia Prasekolah terhadap Prosedur Pemasangan Cairan Intravena di RSUD Ambarawa
13. Ni Nengah Mini A., Ummu Muntamah, Trimawati ……... 151
Pengaruh Pemberian Air Rebusan Seledri pada Lansia Penderita Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi) di Dusun Gogodalem Barat
14. Henricha Evalina S., Chandra Bagus R. ……. 159
Pengaruh Kompres Hangat terhadap Nyeri Sendi pada Lansia (60-74 Tahun)
15. Suwaryanti, Wahyu Hidayati …….. 167
Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Mekanisme Koping pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang
16. Anna Kurnia …… 175
Motivational Interviewing (MI) terhadap Fisik dan Psikologis pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2: *Literature Review*
17. Dwi Astuti, Made Suandika …… 183
Efektivitas Pemberian Terapi Relaksasi Otot Progresif dan Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Insomnia pada Lansia di Unit Rehabilitasi Sosial Dewanata Cilacap
18. Ika Silvitasari …….. 193
Pengaruh *Massage* terhadap Nyeri *Low Back Pain*: *Literature Review*
19. Khoirunnisa Munawaroh …… 200
Pengaruh *Exercise* terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara
20. Rina Ambarwati, Arina Maliya, Oktarina Rohatami …….. 210
Studi Komparatif Terapi Bekam dan Pijat Refleksi pada Pasien Hipertensi
21. Satriya Pranata …… 219
Pengaruh Layanan Pesan Singkat (SMS) Berbasis Pengingat, Cara Pengobatan dan Motivasi terhadap Kepatuhan Pengobatan pada Pasien Tuberculosis
22. Utami Hidayati …… 227
Pengaruh Efek Samping Pemberian Terapi Antiretroviral terhadap Kepatuhan Terapi Antiretroviral pada Pasien HIV/AIDS di Klinik *Voluntary Counseling*
23. Arif Adi Setiawan ……... 235
Pengembangan Terapi *Holistic Nursing* Berbasis *Islamic Spiritual Practice* dalam Mengurangi Kecemasan pada Klien den gan *Acute Coronary Syndrome*
24. Ida Nur Imamah …….….. 243
Literature review: Pengaruh *Pulmonary Rehabilitation* Program terhadap *Fatigue* dan Kualitas Hidup (*Quality of Life*) Pasien *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*
25. Raimonda Amayu Ida Vitani ……... 250
Tinjauan literatur: Musik sebagai Intervensi untuk Pasien Post-Operasi

26. Rosiah …… 257
Latihan Fisik pada Klien *Chronic Kidney Disease* yang Menjalani Hemodialisa terhadap Kualitas Hidup: *Literature Review*
27. Endang Supriyanti …….. 265
Efektivitas Latihan ROM Pasif dan Aktif terhadap Peningkatan Rentang Gerak Sendi pada Klien Hemiparese *Pasca* Stroke: *Literature Review*
28. Sarinti …… 270
Pengaruh *Collaboration Weaning Plan (CWP)* terhadap Keberhasilan Penyapihan Pasien Terpasang Ventilasi Mekanik
29. Eka Sakti Wahyuningtyas …….. 278
Disfungsi Ereksi pada Pasien laki-Laki Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa
30. Santoso Tri Nugroho …….. 284
Moist Wound Dressing dengan Menggunakan *Modern Dressing* terhadap Percepatan Penyembuhan Luka pada Pasien *Diabetic*
31. Dwi Uswatun Khasanah …… 290
Efektivitas *Motivational Interviewing* terhadap Kontrol Glikemik Darah dan Penurunan Berat Badan pada Pasien DM: *Literature Review*
32. Kurnia Wijayanti ……. 297
Pemberian Intervensi Musik Suara Alam terhadap Penurunan Kecemasan dan Nyeri pada Pasien Kritis
33. Andy Kristian …….. 302
Tinjauan Literatur: Reiki sebagai Terapi Komplementer untuk Nyeri, Kecemasan, dan Kualitas Hidup Pasien
34. Nugroho Lazuardi …….. 311
Support Group terhadap Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal yang Menjalani Hemodialisa
35. Sukarno …….. 317
Peningkatan Fungsi Ventilasi Mekanik Paru melalui Yoga *Breathing Exercise* (Pranayama) pada Pasien Asma *Bronchiale*

C. POSTER PRESENTATION

1. Abi Sufyan Harits, Henni Kusuma …….. 323
Gambaran Perilaku Penderita Hipertensi dalam Melaksanakan Diit Rendah Garam Berdasarkan *Theory of Planned Behaviour* di Kelurahan Bulusan, Kota Semarang
2. Prima Daniyati Kusuma …… 335
Gambaran Kejadian *Premenstrual Syndrome (PMS)* dan *Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)* berhubungan dengan *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Pasca* Bencana*: Literature Review*
3. Eko Mardiyaningsih ……. 340
Breastfeeding Self Efficacy: Literature Review
4. Gandes Ambarwati …….. 346
Trauma *Healing* akibat Bencana dengan Terapi Psikologis
5. Niken Safitri DK, Amalia Safitri …….. 350
RBNP Aplikasi “SWITCH” sebagai Panduan Timbang Terima Perioperatif di

Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUP dr. Kariadi Semarang
6. Ferdio Ridha, Ilham Nur Luthfi, Dody Setyawan …… 358
Quality Improvement Project: Efektivitas Instrumen *Semi-Customized Cervical Pillow (Universal Pillow)* terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Leher dengan atau Tanpa Nyeri Kepala di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Kariadi Semarang
7. Gabro Hermawan, Reni Sulung Utami ……. 364
Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis di *Intensive Care Unit*
8. Febria Eka Cahya, Nana Rochana …… 376
Hubungan Pelatihan dan Supervisi dengan Kepatuhan Perawat dalam Tindakan *Suction Endotrakeal* di Ruang Intensif Rumah Sakit di Semarang
9. Dwi Mulianandа ……... 384
Efek Intervensi Rehabilitasi *Swallowing Exercise* pada Pasien Pasca Stroke Akut dengan *Dysphagia*
10. Indah Sri Wahyuningsih ……...…… 391
Literature Review: Instrumen Nyeri pada Pasien Kritis Dewasa
11. Efilia Intan S, Yuni M Sianipar, Syafarina Nur W., Ahmat Pujianto …….. 397
"Bracelet as Friend Reminder for Tuberculosis" sebagai Upaya Peningkatan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis
12. Suswatiningsih …….. 406
Perbandingan Pengukuran Kebutuhan Energi pada Pasien Kritis: *A Literature Review*
13. Putri Puspitasari …… 413
Efektivitas Teknik Perawatan Luka dengan *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) terhadap Percepatan Proses Penyembuhan Luka pada Pasien Ulkus Diabetes Mellitus
14. Untung Sujianto, Reni Sulung Utami ……... 421
IbM Peningkatan *Life Skills* pelajar SMK (Sekolah Menengah Kejuruan) dalam Pencegahan PMS, HIV/AIDS
15. Gigih Sanjaya P., Ari Kusumantoro, Yuni Dwi Hastuti ……... 429
Hubungan Pelaksanaan Ambulasi setelah Imobilisasi 6 jam dengan Kejadian Hematoma pada Pasien Pasca Angiografi Koroner Diagnostik di UPJ RSUP Dr Kariadi Semarang
16. Yulia Nurlaila, Ari Kusumantoro, Yuni Dwi Hastuti …….. 437
Gambaran Perubahan Tanda Vital dan Kecemasan setelah Diberikan Terapi Massage: Punggung Atas dengan Punggung Bawah pada Pasien Gagal Jantung Kongestif (CHF) di UPJ RSUP Dr. Kariadi Semarang
17. Supar, Artika Nurrahima …….. 446
Hubungan Pola Asuh Orang tua dengan Tingkat Kemandirian pada Anak Retardasi Mental Sedang Kelas 1-6 di SLB Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang

Materi Pembicara

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

3rd Adult Nursing Practice : Using Evidence in Care

"Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future"

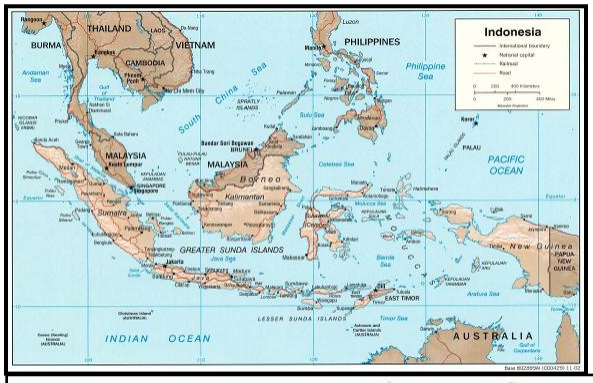
Holistic Nursing Application in Emergency and Disaster

AMELIA K, MN

HIPGABI

HIMPUNAN PERAWAT GAWAT DARURAT DAN BENCANA INDONESIA

Profile of Indonesia



- Over 230 million population
- World's largest Archipelago
- More than 17,000 islands
- 500 Rivers
- 200 Ethnic groups
- Indonesian language with 583 local dialects
- 33 province, 540 Districts and Municipalities
- 3 Time zones

Definisi Bencana

3

Undang-undang 24 Tahun 2007:

Peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau non-alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis

Vision, Goal and Objective

Vision

Communities are well prepared with the support of different sectors, able to respond, manage emergencies and disasters, sustain and maintain their livelihood and development at different levels

Goal

Health sector prepared to reduce and minimize health consequences, social and economic impacts of the aftermath of emergencies and disasters under DRR Programme

Objective

DRR Programme strengthened, enabling self sustainability in reducing risk by having good preparations and effective response to emergencies and disasters according to updated Standard Operating Procedures in 492 districts, Indonesia by 2015

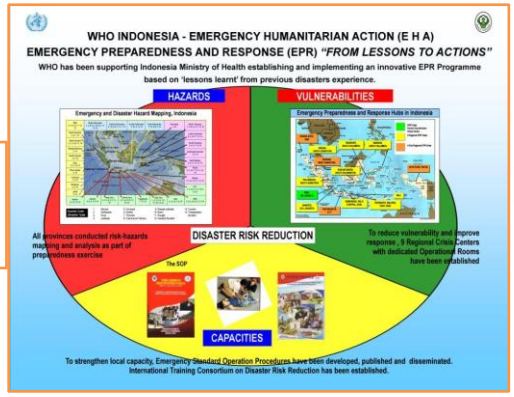
PPK KEMENKES

4

Strategic Approach - Conceptual Framework

Disaster management Bill. Indonesia

Hyogoframe Work For Action (HFA)



MDG Goals

Human Rights Principles

PPK KEMENKES

5

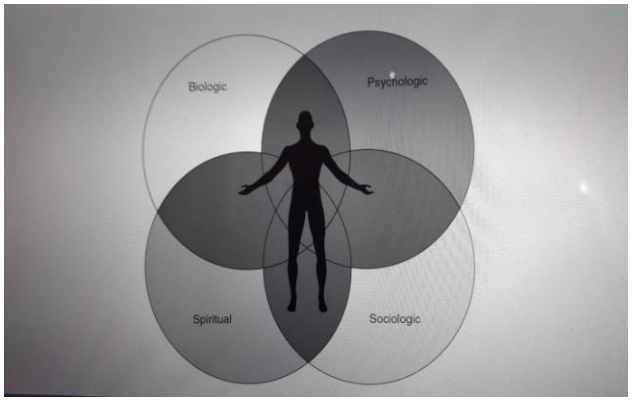
PERKEMBANGAN KEPERAWATAN BENCANA DI INDONESIA

- **Perubahan PARADIGMA PENANGANAN BENCANA (2007)**
  - DISASTER RESPONSE → DISASTER PREPAREDNESS
  - FOCUS CURING → COMMUNITY RESILIANCE
  - KOORDINASI dan KOLABORASI
- **PERKEMBANGAN PARADIGMA KEPERAWATAN**
  - COMMUNITY RESILIANCE
  - PENDEKATAN LOKAL BUDAYA

PERKEMBANGAN KEPERAWATAN BENCANA DI INDONESIA

- **2005 Tsunamy Aceh**; kerjasama keperawatan untuk pengembangan keperawatan Bencana
  - Keperawatan gawat darurat
  - Keperawatan komunitas
  - Keperawatan jiwa
- **2007 disahkannya UU Bencana**
- Pengembangan perangkat/lembaga bencana
  - BNPD dan BPBD
  - PPK
  - Desa Siaga bencana
- 2011 mulai pengembangan **kurikulum keperawatan bencana sbg mata ajar mandiri**
- 2013 mulai pengembangan pelatihan keperawatan bencana

HOLISTIC NURSING



Community Disaster Resilience Definition

A community will prove resilient in the event of a severe emergency or disaster when members of the population are connected to one another and work together, so that they are able to:

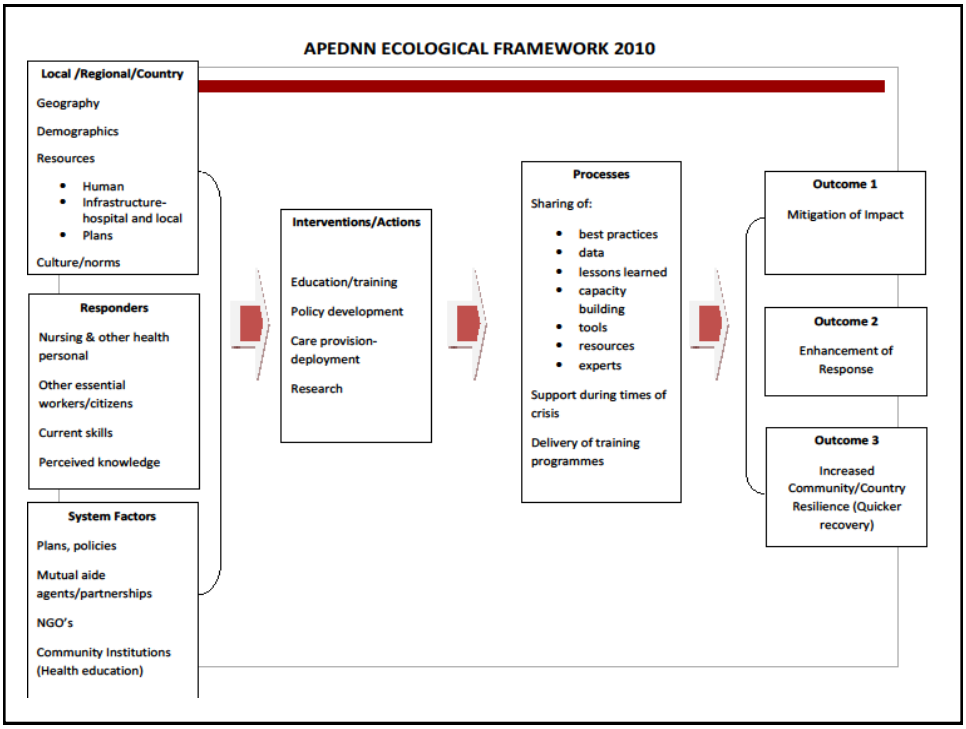
- function and sustain critical systems, even under stress;
- adapt to changes in the physical, social or economic environment;
- be self-reliant if external resources are limited or cut off; and
- learn from experience to improve over time.

Flinders UNIVERSITY
inspiring achievement

HOLISTIC NURSING in EMERGENCY and DISASTER

1). Cross sector Main Stream
2). Increasing Resilieance
3). Community emporwerment

(May, Salvino and Walston, 2013)



Risk Assessment:

Community profile

Do we know the profile of our community/ country?

1. the people
2. their property (infrastructure, possessions and assets; public, private and cultural)
3. their services (government and non-government, commercial and voluntary)
4. their livelihoods (urban and rural, formal and informal)
5. their environment (air, water and soil; urban and rural, built and natural)

Risk Assessment:
Hazards

Do we know the hazards in our community/ country?

1. Natural – storm, earthquake, volcano, flood, landslide, tsunami, drought, famine, pests, infestations, forest fires
2. Technological – environmental pollution, CRBN, transport, industrial, explosion, fires
3. Biological – epidemics, biological incidents
4. Societal - war, civil strife, terrorism, economic crisis

Risk Assessment:
Community risks

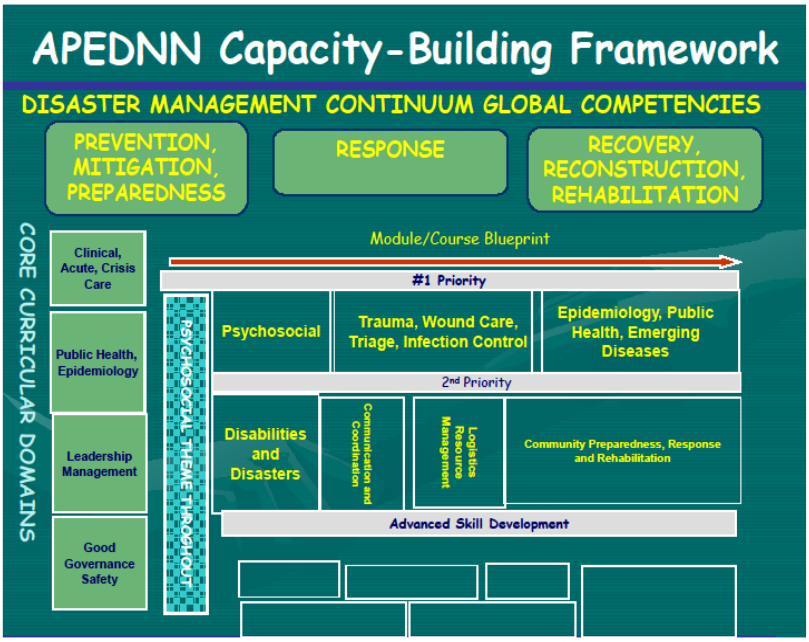
Do we know the risks in our community/ country?

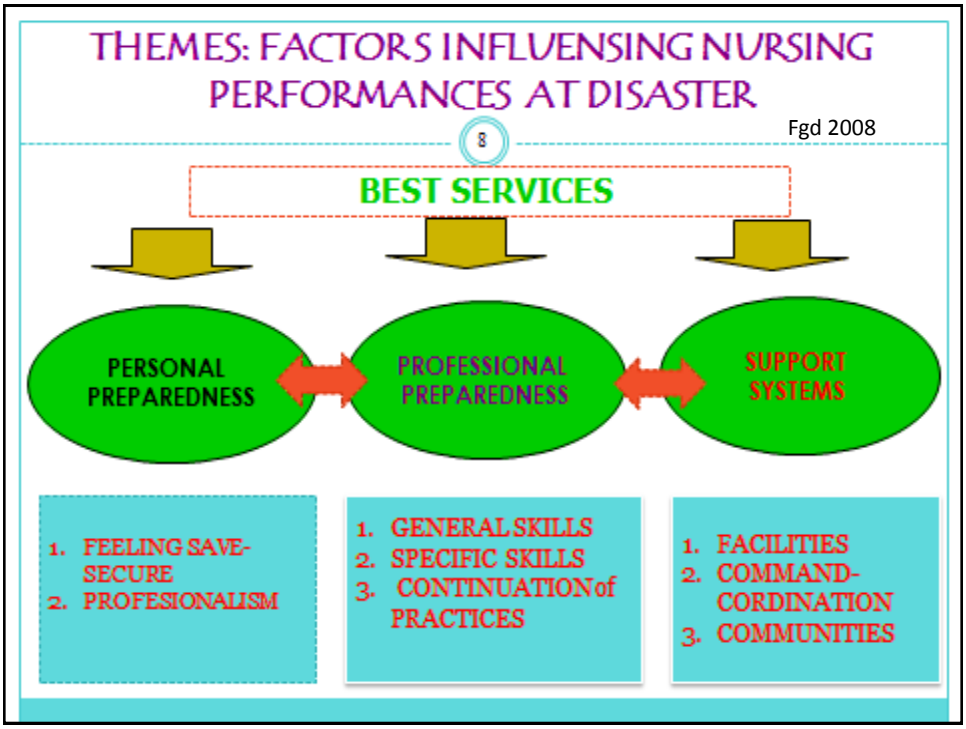
- Some examples:
  - dead and missing
  - injury (mental and physical)
  - disease (mental and physical)
  - secondary hazards (fire, disease etc.)
  - contamination of the environment
  - displacement
  - breakdown in security
  - damage to infrastructure
  - breakdown in essential services
  - loss of property
  - loss of income …

Risk Assessment:
Community vulnerabilities

Do we know the vulnerabilities in our community?

- Access to health care
- Measles vaccination coverage rate
- Under 5 nutrition rate
- Under 5 mortality rate
- Access to safe water
- Access to sanitation
- Access to adequate housing
- Access to regular source of income
- Female literacy rates





Australia

Summary of the prevalence of psychosocial problems after an emergency
(van Ommeren, 2006)

	Before Emergency 12-month prevalence	*After Emergency 12-month prevalence*
Severe mental disorder (eg psychosis, severe depression, severe disabling anxiety disorder)	2-3%	3-4%
Mild or moderate mental disorder (eg mild and moderate depression or anxiety)	10%	20% (reduces to 15% with natural recovery)
Moderate or severe psychological/social distress (No formal disorder but severe distress)	No estimate	Large percentage(reduces due to natural recovery)
Mild psychological/social distress	No estimate	Small percentage (Increases over time)

Australia

INDONESIAN EMERGENCY AND DISASTER NURSING ASSOCIATION

JAKARTA FLOOD 2013

Introduction: On January 2013, torrential rain has caused massive flooding in the Jakarta Capital Region, Indonesia, virtually shutting down the city. The flood was not only destroyed the facilities, and human biological suffered, but also has caused a great impact on psychosocial and general economic for people.
Being the majority in the health care system, Nurses have a big role to manage disaster events efficiently. Colaboration and coordination among nurses association in Jakarta were conducted with Jakarta's goverment health care team in providing the Community with a comprehensive of nursing care.

Coordinator: Indonesian National Nursing Association (INNA) and Indonesian Emergency and Disaster Nursing Association (IEDNA)

Team member:
Nursing Association and Sociaty: Pediatric Nursing; Maternity Nursing; Medical Surgical Nursing; Community Nursing; Mental Health Nursing.
Faculty of Nursing University of Indonesia; Jakarta Provincial Nursing Diplome; Husada Hospital Nursing Diplome

Activities:
- Coordination and mobilization of all resources
- Nursing Treatment; wound care, health assessment, green label medication support, maternity conselling
- Play therapy: story telling, drawing
- Mental health: psychological stress reduction activities
- Health education for preventing secondary invection
- Actively looking for the sick people in the flooded area

Acknowledgement: Thanks to INNA, Nursing Associations and Sociaty in Jakarta; FoN UI

Emergency and Disaster Nurses at The Time of Disaster

MOUNT KELUD ERRUPTION; MARCH 2014

JAKARTA FLOOD 2013-2014

TSUNAMY MENTAWAI OKTOBER 2010

MANADO LANDSLIDE JANUARI 2014

Emergency and Disaster Nurses at The Time of Disaster

MOUNT KELUD ERRUPTION; MARCH 2014

JAKARTA FLOOD 2013-2014

TSUNAMY MENTAWAI OKTOBER 2010

MANADO LANDSLIDE JANUARI 2014

Holistic philosophy in Emergency and Disaster Nursing

Ns. Nana Rochana, S.Kep, MN

Pengertian

Holistik

Keseluruhan, total (whole)

Holism → Holos (bahasa yunani)

Holistic nursing

Cara yang menyeluruh untuk mengkonseptualisasi dan menerapkan keperawatan profesional

2 framework:

1. Identifikasi kaitan antar dimensi bio-psiko-sosio-spiritual → keseluruhan lebih tinggi dari gabungan antar bagian
2. Pemahaman individu sebagai kesatuan yang saling menguntungkan dengan lingkungan

Underlying philosophy

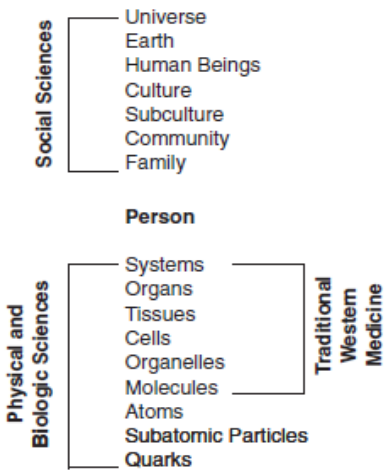
HOLISM

↓

1. Natural system theory
2. Bio-psycho-social-spiritual model

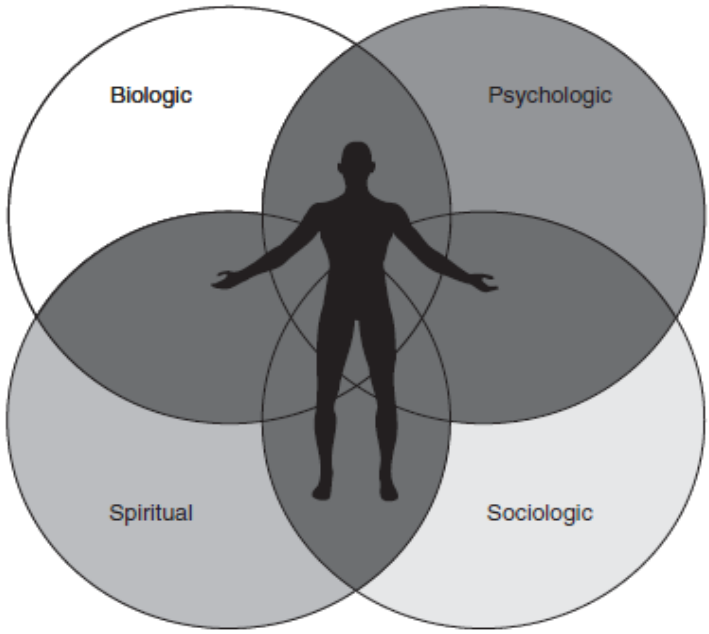
Natural System Theory

- Dikembangkan oleh Von Bertalanffy
- Suatu cara memahami keterkaitan struktur alami dalam jagat raya



Bio-psycho-social-spiritual model

Memuat roadmap cara merawat pasien secara keseluruhan



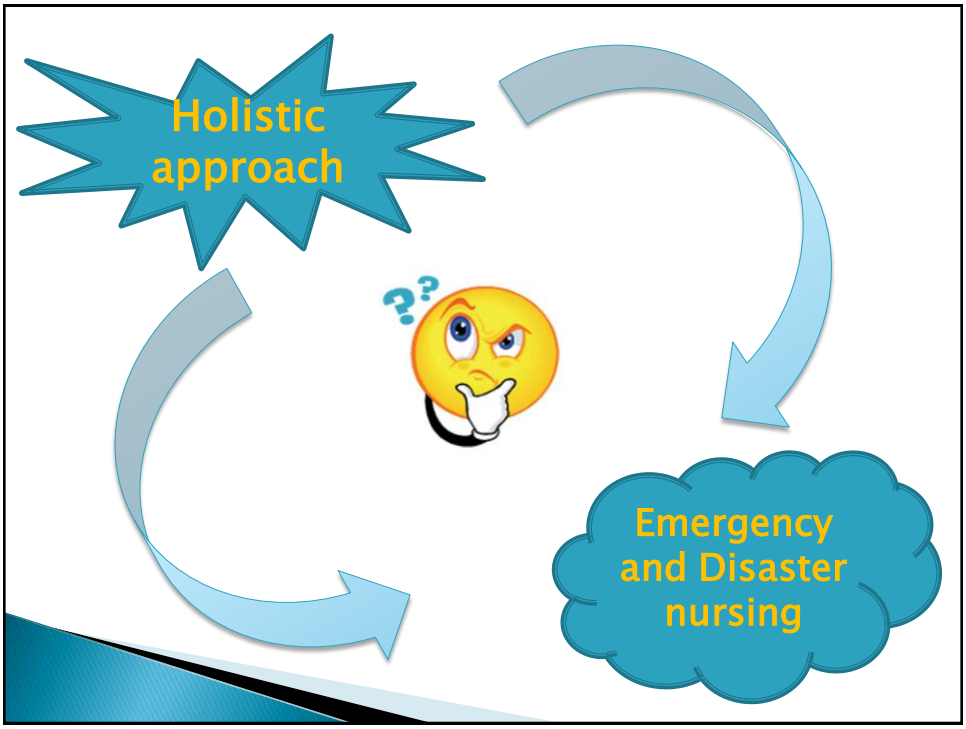
Allopathic Model	*Holistic Model*
Treatment of symptoms	Search for patterns, causes
Specialized	Integrated; concerned with the whole patient
Emphasis on efficiency	Emphasis on human values
Professional should be emotionally neutral	Professional's caring is a component of healing
Pain and disease are wholly negative	Pain and disease may be valuable signals of internal conflicts
Primary intervention with drugs, surgery	Minimal intervention with appropriate technology, complemented with a range of noninvasive techniques (psychotechnologies, diet, exercise)
Body seen as a machine in good or bad repair	Body seen as a dynamic system, a complex energy field within fields (family, workplace, environment, culture, life history)
Disease or disability seen as an entity	Disease or disability seen as a process
Emphasis on eliminating symptoms and disease	Emphasis on achieving maximum bodymind health
Patient is dependent	Patient is autonomous
Professional is authority	Professional is therapeutic partner
Body and mind are separate; psychosomatic illnesses seen as mental; may refer (patient) to psychiatrist	Bodymind perspective, psychosomatic illness is the province of all health care professionals
Mind is secondary factor in organic illness	Mind is primary or co-equal factor in all illness
Placebo effect is evidence of power of suggestion	Placebo effect is evidence of mind's role in disease and healing
Primary reliance on quantitative information (charts, tests, and dates)	Primary reliance on qualitative information, including patient reports and professional's intuition; quantitative data an adjunct
"Prevention" seen as largely environmental; vitamins, rest, exercise, immunization, not smoking	"Prevention" synonymous with wholeness: in work, relationships, goals, body-mind-spirit

Core values → Holistic Nursing Practice

1. Holistic philosophy, theories and ethics
2. Holistic education and research
3. Holistic nurse self care
4. Holistic communication, therapeutic environment, and cultural diversity
5. Holistic caring process

(AHNA, 2003)

MIND
BODY
SPIRIT



Emergency and disaster setting

CV

I.
1. NAMA : SUMI HASTRY PURWANTI
2. PANGKAT/NRP : AKBP / 70080453
3. JABATAN : KASUBBIDDOKPOL
4. TMT : 01-01-2012
5. KESATUAN : POLDA JATENG
6. TMP LAHIR : JAKARTA
7. TGL LAHIR : 23-08-1970
8. AGAMA : ISLAM
9. NAMA SUAMI : HARRY. TJ
10. TMP LAHIR : KR. ANYAR
11. TGL LAHIR : 23-12-1964
12. PEKERJAAN : GINEKOLOG

II. PENDIDIKAN

UMUM	TH LULUS
- SD	1983
- SMP	1986
- SMA	1989
- PT	1997
- SPESIALISASI ILMU KEDOKTERAN FORENSIK	2005

POLRI	TH LULUS
SEPA PK V	1997/1998
SELAPA	2010

SUS/JUR/TAR	LAMA/TH
- POST GRADUATE TRAINING COURSE, FORENSIC MEDICINE GRONINGHAM UNIVERSITY, AMSTERDAM TH 2003	1 BLN
-TRAINING OF TRAINER, DISASTER VICTIM IDENTIFICASI SINGAPORE, PEBRUARI 2006	1 MGG
- TRAINING FORENSIC MEDICINE, INSTITUTE RORENSIC MEDICINE OF SYDNEY UNIVERSITY, SEPTEMBER 2006	2 MGG

III. TMT KEPANGKATAN
1. IPDA : 01-07-1998
2. IPTU : 01-07-1999
3. AKP : 01-07-2002
4 KOMPOL : 01-07-2008
5 AKBP : 01-07-2012

IV. KECAPAKAPAN BAHASA

NO	DAERAH	ASING
1.	JAWA (AKTIF)	INGGRIS (AKTIF)

V. RIWAYAT JABATAN
1. PAMA BID DOKKES POLDA JATENG
2. KAUR DOKKES POLWILTABES SEMARANG
3.KASUBBIDOKPOL POLDA JATENG

VI. DATA RIWAYAT PENUGASAN
1. TIM IDENTIFIKASI NASIONAL KORBAN BOM BALI I TH 2002
2. TIM IDENTIFIKASI LION AIR CRASH, SOLO TH 2004
3. TIM IDENTIFIKASI KORBAN BOM KEDUBES AUSTRALIA, JAKARTA TH 2004
4. TIM IDENTIFIKASI KORBAN MANDALA AIR CRASH, MEDAN TH 2005
5. TIM IDENTIFIKASIKORBAN BOM BALI II TH 2005
6. TIM IDENTIFIKASI TERORIS WONOSOBO TH 2006
7. TIM IDENTIFIKASI KORBAN TSUNAMI DAN GEMPA BUMI, KLATEN – YOGYA TH. 2006
8. TIM IDENTIFIKASI KORBAN KM SENOPATI NUSANTARA TH 2006
9. TIM IDENTIFIKASI KORBAN PESAWAT GARUDA AIR CRASH, YOGYA TH 2007
10.TIM IDENTIFIKASI KORBAN CASA 212 TNI AU,BOGOR TH 2008
11 TIM IDENTIFIKASI KORBAN HERCULES TNI AU MADIUN TH 2009
12 TIM IDENTIFIKASI KORBAN BOM HOTEL JW MARIOT KUNINGAN JAKARTA 2009\
13 TIM IDENTIFIKASI TERORIS NURDIN M TOP,SEPTEMBER 2009
14 TIM IDENTIFIKASI GEMPA PADANG,SUMBAR,OKTOBER 2009

PENGERTIAN

Ilmu Kedokteran Forensik :

Cabang spesialistik ilmu kedokteran, yang memanfaatkan pengetahuan kedokteran untuk membantu proses penegakan hukum dan keadilan

KEDOKTERAN FORENSIK

APA YANG PERLU DILAKUKAN ???

- LAPOR KE YANG BERWENANG
  - RT, RW, POLISI
- BERDASARKAN LAPORAN WARGA TERSEBUT, POLISI AKAN MELAKUKAN
  - PENYELIDIKAN
  - PENYIDIKAN
- SETELAH MENUNTASKAN PENYIDIKAN, BERKAS DITERUSKAN KE PENUNTUT UMUM

KEDOKTERAN FORENSIK

PERAN DAN KEWAJIBAN DOKTER dan PARAMEDIS

- MEMBANTU PENYIDIK DALAM HAL PEMERIKSAAN KORBAN TINDAK PIDANA (UNTUK MEMBUAT TERANG SUATU PERKARA)
- MEMBERIKAN KETERANGAN AHLI BILA DIPERLUKAN DI PERSIDANGAN

KEDOKTERAN FORENSIK

PERTANYAAN ?????

- BERCAK BERWARNA MERAH PADA DINDING DAN LANTAI
  - BERCAK APAKAH ITU? APAKAH BERCAK DARAH?
  - BILA BENAR ADALAH BERCAK DARAH, DARAH APAKAH ITU? DARAH MANUSIA?
  - BILA BENAR DARAH MANUSIA, DARAH SIAPAKAH ITU?
  - SUDAH BERAPA LAMA DARAH ITU ADA DI SANA?
  - BERASAL DARI MANAKAH DARAH TERSEBUT?

KEDOKTERAN FORENSIK

PERTANYAAN BERIKUTNYA ?????

- APA PENYEBAB LUKA PADA KEPALA TERSEBUT?
- APAKAH LUKA ITU ADALAH LUKA YANG MEMATIKAN?
- BAGAIMANA SAMPAI LUKA TERSEBUT TIMBUL?
  - UPAYA PEMBUNHAN?
  - UPAYA BUNUH DIRI?
  - KECALAKAAN?

KEDOKTERAN FORENSIK

PERTANYAAN LANJUTAN ?????

- APAKAH LUKA TERJADI SEMASA YANG BERSANGKUTAN MASIH HIDUP?
- KAPANKAH KORBAN MENINGGAL?
- ADAKAH TEMUAN PENTING LAINNYA?
- DAN SIAPAKAH KORBAN YAMG MALANG INI?

KEDOKTERAN FORENSIK

RUANG LINGKUP PEMERIKSAAN KEDOKTERAN FORENSIK

- KORBAN TINDAK PIDANA DAPAT MENGALAMI PERLUKAAN ATAU PERACUNAN
- TIDAK SEMUA KORBAN MENGALAMI KEMATIAN
- OBJEK PEMERIKSAAN KEDOKTERAN FORENSIK MELIPUTI
  - KORBAN HIDUP
  - KORBAN MATI
  - BAGIAN TUBUH
  - BENDA YANG DIDUGA BERASAL DARI TUBUH

KEDOKTERAN FORENSIK

TOPIK BAHASAN DALAM LINGKUP ILMU KEDOKTERAN FORENSIK:

- PROSEDUR MEDIKO-LEGAL DI INDONESIA
- HUKUM KEDOKTERAN/KESEHATAN DI INDONESIA
- THANATOLOGI (PERUBAHAN PADA TUBUH MAYAT)
- TRAUMATOLOGI (KEKERASAN DAN AKIBATNYA)
- MATI LEMAS
- MATI MENDADAK DAN TAK TERDUGA

KEDOKTERAN FORENSIK

TOPIK BAHASAN DALAM LINGKUP ILMU KEDOKTERAN FORENSIK:

- KEMATIAN AKIBAT RACUN
- KEJAHATAN SEKSUAL
- ABORSI
- PEMBUNUHAN ANAK SENDIRI
- PENGELOLAAN TKP
- IDENTIFIKASI FORENSIK
- LABORATORIUM KEDOKTERAN FORENSIK
- PENGGALIAN KUBUR

KEDOKTERAN FORENSIK

PENENTUAN SEBAB KEMATIAN

- UNTUK MENENTUKAN SEBAB KEMATIAN, DOKTER MELAKUKAN AUTOPSI(BEDAH MAYAT) DENGAN JALAN MEMBUKA RONGGA TENGKORAK, RONGGA DADA DAN PERUT SERTA RONGGA PANGGUL, MENELITI SEMUA ALAT DALAM, MENEMUKAN KELAINAN MAUPUN TANDA KEKERASAN

KEDOKTERAN FORENSIK

Penentuan cara kematian

- Seringkali tidak dapat ditentukan hanya dari pemeriksaan tubuh korban saja
- Perlu data tambahan tentang keadaan TKP
- Didukung juga oleh keterangan tambahan lain, saksi mata, keadaan kejiwaan menjelang kematian dsb

Pembunuhan

- Lokasi perlukaan tersebar/tak beraturan
- Lokasi luka tidak dapat dijangkau oleh korban sendiri
- Terdapat tanda perlawanan berupa luka tangkis
- Dapat ditimbulkan oleh Kekerasan Tumpul, Kekerasan Tajam atau Tembakan senjata api.

Kecelakaan

- Lokasi luka tidak pada tempat yang biasa terlindung (daerah bawah dagu, lipat ketiak dsb)
- Terdapat luka “khusus” misalnya jejas ban
- Dapat ditimbulkan oleh Kekerasan Tumpul, Aliran Listrik, Petir, Bahan Kimia, jarang sebagai akibat Kekerasan Tajam

Bunuh Diri

- Lokasi luka dapat mudah dicapai oleh korban sendiri
- Terdapat pada sisi kiri pada korban yang tidak kidal
- Ditemukan luka-luka percobaan
- Jarang timbul sebagai akibat Kekerasan Tumpul, kecuali bila korban menjatuhkan diri, menabrakkan diri

Pembunuhan

- Pembekapan, Penyumbatan, Pencekikan, Penjeratan, Penggantungan dapat merupakan cara PEMBUNUHAN
- Ada cara yang lebih mudah dilakukan bila korban dalam keadaan lemah/ Tidak berdaya

Kecelakaan

- Dapat terjadi pada kasus “Pembekapan” dengan kantong plastik, “Terjerat” tali kalung, Tersedak (chocking) makanan, Asfiksi Traumatik, kasus Tenggelam
- Jarang terjadi pada kasus “pencekikan”

Bunuh Diri

- Gantung Diri, Menenggelamkan Diri dapat merupakan cara bunuh diri
- “Pembekapan” kadangkala dilakukan dengan menggunakan kantong plastik.

THANATOLOGI

THANATOS : MATI
LOGOS : ILMU

DEFINISI :

Ilmu yang mem pelajari perubahan-perubahan yang terjadi setelah meninggal dunia

PERUBAHAN-PERUBAHAN

SETELAH MENINGGAL

1. KULIT MUKA MEMUCAT

FUNGSI JANTUNG BERHENTI

SIRKULASI BERHENTI

DARAH PADA KAPILER KULIT
TURUN KE VENA YANG LEBIH BESAR
DI BAWAH KULIT

2. RELAKSASI OTOT

AKIBAT KEMATIAN OTAK :
OTOT POLOS AKAN KEHILANGAN TONUS

- IRIS DILATASI
- RAHANG BAWAH JATUH
- DADA KOLAPS
- SPINGTER ANI DILATASI

STADIUM INI DISEBUT : RELAKSASI PRIMER

3. PERUBAHAN PADA MATA

PANDANGAN MATA KOSONG

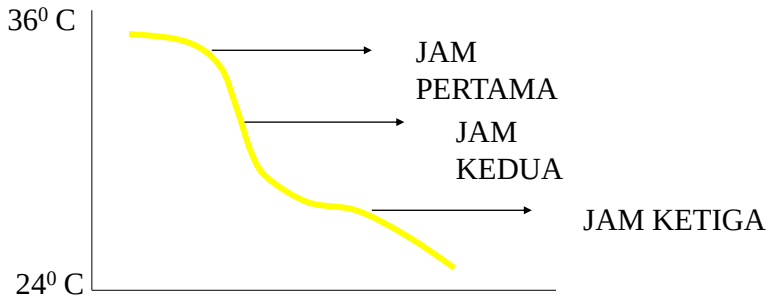
REFLEKS CAHAYA NEGATIF

KORNEA MENGERING, 10 - 12 JAM KMDN KERUH

TEKANAN BOLA MATA MENURUN

4. PENURUNAN SUHU

AKIBAT BERHENTINYA METABOLISME TUBUH, SUHU MAYAT TURUN MENYESUAIKAN SUHU SEKITARNYA MELALUI PERISTIWA ALAM (RADIASI, KONDUKSI, PANCARAN)



PENURUNAN 0,9 - 1 ^{0} C SETIAP JAM

5. LEBAM MAYAT(LIVOR MORTIS)

SIRKULASI BERHENTI

DARAH MENGUMPUL PADA BAGIAN BAWAH TUBUH OK GRAVITASI BUMI

WAKTU TERJADINYA : 1 - 2 JAM

MEKANISME :

MULA-MULA DARAH MENGUMPUL PADA VENA^2 YG BESAR, KMDN MENGISI VENA^2 YG KECIL

LOKASI :

BAGIAN TERENDAH

- **PADA TUBUH**
- **PADA ORGAN DALAM TUBUH**

WARNA :

- ***MERAH KECOKLATAN***
- ***MERAH TERANG***
- ***COKLAT***

KAKU MAYAT

(RIGOR MORTIS)

PEMBUSUKAN

MIKRO ORGANISME

KUMAN PENYEBAB ?

CLOSTRIDIUM WELCHII

MEKANISME :

Terjadinya antara 2 - 8 jam sesudah

SAAT MASIH HIDUP, CHLOSTRIDIUM TERDAPAT PADA RECTUM SEBAGAI SAPROFIT

DAYA TAHAN TUBUH (-)

CLOSTRIDIUM WELCHII BERKEMBANG SBG PARASIT DI RECTUM

TANDA-TANDANYA :

1. PELEBARAN PD VENA (ARBORESCEN PATTERN)
2. PERUT MENGEMBANG
3. MUKA BENGKAK
4. SCROTUM BENGKAK
5. MATA MENONJOL
6. LIDAH TERJULUR
7. BULLA PADA KULIT
8. KUKU LEPAS
9. RAMBUT RONTOK

PADA ALAT-ALAT DALAM

* CEPAT : OTAK, HATI, LAMBUNG
* LAMBAT : OESOPHAGUS, PARU, JANTUNG
* SGT LAMBAT : PROSTAT, RAHIM

FAKTOR-FAKTOR YG MEMPENGARUHI

1. FAKTOR LUAR :
   - A. MIKRO ORGANISME
   - B. SUHU
   - C. KELEMBABAN UDARA
   - D. MEDIA
2. FAKTOR DALAM:
   - A. UMUR
   - B. SEBAB KEMATIAN
   - C. KEADAAN MAYAT

FUNGSI THANATOLOGI

1. DIAGNOSA KEMATIAN

2. PENENTUAN SAAT KEMATIAN

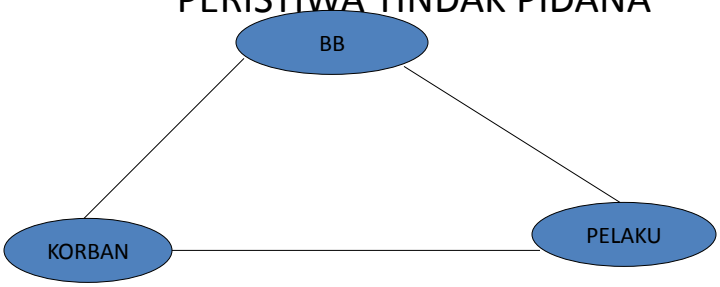
3. PERKIRAAN SEBAB KEMATIAN

4. PERKIRAAN SAAT KEMATIAN

LABORATORIUM FORENSIK

OLAH TKP

SERANGKAIAN PROSES PENYELIDIKAN/PENYELIDIKAN UNTUK MENDAPATKAN BUKTI-BUKTI ILMIAH PADA PERISTIWA TINDAK PIDANA



T. K. P

1. TEMPAT DIMANA TERJADI PERISTIWA KEJAHATAN
2. TEMPAT DIMANA DITEMUKAN KORBAN
3. TEMPAT DIMANA DITEMUKAN BARANG BUKTI

T. K. P

1. PRIMER
2. SEKUNDER

OLAH T.K.P SECARA ILMIAH

OLAH TKP DENGAN MEMANFAATKAN IPTEK TERKAIT

SERTA DILAKSANAKAN SECARA TERENCANA DAN SISTEMATIK

IPTEK TERKAIT

1. ILMU-ILMU DASAR
2. ILMU KEDOKTERAN
3. PSIKOLOGI
4. TEKNIK
5. KRIMINOLOGI
6. ILMU-ILMU FORENSIK
7. DAN LAIN-LAIN

RUMUS

1. TIDAK ADA KEJAHATAN YANG TIDAK MENINGGALKAN BEKAS
2. TKP TITIK SENTRAL KEBERHASILAN PENYIDIKAN
3. TEMPAT DITEMUKAN BUKTI-BUKTI YANG SIFATNYA OBYEKTIF

(DAPAT DIUKUR/DIBANDINGKAN)

4. KETELITIAN DAN KETAJAMAN ANALISA TKP SANGAT PENTING

OLAH TKP ASPEK MEDIK

OLAH TKP YANG DILAKUKAN OLEH UNSUR DOKSIK KHUSUS PADA KASUS MENYANGKUT TUBUH MANUSIA DAN KESEHATAN

TENAGA PELAKSANA

1. DOKTER/PARAMEDIK
2. PENYIDIK/PEMBANTU PENYIDIK YANG TELAH DILATIH

GIAT DI T.K.P

1.T.P-T.K.P

A.TENTUKAN KORBAN HIDUP/MATI

B.TOLONG KORBAN

C.AMANKAN T.K.P

2.OLAH T.K.P

A.RIK.KORBAN

B.CARI & KUMPULKAN BARANG BUKTI

C.DOKUMENTASI

D.ANALISA HASIL PEMERIKSAAN

OLAH T.K.P MEDIK DAPAT DITENTUKAN

1. SEBAB DAN AKIBAT PERLUKAAAN
2. PERKIRAAN SEBAB KEMATIAN
3. CARA KEMATIAN
4. SAAT KEMATIAN
5. PERKIRAAN PELAKU KEJAHATAN/MOTIF

TUJUAN PEMERIKSAAN T.K.P

1.PEMERIKSAAN KORBAN

TENTUKAN : SAAT,MACAM KKRS,CARA KEMATIAN

2.PENGUMPULAN B.B

BERASAL DARI TUBUH MANUSIA

3.ANALISA SIKON T.K.P

PERKIRAAN CARA DAN PROSES KEJADIAN

KETENTUAN UMUM

1.GUNAKAN SARUNG TANGAN
2.JANGAN BANMYAK MEMEGANG BENDA-BENDA
3.JANGAN MELAKUKAN BANYAK PERUBAHAN
4.JANGAN BANYAK MEMBERIKAN KOMENTAR
5.TIDAK TERGESA-GESA PADA WAKTU MEMERIKSA

TINDAKAN DOKTER DI T.K.P

1.KOORDINASI DNG PENYIDIK

A.APA TERJADI DAN TELAH DILAKUKAN PENYIDIK

B.ATURAN YANG DITENTUKAN PENYIDIK

2.ADAKAN PENGAMATAN UMUM TKP

A.CATAT LOKASI

B.BUAT FOTO DAN SKET

C.CATAT HAL-HAL YANG JANGGAL

DVI

SUATU PROSEDUR UTK MENGIDENTIFIKASI KORBAN MATI AKIBAT BENCANA YG DAPAT DIPERTANGGUNGJAWABKAN SECARA SAH OLEH HUKUM DAN ILMIAH SERTA MENGACU PADA INTERPOL DVI GUIDELINE

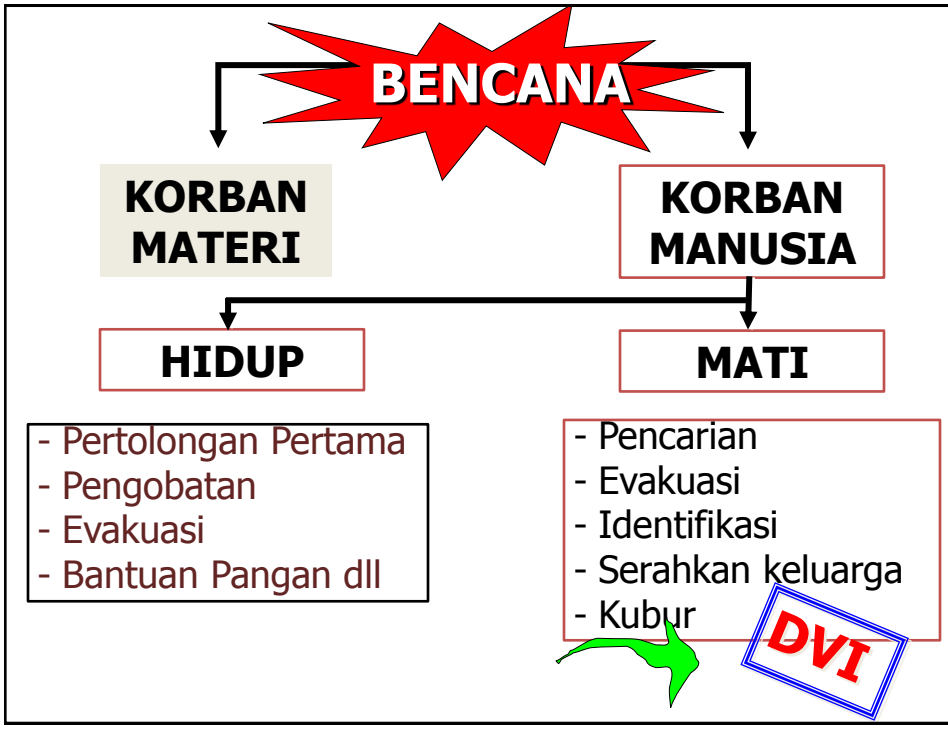
SIAPA YANG BERTANGGUNG JAWAB TERHADAP PROSES DVI ?

- POLISI
- DIDUKUNG PARA AHLI
  - FORENSIC PATHOLOGY
  - FORENSIC ODONTOLOGY
  - FINGERPRINTS EXPERT
  - DNA EXPERT
  - PHOTOGRAPHERS , etc
- UNSUR TIM BANTUAN LAIN

DVI COMMANDER

(INTERPOL QUALITY MANAGEMENT GUIDELINE FOR DVI 2004)

Seorang perwira polisi senior dg kualifikasi & pengalaman secara keilmuan dan manejemen kegawatdaruratan, juga memiliki pengalaman dalam hal memimpin timnya, mengkontrol dan mengkoordinasikan dg berbagai unsur yg terlibat di dalamnya.



DVI diperlukan ?

1. MENEGAKKAN HAM
2. BAGIAN PROSES PENYIDIKAN
3. IDENTIFIKASI *VISUAL* DIRAGUKAN
4. KEPENTINGAN HUKUM
   a. ASURANSI
   b. WARISAN
   c. STATUS PERKAWINAN
6. DAPAT DIPERTANGGUNGJAWABKAN

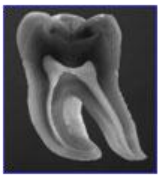
Visual Identification is NOT generally acceptable in a DVI incident

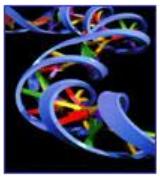
BAGAIMANAKAH IDENTIFIKASI KORBAN MATI YANG DAPAT DIPERTANGGUNG JAWABKAN SECARA ILMIAH

?

THE PRIMARY METHODS OF IDENTIFICATION

- FINGER PRINT
- DENTAL RECORD
- DNA ANALYSIS





THE SECONDARY METHODS OF IDENTIFICATION

- MEDICAL DATA
- PHOTOGRAPHY
- PROPERTY

KETENTUAN IDENTIFIKASI POSITIF

a. MINIMAL SATU PRIMARY ID, dengan atau tanpa secondary ID
b. MINIMAL DUA SECONDARY ID, bila tidak ada primary ID

PROSEDUR DVI

- Mengacu terhadap standar DVI Interpol
- Menggunakan formulir DVI
- Bisa disesuaikan dengan situasi di wilayah TKP tersebut
- Mempunyai SOP dan MOU

FASE-FASE OPERASI DVI

- Fase 1 – TKP
- Fase 2 – Post-Mortem
- Fase 3 – Ante Mortem
- Fase 4 – Rekonsiliasi
- Fase 5 – Debriefing

FASE 1 - TKP

Fungsi

- Menetapkan prosedur DVI
- Mencari, menemukan, mencatat sisa tubuh dan barang

- Tempat insiden harus dianggap sebagai TKP
- TKP harus diteliti dan membuat catatan sebelum sisa tubuh dipindahkan
- Kerjasama dengan pihak terkait di TKP
- Form DVI warna pink

KENDALA

Kendala dalam menjalankan prosedur DVI adalah

- Koordinasi (lintas instansi, multi disiplin ilmu dll)
- Masyarakat/budaya/keluarga korban
- Mass media
- Politik, dll

QUESTION ?

KOMITE DVI NASIONAL INDONESIA – INDONESIAN NATIONAL DVI COMMITTEE
SECRETARIAT
JL. Cipinang Baru Bunder No.5 – Jakarta Timur 13240 – Indonesia
Tel: +62 21 4704299 – 4722055 FAX: +62 21 4722055
E mail: dvi_indonesia@yahoo.com www.biddokpol.dokkes.polri.go.id

Oral Presentation

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

3rd Adult Nursing Practice : Using Evidence in Care

"Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future"

INTRADIALYTIC EXERCISE UNTUK MENGONTROL TEKANAN DARAH PASIEN YANG MENJALANKAN HEMODIALISIS

Wahyu Hidayati*

*Dosen Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Abstrak

Penyakit ginjal kronik dan terapi hemodialisa sebagai proses hidup yang panjang, dapat memicu munculnya beberapa masalah dan komplikasi. Cara untuk meningkatkan kualitas hidup dengan merubah pola hidup, seperti pola makan dan minum, aktivitas dan istirahat, meninggalkan kebiasaan merokok, melakukan latihan/olah raga dan menjalani terapi sesuai dengan anjuran tim kesehatan.Keuntungan latihan/*exercise* atau aktivitas fisik yang umum telah diketahui pada populasi yang besar pada area spesifik terkait pasien dengan ESRD (*End Stage Renal Disease*) atau PGK. Disebutkan bahwa latihan fisik dapat menurunkan risiko kematian akibat gangguan kardiovaskuler, meningkatkan pengontrolan tekanan darah pada individu yang mengalami hipertensi dan mengontrol diabetes. Hasil tindakan latihan fisik didapatkan hasil bahwa tekanan darah sistolik dan diastolic tidak mengalami perbedaan yang signifikan (nilai p > 0.005). Tekanan darah relative tetap atau stabil, dengan rata-rata tekanan darahnya 122,86/77,14 mmHg. Dalam pelaksanaan tindakan ini dua pasien mempunyai riwayat beberapa kali tekanan darah turun (hipotensi) saat dilakukan hemodialisis. Saat tindakan latihan fisik dilakukan kedua pasien tidak mengalami hipotensi (penurunan tekanan darah) yang drastis. Satu pasien saat post dialisis sebelum dilakukan exercise tekanan darahnya 80/60 mmHg, pada minggu ke-2 latihan fisik tekanan darah menjadi naik (normal) 100/80 mmHg. Pada latihan fisik ini juga ada satu pasien, saat belum dilakukan latihan fisik tekanan darahnya post dialysis 210/100 mmHg dan setelah dilakukan latihan fisik tekanan darah menjadi 160/90 mmHg post dialysis. Hasil penelitian berbeda dengan penelitian sebelumnya, dikarenakan perbedaan lamanya pelaksanaan latihan fisik dan frekuensi hemodialisis pasien. Di unit HD tempat penelitian pasien hemodialisis rata-rata dilakukan 2 kali/minggu sedangkan pada penelitian sebelumnya dilakukan hemodialisis 3 kali seminggu.

Latar Belakang

Penyakit ginjal kronik dan terapi hemodialisa sebagai proses hidup yang panjang, dapat memicu munculnya beberapa masalah dan komplikasi seperti kurang darah, hipotensi, hipertensi, kram, sakit kepala dan mual (Parker, 1981, dalam Pothoulaki, et al, 2008). Pasien yang menjalani hemodialisa sangat berpotensial mengalami komplikasi fisiologis. Melihat kondisi tersebut, maka penulis merasa bahwa pasien yang menjalani hemodialisis harus adekuat sehingga dapat meningkatan kualitas hidup pasien. Beberapa cara untuk meningkatkan kualitas hidup adalah dengan merubah pola hidup, seperti pola makan dan minum, aktivitas dan istirahat, meninggalkan

kebiasaan merokok, melakukan latihan/olah raga dan menjalani terapi sesuai dengan anjuran tim kesehatan.

Beberapa keuntungan latihan/*exercise* atau aktivitas fisik yang umum telah diketahui pada populasi yang besar pada area spesifik terkait pasien dengan ESRD (*End Stage Renal Disease*) atau PGK. Disebutkan bahwa latihan fisik dapat menurunkan risiko kematian akibat gangguan kardiovaskuler, meningkatkan pengontrolan tekanan darah pada individu yang mengalami hipertensi dan mengontrol diabetes. Selain itu meningkatkan kesehatan dihubungkan dengan kualitas hidup sebagai hasil dari adanya peningkatan kesejahteraan dan fungsi fisik. (USRDS 2006, dalam Johansen, *JASN Express*. 18 April 2007, diperoleh melalui http://www.jamsoc_nephrol.com tanggal 8 Februari 2009).

Berdasarkan hal tersebut diatas, penulis kemudian mengimplementasikan salah satu hasil penelitian *(Evidence base practice)* tentang latihan fisik pada pasien yang sedang menjalani hemodialisa dalam pengontrolan tekanan darah di unit hemodialisa. Adapun gambaran praktek keperawatan berdasarkan pembuktiannya akan ditampilkan dalam uraian berikut.

Evidence Based Nursing Practice

Penelitian yang berjudul *Immediate blood pressure-lowering effects of aerobic exercise among patients with chronic kidney disease.* (Headley, Germain, Milch, Buchholz, Coughlin dan Pescatello). Nephrology 2008; 13, 601–606 doi:10.1111/j.1440-1797.2008.01030.x. diperoleh melalui http://www.interscience.com tanggal 8 Februari 2009). Inti penelitian menunjukkan bahwa penelitian ini didesain untuk menentukan efek dari latihan *aerobic* dengan intensitas moderat terhadap tekanan darah dengan nilai laboratorium setelah latihan dan dalam 24 jam kemudian pada pasien dengan PGK.

Artikel dalam peneliti ini tidak menyebutkan desain penelitian yang digunakan, tetapi melihat bahwa ada perlakuan pada subyek, hal ini menunjukkan penelitian eksperimen dengan evaluasi pre dan post perlakuan. Sampel pada penelitian ini terdiri dari 24 subyek dengan PGK stage 2-4 (usia 54,1+15,2 tahun, BMI = 32+5,9 kg/m^2) dengan pengobatan antihipertensi. Teknik pengambilan sampel *random counterbalanced order*.

Intervensi yang dilakukan pada sesi I adalah pemeriksaan tekanan darah pertama kali dan monitoring tekanan darah *ambulatory* (AMBP) 24 jam pertama. Sesi II dilaksanakan satu minggu setelah yang pertama. Dilakukan pemeriksan variable antropometri (tinggi badan dan berat badan), pemeriksaan tekanan darah istirahat, oksigen puncak, monitoring kedua AMBP 24 jam. Sesi III dan IV dilakukan pemeriksaan tekanan darah dasar saat istirahat. Dalam waktu 40 menit (setara dengan 50-60 % nilai VO2 mereka) dilakukan latihan fisik, nadi, tekanan darah dan kecepatan yang dapat ditolerir diambil data setiap interval 10 menit. Dan setelah beristirahat duduk selama 60 menit, subyek diberikan AMBP yang sesuai dan diminta untuk mencatat tekanan darahnya selama 24 jam.

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur tekanan darah adalah *Ambulatory blood pressure monitor* (spacelabs 90207, spacelabs, Redmond, WA, USA). Hasil penelitian terdapat kondisi yang signifikan antara SBP, DBP dan HR. 40 menit berjalan dihasilkan 6,5+10,8 penurunan SBP dibandingkan dengan nilai dasar sebelum latihan fisik dan nilai lebih besar dari pada respon yang diobservasi setelah periode duduk (0,73+10,3, $P < 0.05$). DBP turun 2.5+6.4 mmHg setelah mengikuti latihan fisik dan lebih besar dari pada setelah latihan fisik (2.1 + 4.9 mmHg, $P < 0.05$). Rata-rata pembacaan hasil untuk pengukuran 24 jam tidak ada perbedaan sebelum dan setelah hari latihan fisik. Kesimpulan yang diambil *Acute aerobic exercise* dapat memicu penurunan tekanan darah dalam waktu 60 menit ujicoba pada pasien penyakit ginjal kronik. Kelemahan penelitian ini adalah peneliti tidak mencantumkan desain penelitian secara jelas, sehingga sulit ditentukan secara pasti jenis penelitiannya. Pasien dalam penelitian ini mengukur sendiri tekanan darah, sehingga ada kemungkinan hasi pengukuran diragukan karena kemungkinan cara pengukuran yang kurang sesuai.

Penelitian tentang *Optimal Blood Pressure Level and Best Measurement Procedure in Hemodialysis Patients* (Remy and Krzesinski, Vasc Health Risk Manag. 2005). Penelitian ini dilatarbelakangi oleh fenomena pasien HD sementara mengalami peningkatan tekanan darah sistolik (systolic blood pressure/BP), beberapa mengalami penurunan tekanan darah diastolic (diastolic BP), dan dampak resultan adalah tekanan nadi yang tinggi, dimana akan berdampak pada sistem kardiovaskuler. Pada *penyakit ginjal kronik*, tekanan darah kurang dari 130/80 mmHg direkomendasikan, tetapi target pencapaian tekanan darah harus ditetapkan sebelumnya. Belum ada konsensus yang dijadikan acuan tekanan darah peridialisis (tekanan darah pre atau post-dialisis, atau keduanya) yang dapat digunakan untuk mendiagnosa hipertensi pada populasi ini.

Metode penelitian yang ditunjukkan dalam artikel review ini mengungkapkan banyak hasil penelitian yang mendukung terkait dengan tekanan darah dan hemodilisis. Beberapa penelitian yang dikemukakan merupakan penelitian *cross sectional,* hasil dari *evidence base*, *pre-post test design* dan *descriptive*.

Tindakan yang dilakukan dengan memberikan kuesioner yang didistribusikan ke partisipan pada awal dialysis dan dikumpulkan selama dialysis. Partisipan dilakukan wawancara oleh peneliti selama periode pengumpulan data. Alat yang digunakan berdasarkan dokumentasi pencatatan tekanan darah dan nadi, alat pengukur tekanan darah. Rekomendasi dari hasil review ini adalah managemen hipertensi mencapai tujuan tekanan darah pre-dialysis ≤ 150/85 mmHg tanpa penurunan tekanan darah yang drastis dan setelah dialysis (tekanan darah ≥ 110/70 mmHg) untuk mencegah iskemia koroner.

Hasil penelitian tentang *Endurance exercise training during haemodialysis improves strength, power, fatigability and physical performance in maintenance haemodialysis patients* Storer, Casaburi, Sawelson S, Kopple JD. (2005). Penelitian ini mengenai latihan selama hemodialisis dengan pengaruhnya terhadap kekuatan, tenaga, kelemahan dan penampilan fisik pada pasien yang menjalani hemodialisis (*maintenance haemodialysis/*MHD). Karena beberapa pasien MHD terkondisikan dan memperlihatkan kelemahan otot, latihan ketahanan mungkin juga meningkatkan

kekuatan otot dan penampilan fisik pasien tersebut. Penelitian ini menilai kemungkinannya.

Sampel pada penelitian ini yaitu 12 pasien MHD yang mendapatkan tambahan dan secara konstan mengikuti latihan sepeda tes untuk menentukan puncak rata-rata kerja, puncak VO2 dan ketahanan (*endurance time*). Kekuatan ekstremitas bawah, kekuatan dan kelemahan, waktu menaiki tangga, 10 m berjalan dengan waktu dan dikaji sebelum dan setelah 8.6±2.3 minggu dari tiga kali seminggu, perkembangan, setengah berbaring, latihan sepeda kaki. Latihan dimulai dengan target intensitas dan durasi pada posisi 50%puncak rata-rata kerja (*peak work rate*/WR) dan 20 menit, dengan tujuan perkembangan 40 menit pada WR tertinggi yang ditoleransi. Pasien yang tidak dilatih MHD dan relawan yang sehat dengan usia yang sama, jenis kelamin dan ras/etnik dijadikan kelompok pembanding. Peneliti secara tertulis tidak mengatakan metode penelitian, tetapi dapat terlihat bahwa peneliti melakukan penelitian eksperimental dengan membandingkan dua kelompok yaitu kelompok yang mendapat latihan dan yang tidak mendapat latihan, dengan menilai hasil pre dan post pemberian perlakuan. Intervensi yang dilakukan pada subyek MHD dilengkapi dengan tes penampilan fisik dan mengikuti sesi latihan sepeda ergometer selama proses hemodialisis tiga kali seminggu selama 10 minggu.

Alat ukur yang digunakan *Cardiopulmonary exercise testing* dinilai dengan Minute ventilation dan pertukaran gas dinilai dengan *breath-by-breath with an automated metabolic measurement system* (Vmax 229; SensorMedics, Yorba Linda, CA, USA). Assessment of muscle function berupa kekuatan guadricep dievaluasi dengan menggunakan *5 repetition maximum* (5-RM) (Keiser Sport, Fresno, CA, USA). Kekuatan ekstensi lutut dan paha dinilai dengan divalidasi dengan *leg-power instrument* (University of Nottingham Medical College, Nottingham, UK). Penilaian penampilan fisik dengan menggunakan tiga penilaian fungsional : naik tangga, kemampuan bangkit dari kursi dan berjalan pada jarak tertentu ('*timed up-and-go*') serta waktu yang digunakan selama berjalan.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada subyek yang toleransi terhadap intensitas target. Meskipun WR menurun menjadi 19+9 watt (30% dari puncak WR) untuk 19,9 menit/sesi. Pada saat terakhir latihansubyek mengayuh pada 29+25 watt (46% menunjukan puncak WR; P= 0.01) untuk 38±8 menit (P<0.001). VO_2peak and ET meningkat berturut-turut 22% (P = 0.018) dan 144% (P = 0.001). Kekuatan Quadriceps, tenaga dan kelemahan menunjukkan peningkatan berturut-turut 16% (P = 0.002), 15% (P = 0.115) and 43% (P = 0.029). Tiga penilaian penampilan fisik menunjukkan 14-17% (P<0.031). Total work yang ditunjukan selama latihan meningkat 5.5±21.1 kJ/week (17%); 165% meningkat selama periode penelitian. Kesimpulan sembilan minggu *leg-cycling* selama hemodialisis pada pasien MHD menunjukkan tidak hanya *cardiopulmonary fitness* dan ketahanan juga kekuatan otot, tenaga, kelemahan dan fungsi fisik. Kelemahan penelitian ini tidak menjelaskan desain penelitian secara jelas, sehingga sulit untuk dinilai kesesuaian dalam proses pengambilan data. Tidak

secara jelas mengemukakan cara pengukuran, apakah hanya diukur post intervensi ataukah pre dan post intervensi dilakukan penilaian/pengukuran

Penelitian tentang *effects of intradialytic exercise training on health-related quality of life indices in haemodialysis patients* (Stavroula Ouzouni, Dimitrios Grekas, Asterios Deligiannis) (Clinical Rehabilitation 2009; 23: 53–63). Riset ini menggambarkan adanya untuk menilai dampak dari intradialytic exercise training terhadap kesehatan – berhubungan dengan kualitas hidup pasien HD. Penelitian ini menggunakan sample sebanyak 35 pasien yang menjalani HD dengan rata-rata usia (SD) 48.8 (13.9) tahun. Diambil secara random kelompok A (kelompok perlakuan), yang mengikuti intradialtic exercise selama 10 bulan 19 pasien dan kelompok B (kelompok kontrol): 14 pasien.

Prosedur yang dilaksanakan adalah semua pasien dilakukan pemeriksaan pre dan post dan selama HD. *Exercise* dengan menggunakan ergometric selama 30 menit dan erobik (peregangan dan kelenturan) selama 30 menit. Semua pasien dilakukan penilaian klinis spiroergometric untuk mengevaluasi kapasitas aerob semua pasien (Vo2*peak*). Intervensi yang dilakukan Pasien melakukan latihan fisik berupa ergometric selama 30 menit dan aerobic (strengthening dan flexibility) selama 30 menit. Untuk mengevaluasi kapasitas aerob semua pasien (Vo2*peak*). Pengkajian psikososial dengan *Beck Depression Inventory*, kesehatan-berhubungan dengan kualitas hidup (*Quality of Life Index, Living Questionnaire of Minnesota, Life Satisfaction Index and Short Form-36 questionnaire*) dan personalitas (*Eysenck Personality Questionnaire*) parameter.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah latihan dalam kelompok A, Vo2*peak* meningkat 21.1% (P50.05) dan waktu latihan fisik 23.6% (P50.05). Kelompok A memperlihatkan penurunan pada *self-reported depression (Beck Depression Index)* 39.4% (P50.001). Pasien yang dilatih menunjukkan perkembangan yang signifikan dalam *Quality of Life Index* (dari 6.5 (1.8) menjadi 9.0 (1.3), P50.001) dan *Life Satisfaction Index* (dari 44.8 (8.6) menjadi 53.0 (5.6), P50.001), dan meningkat dalam *Physical Component Scale of the SF-36* (dari 40.5 (5.6) ke 44.5 (5.5), P50.05), sedangkan untuk *Mental Component Scale* tidak ada perubahan.

Penelitian yang bejudul *Exercise Training During Hemodialysis Improves Dialysis Efficacy and Physical Performance* (Parsons TL, Toffelmire EB, King-VanVlack CE. Exercise training during hemodialysis improves dialysis efficacy and physical performance. Arch Phys Med Rehabil 2006;87:680-7**).** Inti penelitian Riset ini menggambarkan pengaruh dari 20 minggu program latihan, meliputi 60 menit durasi kumulatif, low-intensity exercise selama dua jam pertama dialysis, terhadap ketercapaian (kemanjuran) dialysis, penampilan fisik, dan kualitas hidup pasien hemodialisis (HD) yang mendiri.

Desain penelitian ini adalah penilaian berulang pada satu kelompok (*One-group repeated measures*). Sampel penelitian melibatkan 13 pasien HD mandiri yang sudah stabil dalam dialysis minimal 6 bulan dan telah diskrining untuk kondisi kardio, pulmoner, dan/atau kondisi musculoskeletal patologis yang dapat menghalangi latihan fisik. Teknik pengumpulan sample pada penelitian ini tidak digambarkan. Program

latihan fisik intradialitik selama 5 bulan dengan subyek dilatih 3 kali seminggu (sepeda ergometer, *mini-stepper*) masing-masing 30 menit pada 2 jam pertama HD.

Ketercapaian dialysis (dalam *single-pool model of urea kinetics [spKt/V]*) dikaji sebelum dan setelah program latihan fisik. Fungsi fisik (6 menit tes berjalan [6MWT]), dan kualitas hidup (*Kidney Disease Quality of Life–Short Form* [KDQOL]) ditentukan pada keadaan sebelum dan pada minggu 10 dan 20 program latihan fisik.

Hasil penelitian SpKt/V meningkat 11% pada akhir bulan pertama program (*P*_.05) dan tetap meningkat selama durasi program (18%–19%). Berjalan dengan jarak 6MWT meningkat menjadi 14% pada minggu 10 dan 20 (*P*_.05). Tidak ada perubahan dalam KDQOL scores.

Kesimpulan yang diperoleh Program *low-intensity intradialitic exercise* merupakan terapi tambahan, dimana menambah ketercapaian HD dan fungsi fisik pasien HD. Kelebihan dari penelitian ini adalah tujuan telah dijabarkan dan desain penelitian juga digambarkan secara jelas, yaitu dengan penilaian berulang pada satu kelompok (*one-group repeated measures*). Kelemahan penelitian ini adalah peneliti tidak memberikan gambaran proses pengambilan sampel, sehingga tidak diketahui apakah sampel didapatkan secara random atau dipilih. Analisa data juga tidak dijelaskan jenisnya, sehingga tidak dapat dinilai apakah cara analisis data sudah tepat atau belum.

Penelitian *Progressive resistance training during hemodialysis: Rationale and method of a randomized-controlled trial* (Cheema, O'sullivan, Chan, Patwardhan, Kelly, Gillin, Fiatarone Singh. Hemodialysis International 2006; 10:303–310). Riset ini menggambarkan *progressive resistance training* (PRT) pada studi *cohort* pada percobaan untuk membalikkan katabolisme dan menyebabkan spectrum yang luas secara fisiologi, fungsional dan psikologis berhubungan dengan kekuatan yang luarbiasa.

Makalah ini menampilkan rasional dan metodologi yang digunakan untuk mengimplementasikan intradialitik PRT pada pasien rawat jalan HD konvensional. Area potensial untuk modifikasi dari aturan PRT di lokasi juga dikemukakan. Penelitian dilakukan di unit HD RS St. Goerge Public, Sydney Australia. Kriteria sampel yang ditemui : (1) usia≥18, (2) Dapat berkomunikasi dengan bahasa inggris, (3) Mendapat HD teratur untuk ESRD untuk ≥ 3bulan, (4) Adequacy dialysis (Kt/V≥1.2) dan stabil saat HD, (5) bersedia untuk melakuan tindakan selama 6 bulan, (6) ambulatory dengan atau tidak dengan alat bantu tetapi tanpa bantuan orang lain sejauh 50 m, dan (7) tidak dalam kondisi medis yang akut atau kronik yang dapat menghambat PRT atau tujuan primernya tidak dapat dinilai. Alat yang digunakan dalam PRT adalah *free-weight dumbbells* (Australian Barbell Company, Mordialloc, Vic., Australia) untuk latihan tubuh bagian atas, dan *weighted ankle cuffs* (Australian Barbell Company) untuk latihan tubuh bagian bawah. Berat Dumbbell antara 2 sampai 15 kg. Untuk *weighted ankle cuffs* antara 0 sampai 15 kg. Sedangkan *Thera-BandTM tubing* (Thera-Band, Akron, OH, U.S.A.) digunakan untuk satu target latihan otot-otot lutut (misal, *seated leg curl*).

Hasil penelitian setiap usaha yang dibutuhkan jika status kesehatan dan QOL pada populasi khusus ini menjadi meningkat. Kelebihan penelitian ini adalah

merupakan studi cohort, sehingga gambaran perkembangan pasien selama 6 bulan mengikuti program latihan dapat dijelaskan oleh peneliti dengan baik. Alat ukur yang digunakan telah teregistrasi di negara-negara seperti Australia, Amerika dan lain-lain, sehingga cukup valid untuk sarana dalam pengumpulan data.

Hasil dan Pembahasan

Penulis dalam melaksanakan praktek berbasis pembuktian (EBN) pada pasien yang menjalani hemodialisis, mendapatkan pengalaman yang sangat banyak. Kegiatan EBN ini dilaksanakan selama penulis melaksanakan praktek di unit hemodialisa RSCM. Adapun proses pencarian bahan dan literature terkait termasuk telaah terhadap hasil-hasil penelitian, *survey* kepada pasien, pembuatan proposal, konsultasi dengan supervisor utama dan supervisor, serta konsultasi dengan kepala ruang dan ketua grup di unit hemodialisa, telah dimulai dari sejak semester satu praktek residensi.

Kegiatan EBN latihan fisik ini dilaksanakan terhadap pasien yang sedang menjalani hemodialisis, pada jam pertama setelah dilakukan penusukan dan dihubungkan dengan mesin dialisis. Sebelum latihan fisik dilakukan penulis melakukan pendekatan kepada pasien satu persatu, menjelaskan tentang latihan fisik pada pasien hemodialisis, mengukur tekanan darah pre dialisis dan menanyakan kesediaannya untuk melakukan latihan fisik. Pasien dipilih secara acak dengan tetap memperhatikan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Tidak mengalami hipotensi berat (< 90/60mmHg), tidak sedang mengalami komplikasi HD, kesadaran komposmentis, tidak sesak nafas, tidak sedang dalam kondisi sakit yang berat.

Pasien yang menyetujui kegiatan latihan fisik diberikan *booklet* dan dijelaskan serta beberapa saat, setelah itu pasien langsung mencoba latihan dengan diberikan panduan oleh penulis. Latihan fisik dilakukan mulai saat jadwal hemodialisis berikutnya, selama kurang lebih 30 menit dan setelah istirahat 30 menit dilakukan pengukuran tekanan darah saat hemodialisis. Pemantauan tekanan darah selama proses hemodialisa dilakukan setiap 1-2 jam sekali dan pada saat hemodialisa telah selesai dilakukan tekanan darah post dialisis. Penulis juga melihat keadaan tekanan darah sebelum pasien melakukan latihan fisik saat hemodialisis. Hasil pemantauan tekanan darah dicatat dalam lembar observasi selama 2 minggu. Pencatatan juga dilakukan terhadap berat badan pasien sebelum dan setelah hemodialisis dan juga cairan yang ditarik dari tubuh saat hemodialisis.

Latihan fisik yang dilakukan adalah berupa gerakan olah raga ringan yang diadopsi dari *Exercise A Guide for the People on Dialysis* (Painter, 2000, diperoleh dari http://www.lifeoptions.org/catalog/catalog.php, tanggal 5 Februari 2009), yang kemudian dimodifikasi untuk gerakan pasien diatas tempat tidur pada saat dilakukan hemodialisis. Adapun gerakan latihan fisik ini dapat dilihat pada lampiran 2. Alat yang digunakan dalam praktek berbasar pembuktian ini adalah tensimeter air raksa, timbangan digital, mesin hemodialisis dan lembar observasi tekanan darah, berat badan

dan volume cairan yang ditarik. Penggunaan musik sebagai pengantar latihan fisik, baru diberikan setelah latihan fisik disetujui oleh ruangan untuk dijadikan proyek inovasi unit hemodialisis dan dilakukan secara masal. Waktu pelaksanaan kegiatan praktek berdasar pembuktian, mulai dari survey sampai dengan pelaksanaan latihan fisik dan evaluasi hasil dilaksanakan mulai dari tanggal 10 Maret sampai dengan 8 April 2009.

Praktek berdasarkan pembuktiaan diikuti oleh 14 pasien yang sejak awal telah menyetujui kegiatan tersebut. Pasien dipilih secara acak dengan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan. Pasien terbanyak adalah berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 8 pasien (57.1%), dan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 6 pasien (42.9%). Sebagian besar pasien yang berpartisipasi dalam praktek ini berusia kurang dari 60 tahun yaitu sebanyak 11 pasien (78.6%) dan sisanya berusia lebih dari 60 tahun (lansia) yaitu sebanyak 3 pasien (21.4%).

Stabilitas tekanan darah sistolik dan diastolik pasien selama menjalani hemodialisis. Didapatkan hasil tekanan darah sistol (TDS) sebelum latihan fisik yang mengalami penurunan tekanan darah sejumlah 10 orang (71.4%) pada monitor tekanan darah jam pertama setelah HD dimulai. Setelah dilakukan latihan fisik nilai TDS pada jam pertama HD dimulai, yang mengalami penurunan tekanan darah hanya 6 orang (42.9%). Berdasarkan tekanan darah sistolik sebelum dan setelah dilakukan latihan fisik saat hemodialisis, tidak ada perbedaan sistole dan diastole sebelum dan setelah latihan fisik (sistolik dan diastolik relatif stabil). Dengan demikian latihan fisik saat dilakukan HD dapat menjaga stabilitas tekanan darah sistolik dan diastolik.

Pasien yang melaksanakan kegiatan latihan fisik diberikan pertanyaan seputar perasaannya selama mengikuti kegiatan dan pengalaman pasien melakukan latihan fisik (olah raga) ringan saat di rumah. Pasien mengatakan senang melakukan olah raga apalagi saat HD, pasien menemukan sesuatu yang selama ini belum pernah ada. Saat di rumah pasien Ny. W merasa sangat senang melakukan senam, apalagi dia bisa mengajak orang tuanya dan tetangganya untuk ikut serta. Pasien juga senang karena beberapa kali HD ini tekanan darahnya tidak terlalu tinggi seperti sebelumnya. Pasien Ny. SH merasa tubuhnya terasa segar setelah mengikuti kegiatan latihan fisik saat HD, meskipun ada rasa capek. Ny. SH merasa masih ada gerakan yang belum bisa sempurna dilakukan, tetapi sudah berusaha semampunya sesuai anjuran perawat dan berjanji melakukan latihan fisik di rumah.

Hasil tindakan latihan fisik didapatkan hasil bahwa tekanan darah sistolik dan diastolic tidak mengalami perbedaan yang signifikan (nilai $p > 0.005$). Tekanan darah relative tetap atau stabil, dengan rata-rata tekanan darahnya 122,86/77,14 mmHg. Dalam pelaksanaan tindakan ini pasien nomor 7 dan 12 mempunyai riwayat beberapa kali tekanan darah turun (hipotensi) saat dilakukan hemodialisis. Saat dilakukan tindakan latihan fisik terlihat kedua pasien tidak mengalami hipotensi (penurunan tekanan darah yang drastis). Pada pasien nomor 7 saat post dialisis sebelum dilakukan exercise tekanan darahnya 80/60 mmHg, pada minggu ke-2 latihan fisik tekanan darah menjadi naik (normal) 100/80 mmHg. Pada latihan fisik ini juga ada satu pasien (nomor 9), saat belum dilakukan latihan fisik tekanan darahnya post dialysis 210/100 mmHg dan setelah dilakukan latihan fisik tekanan darah menjadi 160/90 mmHg post dialysis.

Tekanan darah yang rendah menjadi naik satelah latihan fisik dapat dihasilkan oleh karena jantung dan pembuluh darah saat dilakukan latihan fisik meningkatkan kerjanya. Kerja jantung dan pembuluh darah yang meningkat pada jam pertama dan kedua, membuat tubuh dapat menyesuaikan dengan tekanan dari mesin hemodialisis saat dilakukan penarikan cairan. Pasien yang tekanan darahnya tinggi dapat disebabkan

oleh volume ektraseluler yang tinggi, ketidakmampuan restriksi intake garam, *sympathetic and rennin-angiotensin over-action, retention of uremic toxins*, yang menyebabkan vasokonstriksi, akumulasi dimethylarginine seperti pemberian eritropoietin, disfungsi endothelial dan obesitas karena resisten insulin. Pada pasien ini mempunyai riwayat hipertensi kronik dengan obat hipertensi rutin, saat dilakukan latihan fisik maka cairan dalam tubuh dapat dikeluarkan lebih banyak selain dari tarikan mesin HD melalui pernafasan dan penguapan kulit. (Remy dan Krzesinski, *Optimal Blood Pressure Level and Best Measurement Procedure in Hemodialysis Patients*, Vasc Health Risk Manag. 2005 September; 1(3): 235–244, ¶ 3-7).

Praktek berdasarkan pembuktian didapatkan dari 14 pasien didapatkan ada 4 orang yang mengalami peningkatan berat badan lebih dari 5% dari berat badan setelah dialysis dengan waktu antara dialisa. Pembuluh darah menjadi melebar saat latihan fisik dapat menarik cairan dari ektravaskuler dengan dibantu otot-otot yang berkontraksi. Faktor hormonal saat latihan *level resting* hormon adrenalin turun, sehingga tekanan darah dan nadi dapat turun, sama seperti ketika memakai beta bloker. Akan tetapi, beta bloker dapat membuat tubuh menjadi tidak stabil/fit, berbeda dengan latihan fisik membuat tubuh menjadi lebih stabil/fit, tubuh lebih berenergi dan tidur lebih baik. Hormon lain yang terkait adalah adalah hormone insulin menjadi turun kadarnya setelah latihan fisik. Insulin yang terlalu tinggi beredar dalam tubuh akan meningkatkan garam dalam tubuh.

Hasil latihan fisik ini belum sesuai dengan hasil penelitian oleh Fallahi, Shahidi, dan Farajzadegan (2008) tentang pengaruh *intradialytic exercise* pada efektifitas dialysis, serum fosfat, pengontrolan tekanan darah dan tingkat hemoglobin, dihasilkan bahwa pada akhir penelitian minggu ke-4 dan ke-8 bahwa tekanan darah sistolik turun 5.4 mmHg (nilai p 0.015). *Exercise* yang dilakukan selama satu jam dengan menggunakan sepeda pedal statis, hasil yang diperoleh bahwa *intradialytic exercise* dapat menurunkan tekanan darah sistolik.

Perbedaan hasil penelitian ini dapat dikarenakan perbedaan lamanya pelaksanaan latihan fisik dan frekuensi hemodialisis pasien. Di unit HD RSCM pasien hemodialisis rata-rata dilakukan 2 kali/minggu sedangkan pada penelitian Fallahi, dkk dilakukan hemodialisis 3 kali seminggu. (*Journal of Isfahan Medical School*, Vol 26, No 89, tahun 2008, diperoleh melalui http://journals.mui.ac.ir/jims/index tanggal 30 April 2009). Hal ini dapat mempengaruhi jumlah volume cairan yang tertimbun dalam tubuh lebih banyak saat dilakukan hemodialisis dengan frekuensi dua kali seminggu. Pasien dapat mengalami risiko terjadi hipotensi saat hemodialisis apabila timbunan cairan dalam tubuh terlalu banyak (kenaikan berat badan karena penimbunan cairan > 0,5 % dari berat badan saat HD sebelumnya).

Daftar Pustaka

Asmoro S, Sudigdo, Sofyan I, 1995, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Praktis*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Black, J. M., & Hawk, J. H. (2005). *Medical Surgical Nursing; clinical management for positive outcomes*. (7th Ed.), St. Louis: Elsevier. Inc

Cermin Dunia Kedokteran : Cairan Hemodialisis. 1987, http://www.kalbe.co.id, diunduh tanggal 20 Nopember 2008)

Cheema B. S, O'sullivan A. J, Chan M, Patwardhan A., et.al, Progressive resistance training during hemodialysis: Rationale and method of a randomized-controlled trial, *Hemodialysis International Journal* 2006; 10:303–310, diunduh dari http://www.interscience.com, tanggal 18 Februari 2009.

Headley, Germain, Milch, Buchholz, et.al, Immediate blood pressure-lowering effects of aerobic exercise among patients with chronic kidney disease *Nephrology Journal,* 2008; 13, 601–606

Kuddisease. (2006). Treatment Methods for Kidney Failure Hemodialysis. Diunduh melalui http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/hemodialysis.htm tanggal 20 Desember 2008

Liu H.E., Fatigue and Associated Factors in Hemodialysis Patients in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 2006, 29, 40–50. http://www.interscience.com

Notoatmodjo S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT RINEKA CIPTA.

Ouzouni.S, Grekas D, Deligiannis A, Effects of intradialytic exercise training on health-related quality of life indices in haemodialysis patients. *Clinical Rehabilitation.* 2009; 23: 53–63, diunduh dari http://www.umiproquest/pqdauto.com tanggal 18 Februari 2009.

Pollit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research : Methods, Appraisal, and utilization.* (6th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins.

Parsons TL, Toffelmire EB, King-VanVlack CE. Exercise training during hemodialysis improves dialysis efficacy and physical performance. Exercise Training During Hemodialysis Improves Dialysis Efficacy and Physical Performance**.** *Arch Phys Med Rehabil***:** 2006;87:680-7, diunduh dari http://www.interscience.com tanggal 18 Februari 2009.

Smletzer, S.C., & Bare, B.G. (2005), *Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott.

Sugiyono. 2003. *Statistik untuk Penelitian*. CV . Alfabeta : Bandung

Surya Husada Medical Center. Hemodialisa dan CAPD. 2008. Diunduh melalui *http://www.suryahusadha.com,* tanggal 20 Desember 2008).

Thomas W. Storer T.W., Casaburi R., Sawelson S., Kopple J.D. (2005). Endurance exercise training during haemodialysis improves strength, power, fatigability and physical performance in maintenance haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2005 vol 20, ed (7) hlm: 1429-1437. diunduh melalui http://ndt.oxfordjournals.org/misc/terms.shtm tanggal 18 Februari 2009

YGDI 2008. Apa Itu Dialisis, diunduh melalui *http://www.ygdi.org/* tanggal 20 Desember 2008

YGDI 2008. Berolah Raga Bagi Pasien Dialisis, diunduh melalui http://www.ygdi.org/ tanggal 4 Maret 2009.

IPSWICH TOUCH TEST SEBAGAI METODE SEDERHANA UNTUK SKRINING *DIABETIC FOOT ULCER*: STUDI LITERATUR

Niken Safitri Dyan Kusumaningrum

Staf Pengajar Departemen Keperawatan Dewasa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: nikensafitri@undip.ac.id)

Abstrak

Pendahuluan: Neuropati, atau sering disebut sebagai gangguan sensasi, merupakan salah satu komplikasi yang sering ditemukan pada pasien dengan diabetes melitus. Identifikasi pasien diabetes melitus yang mengalami gangguan sensasi yang pada akhirnya menimbulkan DFU merupakan tindakan yang sangat diperlukan. Namun demikian, pada kenyataannya di pelayanan kesehatan, pemeriksaan neurologi yang diperlukan sering memakan banyak waktu sehingga jarang dilakukan atau pun bahkan ditinggalkan sama sekali. **Tujuan:** Studi literatur ini bertujuan untuk menyajikan, mengkompilasi, dan memeriksa hasil penelitian-hasil penelitian mengenai penggunaan *Ipswich Touch Test* (IpTT) yang telah dilakukan sebelumnya. **Metode:** Metode yang digunakan dalam studi literatur ini adalah telaah hasil penelitian tentang *Ipswich Touch Test* (IpTT) yang telah dipublikasikan sampai Mei 2015 pada sumber elektronik. Kata kunci "*Ipswich Touch Test*' digunakan sebagai kata kunci pada pencarian literatur. **Hasil:** Telah diketahui secara umum bahwa pemeriksaan neurologi pada diabetisi yang berisiko mengalami DFU dapat dilakukan dengan beberapa cara. Berdasarkan hasil *searching* menggunakan kata kunci, diperoleh 4 artikel yang memenuhi kriteria untuk dimasukkan dalam telaah. **Simpulan:** IpTT dinilai sebagai metode identifikasi dan skrining FU yang mudah dilakukan, efektif, murah, dan sensitif serta spesifik. Dengan demikian, tenaga kesehatan baik di pelayanan kesehatan maupun di rumah dapat mengaplikasikan metode ini.

Pendahuluan

Neuropati, atau sering disebut sebagai gangguan sensasi, merupakan salah satu komplikasi yang sering ditemukan pada pasien dengan diabetes melitus. Kejadian neuropati sering tidak disadari oleh pasien sehingga mengakibatkan munculnya *Diabetic Foot Ulcer* (DFU). Identifikasi pasien diabetes melitus yang mengalami gangguan sensasi yang pada akhirnya menimbulkan DFU merupakan tindakan yang

sangat diperlukan.(Boulton et al., 2008) Namun demikian, pada kenyataannya di pelayanan kesehatan, pemeriksaan neurologi yang diperlukan sering memakan banyak waktu sehingga jarang dilakukan atau pun bahkan ditinggalkan sama sekali.(Calle-Pascual et al., 2002)

Pemeriksaan neurologi, dalam hal ini pemeriksaan kaki, sebenarnya dapat dilakukan melalui beberapa cara. Tes monofilament 10 gr merupakan salah satu metode yang sederhana dan efektif untuk mengidentifikasi *loss of protective sensation* (LOPS).(Boulton et al., 2008; Monteiro-Soares, Boyko, Ribeiro, Ribeiro, & Dinis-Ribeiro, 2011) Namun demikian, pelaksanaannya tetap memerlukan pelatihan, biaya, dan keakurasian pemeriksaan.(Armstrong, Lavery, Vela, Quebedeaux, & Fleischli, 1998) metode lain yang juga digunakan untuk pemeriksaan kaki di antaranya adalah *Ipswich Touch Test* (IpTT).(Rayman et al., 2011) Metode ini cepat dilakukan, sederhana, mudah diajarkan sebagai skrining, dan tidak membutuhkan alat. Baik dokter, perawat, atau pun pembantu pasien di rumah dapat melakukan tindakan ini.(Sharma, Kerry, Atkins, & Rayman, 2014; Vas, Sharma, & Rayman, 2015)

Tujuan

Studi literatur ini bertujuan untuk menyajikan hasil penelitian-hasil penelitian mengenai penggunaan *Ipswich Touch Test* (IpTT) yang telah dilakukan sebelumnya. Selain itu, studi literatur ini juga untuk mengkompilasi dan memeriksa hasil publikasi yang berkaitan dengan Ipswich Touch Test.

Metode

Metode yang digunakan dalam studi literatur ini adalah telaah hasil penelitian tentang *Ipswich Touch Test* (IpTT) yang telah dipublikasikan sampai Mei 2015 pada sumber elektronik. Kata kunci "*Ipswich Touch Test*' digunakan sebagai kata kunci pada pencarian literatur. Adapaun kriteria inklusi meliputi: (1) artikel berbahasa Indonesia atau Inggris, dan (2) tipe penelitian: review, *case-control*, studi komparasi, atau pun *cross-sectional*.

Hasil Dan Pembahasan

Telah diketahui secara umum bahwa pemeriksaan neurologi pada diabetisi yang berisiko mengalami DFU dapat dilakukan dengan beberapa cara.(Li et al., 2011) Berdasarkan hasil *searching* menggunakan kata kunci, diperoleh 4 artikel yang memenuhi kriteria untuk dimasukkan dalam telaah.

Sebuah artikel yang dipublikasikan tahun 2011 menyatakan bahwa IpTT dan 10-g monofilament (MF) dibandingkan satu dengan yang lain menggunakan persepsi vibrasi ≥25 V pada 265 individu yang berisiko *foot ulcer* (FU).(Rayman et al., 2011) Pada pemeriksaan area untuk melihat sensasi sensori yang dialami seseorang diperoleh sensitifitas dan spesifitas IpTT dan MF masing-masing adalah 77; 90% dan 81;90%. Secara langsung juga dibandingkan antara IpTT dan MF dengan hasil mendekati sempurna (K = 0,88, P<0,0001). Interater agreement untuk IpTT adalah substansial (K = 0,68). Secara rinci, dijelaskan bahwa IpTT dilakukan dengan cara menyentuh ujung jari-jari kaki selama 1-2 detik pada jari pertama (ibu jari), jari ketiga (jari tengah), dan jari kelima (jari kelingking). Selanjutnya, hasil pemeriksaan tersebut akan

diintepretasikan dengan adanya kehilangan sensasi (*Loss of Protective Sensation* = LOPS) sebagai skore IpTT ≤ 4 samapi 6 yang mengalami mati rasa. Pasien diminta untuk menutup mata saat pemeriksa melakukan pengecekan dan menjawab apakah mereka merasakan sentuhan atau tidak di area yang sedang diperiksa. Pemeriksaan ini dilakukukan secara dependen, tidak tergantung dengan hasil pemeriksaan yang lain serta status penyakit yang ada.

Di tahun 2014 terdapat beberapa penelitian yang membahas tentang IpTT. Salah satu dari penelitian tersebut menjelaskan penggunaan IpTT sebagai salah satu metode yang cepat, reliabel, tidak mahal, dan mudah diaplikasikan untuk mengidentifikasi risiko *foot ulcer* (FU) pada diabetisi.(Madanat, Sheshah, Badawy, Abbas, & Al-Bakheet, 2014) Dalam penelitian tersebut, dinyatakan bahwa IpTT yang dilakukan pada pasien di Arab Saudi sangat sensitif dan spesifik untuk mengidentifikasi risiko FU ketika dibandingkan dengan pemeriksaan yang telah terstandar misalnya *Vibration Perception Threshold* (VPT) ≥ 25 V menggunakan Altman dan Bland serta *Neuropathy Disability Scores* (NDS) ≥ 6. Lebih lanjut lagi, IpTT juga dinilai menunjukkan *substantial agreement* dengan tes 10-g MF untuk mengidentifikasi LOPS.

Dalam penelitiannya, Sharma menyatakan bahwa setalah dibandingkan dengan 10-g MF, yang dilaksanakan di klinik dengan area pemeriksaan yang sama, IpTT yang dilaksananakan di rumah mempunyai sensitivitas 78,3% dan spesifitas 93,9%.(Sharma et al., 2014) Dengan hasil dan pemeriksaan yang dilakukan, penelitian ini merekomendasikan bahwa IpTT, dengan menggunakan instruksi tertulis, dapat digunakan sebagai media pembelajaran tambahan untuk meningkatkan kesadaran diabetisi. Dengan demikian, IpTT sangat memungkinkan untuk dilakukan di rumah.

Artikel terbaru di tahun 2015 menyatakan bahwa penelitian yang dilakukan Sharma sangat penting dalam memberikan penjelasan atas variasi yang terjadi pada pemeriksaan IpTT dan VPT sebagai *gold standard* untuk deteksi dan identifikasi LOPS pada diabetisi.(Madanat, Sheshah, Badawy, Abbas, & Anas, 2015) IpTT dinilai sebagai metode yang cepat, reliabel, tidak mahal, dan mudah untuk mengidentifikasi FU pada diabetisi. Namun demikian, pada penelitian tersebut juga dinyatakan bahwa studi validasi yang independen sangat dibutuhkan untuk menambahkan bukti mengenai IpTT.

Tabel. Ringkasan *Ipswich Touch Test* (IpTT) dalam studi literatur

Penulis pertama, tahun & nomor sitasi	Negara	Judul Peneliitian	Desain Penelitian	Subjek	Periode Waktu	Hasil Penelitian
Rayman, et.al, 2011	United Kigdom	*The Ipswich Touch Test: A simple and novel method to identify in patients with diabetes at risk of foot ulceration*	Studi komparasi	265 individu	-	IpTT dilakukan untuk mengenali dan memprediksikan *ulcer*. IpTT sederhana untuk diajarkan, mudah dilakukan,dan tanpa biaya.
Madanat, et.al, 2014	Saudi Arabia	*Utilizing the Ipswich Touch Test to simplify screening methods for identifying the risk of foot ulceration among diabetics: The Saudi experience*	Studi cross-sectional observasi	351 pasien	Januari – Mei 2013	IpTT adalah metode yang cepat, reliabel, tidak mahal, dan mudah untuk mengidentifikasi risiko *foot ulcer* pada diabetisi.
Sharma, S, et.al, 2014		*The Ipswich Touch Test: a simple and novel method to screen*	Studi cross-sectional	331 pasien		IpTT, dengan menggunakan instruksi tertulis dapat digunakan sebagai media

		patients with diabetes at home for increased of foot ulceration	observasi			pembelajaran tambahan untuk meningkatkan kesadaran diabetisi
Vas, PRJ & Sharma, S, 2015	United Kingdom	*Utilizing the Ipswich Touch Test to simplify screening methods for identifying the risk of foot ulceration among diabetics: Comment on the Saudi experience*	Analisis artikel	-	-	IpTT adalah metode yang cepat, reliabel, tidak mahal, dan mudah untuk mengidentifikasi risiko *foot ulcer* pada diabetisi. Dibutuhkan studi validasi yang independen yang dapat menambahkan bukti mengenai IpTT.

Simpulan

LOPS, gangguan neuropati, pada pasien dengan diagnosa diabetes melitus merupakan salah satu masalah yang sering terjadi. Namun demikian, pemeriksaan sensasi masih jarang dilakukan baik oleh tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan maupun di rumah. Berdasarkan telaah dari beberapa hasil publikasi yang telah dilakukan dinyatakan bahwa IpTT dinilai sebagai metode identifikasi dan skrining FU yang mudah dilakukan, efektif, murah, dan sensitif serta spesifik. Dengan demikian, tenaga kesehatan baik di pelayanan kesehatan maupun di rumah dapat mengaplikasikan metode ini.

Daftar Pustaka

Armstrong, D. G., Lavery, L. a, Vela, S. a, Quebedeaux, T. L., & Fleischli, J. G. (1998). Choosing a practical screening instrument to identify patients at risk for diabetic foot ulceration. *Archives of Internal Medicine*, *158*, 289–292. doi:10.1001/archinte.158.3.289

Boulton, A. J. M., Armstrong, D. G., Albert, S. F., Frykberg, R. G., Hellman, R., Kirkman, M. S., … Wukich, D. K. (2008). Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Diabetes Care*, *31*(8), 1679–85. doi:10.2337/dc08-9021

Calle-Pascual, A. L., Durán, A., Benedí, A., Calvo, M. I., Charro, A., Diaz, J. A., … Cabezas-Cerrato, J. (2002). A preventative foot care programme for people with diabetes with different stages of neuropathy. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *57*(2), 111–117. doi:10.1016/S0168-8227(02)00024-4

Li, X., Xiao, T., Wang, Y., Gu, H., Liu, Z., Jiang, Y., … Xu, Z. (2011). Incidence, risk factors for amputation among patients with diabetic foot ulcer in a Chinese tertiary hospital. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *93*(1), 26–30. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2011.03.014

Madanat, A., Sheshah, E., Badawy, E.-B., Abbas, A., & Al-Bakheet, A. (2014). Utilizing the Ipswich Touch Test to simplify screening methods for identifying the risk of foot ulceration among diabetics: The Saudi experience. *Primary Care Diabetes*. doi:10.1016/j.pcd.2014.10.007

Madanat, A., Sheshah, E., Badawy, E.-B., Abbas, A., & Anas, A.-B. (2015). Response to the comment by Vas P.R. et al.: "P.R. Vas, S. Sharma, G. Rayman, Utilizing the Ipswich Touch Test to simplify screening methods for identifying the risk of foot ulceration among diabetics: comment on the Saudi experience. Prim. Care Diabetes (. *Primary Care Diabetes*. doi:10.1016/j.pcd.2015.04.003

Monteiro-Soares, M., Boyko, E. J., Ribeiro, J., Ribeiro, I., & Dinis-Ribeiro, M. (2011). Risk stratification systems for diabetic foot ulcers: a systematic review. *Diabetologia*, *54*(5), 1190–1199. doi:10.1007/s00125-010-2030-3

Rayman, G., Vas, P. R., Baker, N., Taylor, C. G., Gooday, C., Alder, A. I., & Donohoe, M. (2011). The ipswich touch test: A simple and novel method to identify inpatients with diabetes at risk of foot ulceration. *Diabetes Care*, *34*(January), 1517–1518. doi:10.2337/dc11-0156

Sharma, S., Kerry, C., Atkins, H., & Rayman, G. (2014). The Ipswich Touch Test: a simple and novel method to screen patients with diabetes at home for increased risk of foot ulceration. *Diabetic Medicine*, *31*(9), 1100–1103. doi:10.1111/dme.12450

Vas, P. R. J., Sharma, S., & Rayman, G. (2015). Utilizing the Ipswich Touch Test to simplify screening methods for identifying the risk of foot ulceration among diabetics: Comment on the Saudi experience. *Primary Care Diabetes*. doi:10.1016/j.pcd.2015.01.003

INSTRUMEN PENGKAJIAN KESEHATAN MULUT DALAM TATANAN KEPERAWATAN KRITIS: STUDI LITERATUR

Ns. Meril Valentine Manangkot, S.Kep

Staff dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Udayana Bali

Abstrak

Latar belakang: Kesehatan mulut merupakan bagian integral kesehatan tubuh yang berhubungan erat dengan infeksi. Pengkajian kesehatan mulut penting dilakukan oleh perawat untuk mengetahui status disfungsi oral pasien kritis sebagai dasar pemberian intervensi perawatan mulut. Untuk melakukan pengkajian tersebut diperlukan instrumen yang tepat sehingga mampu memberikan penilaian sesuai kondisi pasien. **Tujuan:** Untuk mengidentifikasi hasil penelitian terkait mengenai pentingnya melakukan pengkajian kesehatan mulut dan instrumen yang relevan digunakan untuk mengkaji kesehatan mulut pada pasien di ruang perawatan intensif. **Metode:** Penelaahan ini dilakukan dengan metode *review* literatur dari 17 jurnal yang didapatkan melalui ProQuest, EBSCO, dan Google *Scholar* dengan kata kunci *assessment tool, critical care, infection*, dan *oral health.* **Hasil:** Terdapat 4 instrumen kesehatan mulut yang telah teruji kehandalannya secara internasional, yaitu *Oral Health Impact Profile* (OHIP), *Oral Health Assessment Tool* (OHAT), *Bedside Oral Exam* (BOE) dan *Oral Assessment Scale* (OAS). Di antara keempat instrumen tersebut, BOE dan OAS merupakan instrumen yang mudah digunakan dan relevan untuk karakteristik pasien di ruang perawatan intensif. Keunggulan kedua instrumen ini adalah memiliki domain penilaian yang lengkap dan dapat digunakan untuk pasien sadar maupun terintubasi. **Kesimpulan:** Kesehatan mulut penting dikaji secara teratur karena mempengaruhi risiko infeksi pada pasien di ruang perawatan intensif. Terdapat dua instrumen yang sesuai untuk digunakan pada pasien kritis, yaitu BOE dan OAS.

Kata kunci: instrumen, pengkajian, kesehatan mulut, infeksi

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan fasilitas yang berperan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pelayanan ini terdiri dari pelayanan intensif, gawat darurat, rawat jalan, rawat inap (Kementerian Kesehatan RI, 2008). Pelayanan intensif dilakukan dalam unit perawatan khusus yang disebut *Intensive Care Unit* (ICU). ICU dikelola untuk merawat pasien sakit berat, kritis, dan cedera dengan penyulit yang mengancam nyawa (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Pasien kritis adalah pasien yang memiliki kecenderungan mengalami perubahan fisiologi yang cepat, dapat mengalami kematian bila tidak diatasi secara tepat, serta memerlukan pemantauan yang berkesinambungan (AACCN, 2015). Kondisi ini dapat memicu perubahan fungsi tubuh, baik aktual maupun risiko. Beberapa risiko yang perlu dicegah pada pasien dengan kondisi kritis, antara lain infeksi, dekubitus, dan kematian.

Infeksi yang sering muncul pada pasien di ICU adalah pneumonia, baik *hospital acquired pneumonia* maupun *ventilator associated pneumonia*. Penelitian Munro et al (2006) pada 66 pasien yang terpasang ventilator mekanik mendapatkan hasil bahwa terjadi penurunan status kesehatan mulut selama 7 hari masa observasi. Penurunan ini meningkatkan risiko terjadinya VAP yang diukur menggunakan *Clinical Pulmonary*

Infection Score (CPIS). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa VAP memiliki hubungan yang signifikan dengan kesehatan mulut.

Kesehatan mulut adalah bagian integral dari kesehatan tubuh. Menurut Munro & Grap (2004) dan Johnstone, Spence, & Koziol-McClain (2010) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan mulut, antara lain akumulasi plak gigi, mikroflora oral, sistem imunitas oral yang diperantarai oleh saliva, dan penggunaan alat-alat bantu seperti *endotracheal tube*.

Sebagian besar pasien di ICU mengalami penurunan kesadaran dan kemampuan untuk melakukan perawatan mulut secara mandiri sehingga tidak dapat mempertahankan hidrasi secara adekuat. Hal-hal tersebut memicu rentannya perubahan status kesehatan mulut. Hal ini perlu dipantau secara teratur sehingga status kesehatan mulut pasien dapat dipertahankan tetap dalam keadaan baik. Untuk melakukan hal tersebut, diperlukan instrumen pengkajian kesehatan mulut yang praktis, relevan, objektif untuk pasien dengan karakteristik khusus seperti di ICU. Berdasarkan uraian tersebut, penulis ingin melakukan *review* literatur lebih lanjut mengenai instrumen pengkajian kesehatan mulut dalam tatanan keperawatan kritis.

TUJUAN

Tujuan dari *review* literatur ini adalah untuk mengidentifikasi hasil penelitian terkait mengenai pentingnya melakukan pengkajian kesehatan mulut dan jenis-jenis instrumen pengkajian kesehatan mulut yang tersedia. Hasil analisis akan mengarahkan pada instrumen yang sesuai untuk digunakan pada pasien kritis di ruang perawatan intensif.

METODE

Penelusuran ini dilakukan dengan metode *review* literatur yang didapat melalui internet. Kata kunci yang digunakan dalam penelusuran literatur adalah *assessment tool, critical care, infection*, dan *oral health.* Literatur didapat dari website EBSCO, Google *Scholar*, dan Proquest. Jurnal yang diperoleh berjumlah 32 jurnal dan yang memenuhi kriteria berjumlah 17 jurnal.

HASIL

Kesehatan Mulut

Kesehatan mulut merupakan bagian integral dari kesehatan tubuh yang mempengaruhi kualitas hidup. Kesehatan mulut didefinisikan sebagai keadaan mulut dan seluruh struktur pendukung di dalamnya (bibir, gigi, gusi, lidah, dan kelenjar saliva) yang berada dalam kondisi baik, bebas dari lesi, gangguan kongenital, dan kanker yang dapat mempengaruhi fungsi mulut (WHO, 2014).

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mulut

Terdapat empat faktor yang mempengaruhi kesehatan mulut, yaitu akumulasi plak gigi, komposisi mikroflora oral, saliva, dan penggunaan alat bantu. Plak adalah deposit material berwarna putih kekuningan yang melekat pada permukaan gigi. Johnstone et al (2010) menyatakan bahwa plak gigi terbentuk dari koloni berbagai mikroorganisme. 70-80% material pada plak gigi dibentuk oleh bakteri dan setiap 1

mm3 plak gigi mengandung 108 bakteri dengan berbagai variasi, baik aerob maupun anaerob.

Dalam keadaan sehat rongga mulut merupakan lingkungan yang mengandung banyak mikroflora normal (Munro et al, 2006). Mikroflora normal dalam rongga mulut terdiri dari 350 spesies yang membentuk koloni pada area-area tertentu dalam rongga mulut, seperti *Streptococcus sanguis, Actinomyces viscosus* pada gigi serta *Streptococcus salivarius* di bawah lidah (Berry et al, 2007). Pada pasien yang telah menjalani perawatan di ICU minimal selama 48 jam akan mengalami perubahan komposisi mikroflora normal menjadi didominasi bakteri gram negatif dan virus (Munro & Grap, 2006; Garcia et al, 2009).

Sistem imunitas oral juga berperan penting dalam menjaga kualitas kesehatan mulut. Kuantitas dan kualitas saliva yang adekuat dengan kandungan immunoglobulin A dapat berperan sebagai pertahanan alami rongga mulut (Prendergast et al, 2013). Penggunaan alat bantu seperti ETT membuat rongga mulut selalu terbuka sehingga rentan timbul xerostomia (O'Keefe & McCarthy, 2006). Selain itu, ETT dapat menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme yang menumpuk dalam rongga mulut untuk masuk ke saluran pernafasan pasien hingga ke paru-paru. Mikroorganisme tersebut dapat berasal dari lingkungan luar maupun koloni yang terbentuk pada plak gigi (Johnstone et el, 2010; Munro et al, 2006).

Peran Perawat

Pengkajian kesehatan mulut merupakan bagian dari peran perawat sebagai *caregiver* dan *advocator*. Dengan melakukan pengkajian yang adekuat maka intervensi perawatan mulut yang tepat dapat disusun sesuai kebutuhan pasien. Selain itu, perawat dapat berpartisipasi aktif dalam upaya pencegahan komplikasi akibat perubahan status kesehatan mulut pasien dan melindungi hak-hak pasien dari ancaman infeksi.

Jenis-Jenis Instrumen Pengkajian Kesehatan Mulut

Kesehatan mulut dapat diukur menggunakan beberapa instrumen, yaitu *Oral Health Impact Profile* (OHIP), *Oral Health Assessment Tool* (OHAT), *Bedside Oral Exam* (BOE), dan *Oral Assessment Scale* (OAS).

Oral Health Impact Profile (OHIP) adalah instrumen kesehatan mulut dalam bentuk kuisioner dengan 14 item pernyataan yang mengacu pada 7 dimensi kualitas hidup, yaitu keterbatasan fungsional, nyeri, ketidaknyamanan, kelemahan fisik, kelemahan psikologis, gangguan sosial, dan kecacatan. OHIP merupakan modifikasi dari kuisioner kesehatan mulut dari WHO yang terdiri dari 49 item pernyataan (Slade, 1997 dalam Hodacova et al, 2010; Martin et al, 2009).

Oral Health Assessment Tool (OHAT) diperkenalkan oleh Chalmers dkk untuk perawatan jangka panjang, khususnya pada kelompok lansia dengan demensia. Instrumen ini terdiri dari delapan indikator meliputi keadaan bibir, lidah, jaringan mulut, saliva, gigi, rahang, kebersihan, dan keluhan nyeri (Chalmer et al, 2005).

Bedside Oral Exam (BOE) merupakan modifikasi dari Eiler *Oral Assessment Guide* yang terdiri dari delapan indikator meliputi kemampuan menelan, bibir, lidah, saliva, membran mukosa, gigi, gusi, dan bau mulut (Prendergast et al, 2013).

Oral Assessment Scale (OAS) merupakan modifikasi dari Beck *Oral Assessment Scale* (BOAS). BOAS disusun untuk mengkaji kesehatan mulut pada pasien dengan penyakit onkologi (Beck, 1979 dalam Ames et al, 2011). OAS dikembangkan oleh Ames dkk dan terdiri dari lima domain penilaian, yaitu bibir, gusi dan membran mukosa, lidah, gigi, saliva.

PEMBAHASAN

Keempat instrumen tersebut memiliki indikator penilaian yang bervariasi dengan metode pengkajian yang variatif. Hal ini menjadi dasar timbulnya kelebihan dan kekurangan dari setiap instrumen. OHIP sebagai modifikasi kuisioner WHO dikembangkan untuk pelayanan kesehatan di tatanan komunitas. OHIP merupakan kuisioner yang singkat, sensitif dalam mengidentifikasi perubahan yang terjadi, dan dapat diaplikasikan pada budaya manapun karena telah tersedia dalam berbagai bahasa negara. OHIP telah terstandar internasional dengan reliabilitas 0,89 dan koefisien korelasi sebesar 0,6. Namun kekurangannya adalah dampak yang ditimbulkan oleh status kesehatan mulut responden tidak terkaji secara akurat karena tidak diimbangi dengan observasi langsung, hanya berdasarkan penilaian subjektif responden (Martin et al, 2009).

OHAT juga telah diakui secara internasional dengan *interrater reliability* sebesar 0,80; *intrarater reliability* sebesar 0,78; dan hasil uji Kappa $p<0,05$. Kelebihan OHAT adalah dapat digunakan dalam perawatan jangka panjang karena mengobservasi keadaan fisik dan keluhan responden yang tercakup dalam indikator nyeri. Kelemahannya hanya spesifik pada pasien dengan kondisi tertentu, khususnya pasien sadar (Chalmer et al, 2005).

BOE dikembangkan untuk perawatan pasien di ICU. Kelebihan BOE adalah adanya indikator bau mulut yang mencerminkan efek akumulasi bakteri anaerob yang mengancam. Bau tersebut timbul sebagai efek dari senyawa sulfur volatil yang dihasilkan bakteri anaerob saat menguraikan asam amino dalam rongga mulut (Persson, 1990 dalam Outhouse et al,2006). Domain kemampuan menelan menunjukkan bahwa BOE dapat digunakan pada pasien sadar maupun terintubasi (Prendergast et al, 2013; Prendergast, Hallberg, Jahnke, Kleiman, & Hagell, 2009). BOE mudah digunakan karena pengkajiannya hanya memerlukan waktu 3-4 menit serta mencantumkan rekomendasi intervensi keperawatan berdasarkan total skor pasien. Dalam penelitiannya pada 47 pasien di ICU didapatkan BOE memiliki *intrarater reliability* sebesar 0,86 dan *interrater agreement* sebesar 0,76 (Prendergast et al, 2013; Prendergast, 2012).

OAS mampu menilai kesehatan mulut pada pasien bayi maupun dewasa. Instrumen ini mudah digunakan, praktis, dan objektif (Kumari et al, 2013; Ullmann, 2009). Dalam penerapannya pada pasien di ICU, instrumen ini telah divalidasi oleh para ahli bidang kedokteran gigi, keperawatan medikal bedah, dan keperawatan intensif (Handa et al, 2014). Instrumen ini memiliki *interrater reliability* sebesar 0,92 dan koefisien korelasi 0,84 (Barnason, 1998 dalam Ullman, 2009). Diantara keempat instrumen pengkajian kesehatan mulut, BOE dan OAS merupakan instrumen yang mudah digunakan dan relevan untuk karakteristik pasien di ruang perawatan intensif.

KESIMPULAN

Berdasarkan ulasan di atas, dapat disimpulkan bahwa kesehatan mulut merupakan hal yang penting dikaji secara teratur oleh perawat karena mempengaruhi risiko infeksi, khususnya pada pasien di ruang perawatan intensif. Untuk melakukan pengkajian yang tepat dan objektif, perawat dapat menggunakan dua instrumen yang telah teruji kehandalannya untuk penerapan di ICU, yaitu BOE dan OAS. Kedua instrumen ini dapat digunakan untuk menilai keadaan mulut secara objektif, baik pada pasien sadar maupun terintubasi.

DAFTAR PUSTAKA

American Association of Critical Care Nurses. (2015). *About critical care nursing*. Diunduh dari http://www.aacn.org/wd/publishing/

Ames, N. J., Sulima, P., Yates, J. M., McCullagh, L., Gollins, S. L., Soeken, K., & Wallen, G. R. (2011). Effects of systematic oral care in critically ill patients: a multicenter study. *American Journal of Critical Care*, 20(5), 103-114

Berry, A. M., Davidson, P. M., Masters, J., & Rolls, K. (2007). Systematic literature review of oral hygiene practices for intensive care patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 16(6), 552-562

Chalmers, J. M., King, P. L., Spencer, A. J., Wright, F. A. C., & Carter, K. D. (2005). The oral health assessment tool-validity and reliability. *Australian Dental Journal*, 50(3), 191-199

Departemen Kesehatan RI. (2006). *Standar pelayanan keperawatan di ICU*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik dan Keperawatan

Garcia, R., Jendresky, L., Colbert, L., Bailey, A., Zaman, M., & Majumder, M. (2009). Reducing ventilator-associated pneumonia through advanced oral-dental care: a 48-month study. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 523-532

Handa, S., Chand, S., Sarin, J., Singh, V. A., & Sharma, S. (2014). Effectiveness of oral care protocol on oral health status of hospitalised children admitted in intensive care units of selected hospital of Haryana. *Nursing and Midwifery Research,* 10(1), 8

Hodacova, L., Smejkalova, J., Cermakova, E., Slezak, R., Jacob, V., & Hlavackova, E. (2010). Oral health-related quality of life in Czech population. *Central European Journal of Public Health*, 18(2), 76

Johnstone, L., Spence, D., & Koziol-McClain, J. (2010). Oral hygiene care in the pediatric intensive care unit: practice recommendations. *Pediatric Nursing*, 36(2), 85-96

Kementerian Kesehatan RI. (2008). *Standar pelayanan minimal rumah sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan

Kumari, N., Kumari, M. V., Singh, V. A., & Chandna, S. (2013). Effectiveness of 0.2% chlorhexidine and oral routine care in terms of oral health status and oral microbiological colony count of self care deficit clients, Experimental study. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 11(5), 1-6

Martin, J. M., Perez, M. B., Martinez, A. A., Martin, L. A. H., & Gallardo, E. M. R. (2009). Validation the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 14(1), 44-50

Munro, C. L., Grap, M. J., Elswick, R. K., McKinney, J., Sessler, C. N., & Hummel, R. S. (2006). Oral health status and development of ventilator-associated

pneumonia: a descriptive study. *American Journal of Critical Care*, 15(5), 453-460

Munro, C. L., & Grap, M. J. (2004). Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. *American Journal of Critical Care*, 13(1), 25-34

Outhouse, T. L., Al- Alawi, R., Fedorowicz, Z., & Keenan, J. V. (2006). Tongue scraping for treating halitosis. *The Cochrane Library*

O'Keefe, & McCarthy, S. (2006). Evidence-based nursing strategies to prevent ventilator- acquired pneumonia. *CACCN*, 17(1), 8-11

Prendergast, V., Kleiman, C., & King, M. (2013). The bedside oral exam and the barrow oral care protocol: translating evidence-based oral care into practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(5), 282-290

Prendergast, V. (2012). *Safety and efficacy of oral care for intubated neuroscience intensive care unit patients.* Disertasi. Lund University

Prendergast, V., Hallberg, I. R., Jahnke, H., Kleiman, C., & Hagell, P. (2009). Oral health, ventilator-associated pneumonia, and intracranial pressure in intubated patients in a neuroscience intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 18(4), 368-376

Ullman, A. (2009). *The oral health of critically ill children*. School of Nursing Queensland University of Technology. Diunduh dari http://eprints.qut.edu.au/31765/

World Health Organization. (2014). *Oral Health*. Diunduh dari http://www.who.int/topics/oral_health/en/

CRYOTHERAPEUTIC ICE PACK SEBAGAI TOPIKAL ANALGESIK PADA PEDIATRIK SAAT PROSEDUR PEMASANGAN KATETER INTRAVENA DI INSTALASI GAWAT DARURAT : STUDI LITERATUR

Linda Widyarani, S.Kep., Ns., M.Kep

Staf Pengajar Akper Notokusumo Yogyakarta
Email : lindawidyarani@gmail.com

Abstrak

Kebanyakan pasien pediatrik datang di IGD dengan diare, demam berdarah, luka bakar dan dehidrasi berat yang mengharuskan dilakukan pemasangan kateter intravena. Seringkali perawat kesulitan memasang kateter intravena pada anak seperti anak rewel, menangis dan tidak kooperatif. Perawat seringkali gagal dalam menemukan pembuluh darah vena sehingga harus ditusuk beberapa kali dengan lokasi yang berbeda sehingga memperberat rasa nyeri pada pediatrik. Penelitian ini bertujuan untuk menelaah efektivitas *ice pack* sebagai topikal analgesik dalam menurunkan nyeri pada pediatrik ketika prosedur pemasangan kateter intravena. Metode pencarian melalui *data base* EBSCHost, *science-direct*, CINAHL, *proquest* dan *PubMed* dari tahun 2010-2014 menggunakan kata kunci terkait. Pemilihan dengan kriteria RCT dan *fulltext.* Didapatkan hasil bahwa topikal *ice pack* terbukti lebih efektif dibandingkan *vapocoolant spay* dan EMLA *cream* untuk menurunkan nyeri pada pediatrik saat pemasangan kateter intravena. *Vapocoolant spray* dapat menyebabkan iritasi pada kulit seperti kemerahan dan gatal-gatal. Topikal *ice pack* ini dilakukan dengan meletakkan *ice pack* selama 3 menit pada area kulit yang akan diinjeksi sebelum prosedur pemasangan kateter intravena diberikan. Topikal *ice pack* terbukti murah, mudah, cepat dan aman untuk dilakukan, tidak menimbulkan iritasi pada kulit serta ketersediaan yang mudah terjangkau di IGD. Disimpulkan bawah topikal *ice pack* terbukti efektif menurunkan nyeri pada pasien pediatrik saat pemasangan kateter intravena.

Kata kunci : *cryotherapeutic*, topikal analgesik, *ice pack*, pediatrik

PENDAHULUAN

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit terpenting dari suatu rumah sakit yang berfungsi sebagai gerbang terdepan dalam penanganan kasus kegawatdaruratan. Kasus pasien yang datang di IGD tidak hanya pasien dewasa namun juga pasien anak. Di IGD *Erasmus MC-Sophia Children's Hospital*, Rotterdam angka kunjungan pasien anak mencapai 9.000 jiwa per tahun dan di IGD *Haga Hospital Juliana Children's Hospital*, *The Hague*, angka kunjungan pasien anak mencapai 15.000 jiwa per tahun (Veen *et al.,* 2008). Di Indonesia, belum ada data spesifik tentang angka kunjungan pasien anak di IGD, baik rumah sakit swasta maupun rumah sakit pemerintah.

Fenomena yang ada bahwa kebanyakan pasien anak datang di IGD disertai dengan beberapa penyakit antara lain diare, demam berdarah, luka bakar dan dehidrasi berat.

Kondisi ini menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh sehingga anak membutuhkan tindakan pemasangan kateter intravena untuk memberikan cairan pengganti dari cairan tubuhnya yang hilang.

Di IGD, perawat merupakan tenaga kesehatan yang berperan utama dalam pemasangan kateter intravena. Seringkali perawat dihadapkan pada kondisi sulit ketika melakukan pemasangan kateter intravena pada anak, apalagi anak rewel, menangis, tidak kooperatif, dan juga respon keluarga yang cenderung histeris. Perawat seringkali gagal dalam menemukan pembuluh darah vena sehingga anak harus ditusuk beberapa kali dengan lokasi yang berbeda (Mediani *et al.,* 2008). Padahal prosedur tersebut menyebabkan rasa nyeri, respon menangis, menjerit, dan ketakutan serta dampak negatif hospitalisasi pada anak.

Untuk meminimalisir dampak negatif hospitalisasi, perawat sebagai petugas kesehatan harus mampu mengembangkan suatu modalitas keperawatan. Salah satu modalitas keperawatan yang dapat diaplikasikan dan dikembangkan di IGD adalah *cryotherapeutic*. *Cryotherapeutic* merupakan terapi dingin yang mampu menurunkan rasa nyeri secara topikal analgetik pada pediatrik ketika prosedur pemasangan kateter intravena. Salah satu *cryotherapeutic* yang terbukti efektif sebagai topikal analgesik pada pediatrik adalah topikal *ice pack* (Richman *et al.,* 2009). Topikal *ice pack* mempunyai ketersediaan yang mudah dijangkau dan tergolong murah. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa pemberian topikal *ice pack* sebagai topikal analgesik terbukti mampu menurunkan nyeri pada pasien pediatrik ketika prosedur pemasangan kateter intravena (Yoon *et al.,* 2007; Movahedi *et al.,* 2006). Dengan adanya fenomena tersebut, penulis tertarik untuk membahas lebih dalam dengan mengkaji beberapa literatur mengenai efektivitas terapi *ice pack* sebagai topikal analgesik dalam menurunkan nyeri pada pediatrik ketika prosedur pemasangan kateter intravena.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam *literature review* ini adalah mengumpulkan dan menganalisis artikel dan jurnal ilmiah mengenai *cryotherapeutic* yaitu *ice pack* sebagai topikal analgesik pada pediatrik saat prosedur pemasangan kateter intravena di IGD.

Adapun l*iterature review* didapat dengan pencarian elektronik melalui *data base* EBSCHost, *science-direct*, CINAHL, *proquest* dan *PubMed* dari tahun 2010-2014 menggunakan kata kunci terkait. Kriteria inklusi dalam *literature review* ini adalah penelitian yang diterbitkan dari tahun 2010-2014 dan pemilihan dengan kriteria *Random Control Trial* (RCT) dan *fulltext.*

HASIL DAN PEMBAHASAN

Topikal *ice pack* merupakan salah satu terapi dingin atau *cryotherapeutic* yang dapat menurunkan nyeri pada pediatrik. Mekanisme ini terjadi karena topikal *ice pack* dapat menimbulkan efek vasokontriksi pembuluh darah perifer, menurunkan aliran darah ke area kulit yang terinduksi dan juga menurunkan kecepatan konduksi saraf (Cahill, 2000).

Topikal *ice pack* merupakan terapi dingin yang murah dan ketersediaannya mudah dijangkau di IGD (Richman *et al.,* 2009). Ada berbagai jenis topikal analgesik yang terbukti efektif untuk menurunkan nyeri pada pediatrik seperti EMLA *cream* dan *vapocoolant spray*, namun beberapa penelitian sudah membuktikan bahwa topikal *ice pack* merupakan topikal analgesik yang paling efektif untuk menurunkan nyeri ketika

prosedur pemasangan kateter intravena dibandingkan EMLA *cream* dan *vapocoolant spray*

Ada beberapa penelitian yang sudah dilakukan mengenai efektifitas topikal *ice pack* sebagai topikal analgesik pada pediatrik. Penelitian Yoon, Chung, Lee, Park (2007) dengan judul *"Analgesic Pretreatment for Intravenous Catheter Placement: Vapocoolant Spray vs Ice Cube"*. Tujuan penelitian ini adalah membandingkan tingkat keberhasilan antara *vapocoolant spray* dengan topikal *ice-cube* dalam menurunkan nyeri ketika prosedur pemasangan kateter intravena dilakukan. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 50 anak dengan rentang usia 16-18 tahun, yang di rawat di Instalasi Gawat Darurat. Prosedur topikal *ice cube* dilakukan dengan cara batu es ukuran 2,5x2,5x2,5 cm dimasukkan kedalam sarung tangan latex dan diletakkan di area kulit yang akan dilakukan prosedur pemasangan kateter intravena selama 3 menit, sedangkan *vapocoolant spray* diberikan dengan menyemprotkan *spray* dengan jarak 15 cm dari area kulit selama 5 detik. Setelah setiap prosedur dilakukan, perawat melakukan disinfeksi dengan kasa alkohol pada kulit dan selanjutnya melakukan prosedur pemasangan kateter intravena. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa topikal *ice cube* lebih efektif dibandingkan *vapocoolant spay* untuk menurunkan nyeri, 90% sampel lebih memilih topikal *ice cube* sebagai topikal analgesik ketika prosedur pemasangan kateter intravena dilakukan. Beberapa menyebutkan bahwa *vapocoolant spray* dapat menyebabkan iritasi pada kulit seperti kemerahan dan gatal-gatal. Selain itu, *vapocoolant spray* juga tidak bisa diberikan untuk pasien dengan hipersensitif hidrokarbon halogen dan *peripheral vascular disease*. Topikal *ice cube* juga lebih mudah dan cepat untuk menurunkan nyeri ketika prosedur *skin test* dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD).

Penelitian lain yaitu Waterhouse, Deborah, Vincent (2013) dengan judul *"Cryotherapeutic Topical Analgesics: Ice Pack for Pediatric Intravenous Catheter Placement"* menyebutkan bahwa terapi dingin *(cryotherapeutic)* terbukti efektif sebagai topikal analgesik pada anak. Penelitian ini melibatkan sample sebanyak 95 pasien, dengan rentang usia 9-18 tahun yang dirawat di *pediatric Emergency Departement* (p-ED). Penelitian ini menilai efektivitas ice pack sebagai topikal analgesik dalam menurunkan nyeri pasien anak ketika pemasangan kateter intravena. Prosedur terapi ini diberikan sebelum perawat melakukan pemasangan infus atau kateter intravena. Pemberian topikal *ice pack* dilakukan selama 3 menit. Skala nyeri diukur menggunakan *Visual Pain Scale* (VAS). Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa topikal *ice pack* terbukti efektif dalam menurunkan nyeri pada anak ketika pemasangan infus atau kateter intravena.

Penelitian lain yaitu Movahedi, Rostami, Keikhaee, Moradi (2006) berjudul *"Effect of Local Refrigeration Prior to Venipuncture on Pain Related Responses in School Age Children"*. Tujuan penelitian ini adalah menilai efek topikal *ice pack* untuk menurunkan nyeri pada anak ketika prosedur pemasangan kateter intravena. Design penelitian ini adalah quasi-experimental. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 80 orang dengan rentang usia 6-12 tahun yang dirawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Topikal *ice pack* ini dilakukan dengan meletakkan *ice pack* selama 3 menit pada area kulit yang akan diinjeksi sebelum prosedur pemasangan kateter intravena diberikan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa topikal *ice pack* terbukti mudah dilakukan dan efektif sebagai topikal analgesik, untuk menurunkan nyeri pada anak ketika prosedur pemasangan kateter intravena dilakukan.

Selain itu, penelitian lain yang mendukung yaitu penelitian Nikfarid, Ghamar, Namazian, Namdar, Nezami (2008) dengan judul *"Comparison of EMLA Cream Versus Local Refrigeration for Reducing Venipucture-Related Pain in Pediatric Patients of Children's Medical Centre"*. Tujuan penelitian ini adalah membandingkan efektivitas EMLA *cream* dengan topikal *ice pack* dalam menurunkan nyeri pada anak ketika prosedur pemasangan kateter intravena. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 90 orang dengan rentang usia 3-12 tahun. Penelitian ini membagi sampel penelitian dalam 3 kelompok yaitu kelompok kontrol, kelompok perlakukan dengan topikal *ice pack* dan kelompok perlakukan dengan EMLA *cream*. Skala nyeri diukur dengan FACES, *a self-report scal*e dan CHEOPS *scale* berdasarkan observasi perawat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa EMLA *cream* dan topikal *ice pack*, signifikan mampu menurunkan nyeri pada prosedur pemasangan kateter intravena serta tidak ada perbedaan signifikan efektivitas antara EMLA *cream* dan topikal *ice pack* dalam menurunkan nyeri pada anak pada prosedur pemasangan kateter intravena. Penelitian Richman, Singer, Flanagan, Thode (1999) juga menambahkan bahwa topikal *ice pack* tidak mempunyai efek menghilangkan rasa nyeri pada prosedur pemasangan kateter intravena, namun mempunyai efek untuk menurunkan ambang rasa atau skala nyeri pada prosedur pemasangan kateter intravena pada anak.

KESIMPULAN

Cryotherapeutic: topikal *ice pack* terbukti efektif menurunkan nyeri pasien anak ketika prosedur pemasangan kateter intravena. Topikal *ice pack* merupakan topikal analgesik yang ketersediaannya di IGD, mudah diperoleh, aman dan tergolong murah. Prosedur tindakan tidak memerlukan waktu yang lama, yaitu selama 3 menit dan prosedur ini dilakukan sebelum prosedur pemasangan kateter intravena dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

Cahill, M. (2000). Physical Therapist's Clinical Companion. Library of Congress Cataloging-in-Puvlication Data. Springhouse Corporation.

Mediani, H.S., Mardhiyah, A., Rakhmawati, W. (2008). Respon Nyeri Infant dan Anak yang Mengalami Hospitalisasi saat Pemasangan Infus di RSUD Sumedang. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Padjadjaran.

Movahedi, A.F., Rostami, S., Salsali, Kaikhaee. (2006). Effect of Local Refrigeration Prior to Venipuncture on Pain Related Responses in School Age Children. Australian Journal of Advanced Nursing. Vol. 24. 2. p: 51-55.

Nikfarid, L., Ghamar, Y.R., Namazian, M., Namdar, F., Nezami, M. (2008). Comparison of EMLA Cream Versus Local Refrigeration for Reducing Venipucture-Related Pain in Pediatric Patients of Children's Medical Centre. Iranial Journal of Nursing Research. 5(16). p: 32-37.

Richman, P.B., Singer, A., Flanagan, M., Thode, H.C. (1999). The Effectiveness of Ice as a Topical Anesthetic for The Insertion of Intravenous Catheters. American Journal of Emergency Medicine. Vol. 17. No. 13.

Raz, R., Hassin, D., Kitzes-Cohen, R., Rottensterich, E. (2003). Antibiotic Prescribing for Adults and Children in Israeli Emergency Rooms. Int Journal Antimicroba Agents. 22(2). p: 100-105.

Veen, M. V., Ruige, M., Meurs, A.h.J.V., Roukema, J., Lei, J.V.D., Moll, H.A.. (2008). Manchester Triage System in Paediatric Emergency Care: Prospective Observational Study. Biomedical Journal

Waterhouse, MR., Liu, DR., Wang, VJ. (2013). Cryotherapeutic Topical Analgesics for Pediatric Intravenous Catheter Placement: Ice Versus Vapocoolant Spray. Pediatric Emergency Care. 29(1). p: 8-12.

Yoon, W.Y., Chung, S.P., Lee, H.S., Park, Y.S. (2007). Analgesic Pretreatment for Antibiotic Skin Test: Vapocoolant Spray vs Ice Cube. American Journal of Emergency Medicine. 26. p: 59-61.

LATIHAN FISIK *OUT-PATIENT* PADA PENDERITA GAGAL JANTUNG KRONIK MENINGKATKAN KAPASITAS FUNGSIONAL DAN *ACTIVITY DAILY LIVING*

Erni Tri Indarti, S.Kep.,Ns[1], Azizah Khoiriyati.[2], SN Nurul Makiyah.[2]

[1.] Dosen *Departemen Keperawatan Medikal Bedah*, *STIKes Satria Bhakti Nganjuk, Jalan Panglima Sudirman VI, Nganjuk 64421, Email: tri_indarti10@yahoo.co.id*

[2.] *Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.*

Abstrak

Latar Belakang: Gagal jantung merupakan penyebab penurunan kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas dan penyebab peningkatan mortalitas di Indonesia. Latihan fisik *out patient* membantu meningkatkan kemampuan otot skeletal terutama otot tangan dan kaki, meningkatkan kemampuan jantung dalam berkontraksi sehingga terjadi peningkatan kapasitas fungsional dan *activity daily living*. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh latihan fisik *out patient* terhadap kapasitas fungsional dan *activity daily living* pada penderita gagal jantung. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah *quasy – experiment* dengan *pre-post test design*. Sampel dalam penelitian ini adalah 60 penderita gagal jantung kronik pasca perawatan dari rumah sakit di 2 Wilayah Kerja Puskesmas yang dibagi menjadi 30 orang kelompok intervensi dan 30 orang kontrol dengan *purposive sampling*. Data diambil 2 tahap. Pertama mengukur kapasitas fungsional dan *activity daily living* sebelum intervensi. Tahap kedua setelah dilakukan intervensi selama 8 minggu. Monitoring setiap minggu pada kelompok intervensi dan 2 minggu sekali pada kelompok kontrol. Data berupa jarak jalan selama 6 menit dan skor indeks Barthel dianalisis menggunakan uji *Paired Samples Test* dan *Independent Samples t Test*. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan rata peningkatan kapasitas fungsional kelompok intervensi 49,81 dan kelompok kontrol 30,77. Rata-rata peningkatan *activity daily living* kelompok intervensi 12,86 dan kelompok kontrol 6,26. Hasil analisis statistik terdapat perbedaan kapasitas fungsional dan *activity daily living* sebelum dan setelah dilakukan intervensi dengan ρ *value* = 0,000. Terdapat perbedaan perubahan kapasitas fungsional (ρ *value*=0,004) dan *activity daily living* (ρ *value*=0,000) kelompok intervensi dengan kontrol. **Kesimpulan:** latihan fisik *out patient* meningkatkan kapasitas fungsional dan *activity daily living* serta terdapat perbedaan perubahan kapasitas fungsional dan *activity daily living* kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Kata kunci : Gagal jantung kronik, Latihan fisik *out patient*, Kapasitas fungsional, *Activity daily living*

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa sekitar 5,7 juta penduduk Amerika menderita gagal jantung kronik dengan kejadian 4,7% wanita dan 5,1% laki-laki dan hampir lima persen dari penderita gagal jantung kronik yang dirawat di rumah sakit. Di Indonesia tercatat sekitar 4,3 juta penduduk mengalami gagal jantung, dengan

500.000 kasus baru setiap tahunnya (Kompas, 2008). Di Jawa Timur pada tahun 2011 angka kejadian penderita gagal jantung sebanyak 257 penderita (Depkes Jatim, 2011).

Manifestasi klinis yang sering muncul pada pasien gagal jantung kronik adalah penurunan toleransi latihan dan sesak nafas saat aktifitas (Lee, 2005; Black dan Hawrk, 2009; Scub dan Caple, 2010). Kedua kondisi ini mengakibatkan ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari, mengganggu dan membatasi pekerjaan atau aktivitas yang disukai, akibatnya pasien mengalami penurunan kapasitas fungsional. Semakin kuat kapasitas fungional seseorang maka semakin menurun konsumsi oksigen maksimal seseorang yang digunakan untuk beraktivitas, sehingga aktivitas yang dilakukan semakin ringan terutama *activity daily living* (Pollentier *et al*., 2010).

Penderita gangguan jantung memerlukan program rehabilitatif yang komprehensif untuk mengembalikan kemampuan fisik paska serangan serta mencegah terjadinya serangan ulang, sehingga terjadi peningkatan kapasitas fungsional (Dochterman dan Bulecheck, 2004; Levine, 2010; Wungouw, 2007). Latihan fisik *out-patient* dilakukan segera setelah kepulangan pasien dari rumah sakit (Marchionni *et al.*, 2003).

Latihan fisik meningkatkan kapasitas metabolik dan fungsional otot skeletal, peningkatan respon perifer dan menurunkan beban kerja jantung. Peningkatan energi otot, peningkatan massa otot, perbaikan suplai oksigen, perubahan motorik dan adaptasi biokimia dapat meningkatkan kapasitas oksidatif. Latihan fisik melatih otot-otot skeletal dan otot-otot jantung sehingga meningkatkan kekuatan otot jantung. Peningkatan kekuatan otot jantung akan meningkatkan kinerja jantung dan peningkatan *cardiac output*. Peningkatan *cardiac output* dan penurunan kelelahan menjadi faktor utama yang mempengaruhi kapasitas fungsional (Wungouw, 2007).

Peningkatan *cardiac output* mengakibatkan suplai oksigen dalam tubuh meningkat sehingga menurunkan sesak nafas. Peningkatan *cardiac output,* peningkatan kekuatan otot, penurunan kelelahan, penurunan sesak nafas dan menurunnya beban aktivitas akan mengakibatkan peningkatan kemampuan dalam melakukan aktivitas terutama *activity daily living*.

Peningkatan kapasitas fungsional pada penderita gagal jantung kronik membutuhkan sistem adaptasi tubuh terhadap latihan fisik yang dilakukan penderita gagal jantung kronik. Sistem adapatasi ini berdasarkan teori adaptasi Roy meliputi komponen *input*, proses dan *output* yang membutuhkan waktu adaptasi latihan selama 2 bulan (Nursalam, 2011; Ades, 2001). *Activity daily living* pada penderita gagal jantung kronik dilihat dari kemandirian penderita gagal jantung untuk melakukan aktivitas sehari-hari. *Self care agency* pada penderita gagal jantung kronik mengalami penurunan karena penyakit yang lama. Peningkatan *self care agency* penderita gagal jantung kronik dapat ditingkatkan dengan peningkatan pengetahuan, sikap, keyakinanan dan sarana prasarana penderita gagal jantung untuk melakukan aktivitas fisik. Tujuan penelitian ini mengetahui pengaruh latihan fisik *out- patient* terhadap kapasitas fungsional dan *activity daily living* pada pasien gagal jantung kronik.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *Quasy – Experiment* dengan *Pre-Post Test Design*. Sampel dalam penelitian ini penderita gagal jantung kronik yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 60 orang dengan 30 orang pada kelompok intervensi dan 30 orang kelompok kontrol. Teknik *sampling* dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan kriteria inklusi penderita gagal jantung

kronik stabil yang ditandai dengan : tidak ada nyeri dada, tidak sesak nafas saat istirahat, denyut nadi istirahat 60-90 x/menit dan reguler yang diukur bilateral, tekanan darah sistolik 100-150 mmHg dan tekanan darah diastolik 60-90 mmHg, usia antara 45-65 tahun, bersedia menjadi responden dan tinggal satu rumah dengan salah satu keluarga inti (Suami,Istri,Anak) (Chou *et al*., 2012). Kelompok intervensi mendapat buku panduan latihan fisik *out patient*, Pembelajaran latihan fisik *out patient*, Ada Pangawas latihan fisik *out patient* dari salah satu anggota keluarga, monitoring setiap minggu. Kelompok kontrol mendapat buku panduan latihan fisik *out patient*, monitoring setiap 2 minggu.

Instrumen penelitian yang digunakan buku panduan latihan fisik *out patient* sebelum diberikan ke responden dilakukan uji coba pada 3 orang dengan karakteristik yang hampir sama dengan responden, *stop watch* merk Diamond seri PC 2009, meteran merk Gea dan kuesioner *activity daily living* dengan indeks Barthel (Shah *et al*., 1991). Data diambil 2 tahap. Pertama mengukur kapasitas fungsional dan *activity daily living* sebelum intervensi. Tahap kedua setelah dilakukan intervensi selama 8 minggu. Monitoring setiap minggu pada kelompok intervensi dan 2 minggu sekali pada kelompok kontrol.

Analisis univariat meliputi *mean*, *standart deviasi*, nilai terendah, nilai tertinggi dan *confidens interval* dari data umum, kapasitas fungsional dan *activity daily living*. Analisis bivariat untuk mengetahui perbedaan kapasitas fungsional dan *activity daily living* responden sebelum dan sesudah dilakukan intevensi baik pada masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan uji *Paired Sampel Test*. Perbedaan perubahan kapasitas fungsional dan *activity daily living* pasien pada kelompok kontrol dan intervensi setelah dilakukan intervensi dengan uji *Independent sampel t test*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik responden.

Tabel 1 Distribusi responden berdasarkan umur di wilayah kerja Puskesmas Nganjuk dan Berbek Mei-Agustus 2014 (n=60)

Variabel	N	Minimum	Maksimum	Median	95%CI	p-value
Umur Kel. Intervensi	30	45	65	62	55,79-60,81	0,001
Umur Kel.Kontrol	30	45	65	60,50	55,70-60,57	0,002

Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama menderita, stadium, tinggal satu rumah dan pernah/belum dapat informasi di wilayah kerja Puskesmas Nganjuk dan Berbek Mei-Agustus 2014 (n=60)

Variabel	Intervensi (n=30)		Kontrol (n=30)		Total	Prosentase (%)
	F	%	f	%		
Jenis Kelamin						
Laki-laki	18	60	18	60	36	60
Perempuan	12	40	12	40	24	40

Pendidikan Terakhir						
Tidak Sekolah	10	33,3	1	3,3	11	18,33
SD	6	20	1	3,3	7	11,67
SMP	9	30	19	63,4	28	46,67
SMA	3	10	7	23,3	10	16,67
PT	2	6,7	2	6,7	4	6,66
Pekerjaan						
IRT	9	30	12	40	21	35
PNS	6	20	1	3,3	7	11,67
Pelajar	0	0	1	3,3	1	1,67
Wiraswasta	1	3,3	4	13,35	5	8,33
Petani	11	36,7	4	13,35	15	25
Swasta	3	10	8	26,7	11	18,33
Lama Menderita						
< 1 Tahun	9	30	9	30	18	30
> 1 Tahun	21	70	21	70	42	70
Stadium						
Stadium 1	0	0	0	0	0	0
Stadium 2	9	30	9	30	18	30
Stadium 3	21	70	21	70	42	70
Tinggal Satu Rumah						
Suami	7	23,3	6	20	13	21,67
Istri	12	40	14	46,7	26	43,33
Anak	11	36,7	10	33,3	21	35
Pernah/Belum Dapat						
Info	0	0	4	13,3	4	6,67
Sudah	30	100	26	86,7	56	93,33
Belum						

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rentang umur responden pada kelompok intervensi dan kontrol 45 tahun sampai 65 tahun. Kasus gagal jantung di Amerika 75% terjadi pada pasien berumur lebih dari 65 tahun dan yang dirawat di rumah sakit 80% berumur lebih dari 65 tahun (Kellicker dan Schub, 2010). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Radi *et al*. (2009) bahwa pasien gagal jantung yang menjalani program latihan fisik rehabilitatif di RSCM Jakarta rata-rata berumur 54,9 tahun.

Seiring bertambahnya usia manusia akan menurunkan fungsi jantung dan penyakit yang beresiko terjadinya gagal jantung. Kejadian gagal jantung akan semakin meningkat di masa depan karena semakin bertambahnya usia harapan hidup dan berkembangnya terapi penanganan infark miokard mengakibatkan perbaikan harapan hidup penderita.

Responden pada kelompok intervensi dan kontrol sebagian besar berjenis kelamin laki-laki. Menurut *World Health Organitation* (WHO) dilaporkan bahwa sekitar 5,7 juta penduduk Amerika menderita gagal jantung kronik dengan kejadian 4,7% wanita dan 5,1% laki-laki dan hampir lima persen dari penderita gagal jantung kronik yang dirawat di rumah sakit. Kejadian gagal jantung di Indonesia 4,7% wanita dan 5,1% laki-laki. Insiden gagal jantung dalam setahun diperkirakan 2,3 – 3,7 perseribu penderita pertahun (Santoso, 2009). Angka kejadian gagal jantung lebih tinggi pada laki-laki dibanding perempuan. Gaya hidup perempuan lebih teratur dibanding laki-

laki, sehingga laki-laki beresiko lebih tinggi terjadinya penyakit yang mengakibatkan gagal jantung (Kaplan dan Schub, 2010). Gaya hidup menjadi salah satu faktor resiko terjadinya penyakit jantung. Laki-laki mempunyai kebiasaan merokok. Kandungan TAR dalam rokok dapat mengakibatkan aterosklerosis. Selain TAR asap rokok yang mengandung karbonmonoksida masuk ke dalam pembuluh darah dan menempel pada dinding pembuluh darah yang mampu mengakibatkan aterosklerosis.

Responden pada kelompok intervensi sebagian besar tidak sekolah, seluruhnya belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang latihan fisik dan hampir setengah responden tinggal satu rumah dengan istrinya. Kelompok kontrol sebagian besar memiliki pendidikan terakhir SMP, hampir seluruhnya belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang latihan fisik dan hampir setengah responden tinggal satu rumah dengan istrinya.

Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai atau hal-hal yang diperkenalkan (Notoatmodjo, 2002). Informasi atau penyuluhan merupakan penerangan atau keterangan yang disampaikan dari ahlinya kepada orang lain. Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah informasi yang masuk dalam diri seseorang maka akan banyak pula pengetahuan yang didapat (Niven, 2002). Tetapi, semua individu memiliki *self-care agency*. *Self-Care Agency* perlu ditingkatkan oleh individu karena pelaksanaan *Self-Care* membutuhkan pembelajaran, pengetahuan, motivasi dan *skill* (Taylor dan Renpenning, 2011).

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung baik keadaan baik sehat maupun sakit pada anggota keluarga yang lain (Subekti, 2005). Bentuk dukungan keluarga berupa dukungan informasional, penilaian, instrumental dan emosional. Dukungan penilaian berupa pemberian *support*, penghargaan dan perhatian bahkan pengawasan terhadap suatu terapi yang dilakukan pada pasien anggota keluarga. Dukungan emosional diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan (Soeharto, 2004).

Pada kelompok intervensi meskipun memiliki pendidikan yang lebih rendah dibanding kelompok kontrol dan belum pernah mendapatkan penyuluhan/informasi tentang latihan fisik tetapi dibentuk pengawas latihan fisik dari salah satu anggota keluarga. Keterlibatan keluarga disini dalam bentuk memonitoring, memotivasi dan mengingatkan responden untuk melakukan latihan fisik. Keterlibatan keluarga ini sebagai dukungan responden untuk beradaptasi dengan latihan fisik dan *support system* yang positif bagi responden.

Pada kelompok intervensi hampir setengah responden bekerja sebagai petani dan kelompok kontrol hampir setengah responden bekerja sebagai ibu rumah tangga. Pekerjaan yang berat, terus menerus dan kurang beristirahat dapat meningkatkan kerja jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan tubuh dalam beraktivitas (Kaplan dan Schub, 2010). Berjalan cepat, mengangkat benda berat, berlari, berenang, naik turun tangga, memanjat, bersepeda, bermain ski, berkebun, bermain dengan banyak menggerakkan lengan merupakan aktivitas berat (Agoes dan Poppy, 2003). Aktivitas petani dan ibu rumah tangga tergolong aktivitas berat yang memerlukan energi >250 k.kal/6 jam. Aktivitas petani meliputi mengangkat benda berat dan mengerakkan banyak lengan untuk aktivitas sehari-harinya. Aktivitas ibu rumah tangga meliputi berjalan cepat dan menggunakan banyak lengan untuk aktivitasnya. Petani dan ibu rumah tangga bekerja secara terus menerus dan

istirahatnya sedikit, sehingga jantung akan bekerja lebih berat dan cepat untuk memenuhi energi dan oksigen dalam tubuh. Jika kerja jantung ini tidak mampu ditoleransi oleh tubuh maka jantung lama kelamaan akan mengalami kegagalan.

Responden pada kelompok intervensi dan kontrol sebagian besar menderita gagal jantung stadium 3 dengan lama menderita gagal jantung > 1 tahun. Pada stadium ini kapasitas fungsional <8METs pada *exercise test* selama 3 minggu, terjadi shock atau PJK selama *infark myocardial* (<6 bulan), ketidakmampuan untuk memonitor denyut jantung dan bisa terjadinya iskemia yang dipicu oleh aktivitas yang berlebihan (Brashers, 2008).

Semakin lama menderita gagal jantung dengan stadium 3 maka fungsi jantung akan mengalami penurunan, sehingga terjadi penurunan *cardiac output*. Penurunan *cardiac output* akan membuat jantung terkompensasi untuk bekerja lebih kuat lagi dengan harapan mampu memenuhi kebutuhan tubuhnya, tetapi dengan kronisnya kondisi jantung membuat jantung semakin gagal dalam memompa. Hal ini sesuai dengan pendapat Elices (2009) penderita gagal jantung kronik, curah jantungnya menurun atau tidak adekuat pada keadaan istirahat, sedangkan pasien penderita gagal jantung ringan atau gagal diastolik curah jantungnya menjadi tidak adekuat misalnya pada saat beraktivitas atau stres.

2. Kapasitas Fungsional.

Tabel 3 Perubahan kapasitas fungsional sebelum dan sesudah melakukan latihan fisik *out patient* pada kelompok intervensi dan kontrol di wilayah kerja Puskesmas Nganjuk dan Puskesmas Berbek Mei-Agustus 2014 (n=60)

Kapasitas Fungsional	N	Mean	SD	95%CI	t	p-value
Pre-Post Kel. Intervensi	30	- 49,81	28,45	(-60,43)- (-39,18)	- 9,58	0,00
Pre-Post Kel. Kontrol	30	- 30,77	20,55	(-38,45)- (-23,09)	- 8,19	0,00

Tabel 4 Perbedaan perubahan kapasitas fungsional sebelum dan sesudah melakukan latihan fisik *out patient* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Nganjuk dan Puskesmas Berbek Mei-Agustus 2014 (n=60)

Perubahan Kapasitas Fungsional	N	Mean	SD	Mean Difference	95%CI	t	p-value
Intervensi	30	49,81	28,45	19,036	6,20-31,86	2,97	0,004
Kontrol	30	30,77	20,55				

Hasil analisis statistik menunjukkan latihan fisik *out patient* efektif untuk meningkatkan kapasitas fungsional pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol secara signifikan setelah dilakukan selama 8 minggu. Hasil ini sesuai dengan penelitian Koukouvou *et al*. (2004) setelah 2 bulan melakukan latihan fisik maka pasien gagal jantung akan mengalami peningkatan kapasitas fungsional, perbaikan dalam depresi, kecemasan dan kualitas hidup.

Kapasitas fungsional pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan latihan fisik *out patient* mengalami peningkatan. Rata-rata perubahan

kapasitas fungsional sebelum dan sesudah diberikan latihan fisik *out patient* pada kelompok intervensi lebih tinggi dibanding pada kelompok kontrol. Pada kelompok intervensi selain pelatihan tentang latihan fisik *out patient* dan modul latihan fisik yang terdapat lembar monitoring latihan fisik juga diberikan pengawas latihan fisik dari salah satu anggota keluarga yang sudah dilatih terlebih dahulu dan memberikan dukungan dalam bentuk pengawasan latihan fisik *out patient.* Pada kelompok kontrol diberikan penjelasan latihan fisik *out patient* dan modul latihan fisik *out patient*.

Penelitian Koukouvou *et al*. (2004) setelah 2 bulan melakukan latihan fisik maka pasien gagal jantung akan mengalami peningkatan kapasitas fungsional, perbaikan dalam depresi, kecemasan dan kualitas hidup. Hasil penelitian yang dilakukan Benno *et al*. (2006) bahwa setelah diberikan latihan fisik selama 12 minggu terjadi peningkatan *six minute walking distance* (6-MWD) sebanyak 46,2 meter, peningkatan *cardiac output* 21,3% dan peningkatan *heart rate* 2,5%. Latihan fisik dapat meningkatkan kapasitas fungsional dengan peningkatan 36% di pO_2, membantu pasien merasa lebih baik dan meningkatkan persepsi kualitas kesehatan (Giannuzzi *et al*., 2001).

Latihan fisik melatih otot-otot skeletal dan otot-otot jantung, sehingga meningkatkan kapasitas metabolik dan fungsional otot skeletal, respon perifer meningkat dan beban kerja jantung menurun. Peningkatan kekuatan otot jantung akan meningkatkan *cardiac output* yang meningkatkan suplai oksigen ke jaringan meningkat terutama pada daerah paru-paru dan otak. Peningkatan suplai oksegen ke paru-paru mengakibatkan peningkatan pO_2 dan menurunnya pCO_2, sehingga terjadi penurunan sesak nafas dan kelelahan (Piepoli, 2004)

Perbedaan kapasitas fungsional pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol bisa disebabkan adanya monitoring dan keterlibatan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan responden dalam melakukan latihan fisik *out patient* dengan teratur dan sesuai prosedur. Latihan fisik perlu dilakukan secara kontinyu dengan adanya monitoring secara berkala. Latihan fisik yang kontinyu dan bertahap akan mengadaptasikan kerja jantung dan mengurangi terjadinya komplikasi akibat latihan fisik. Monitoring yang diberikan bisa meningkatkan kepatuhan dalam menjalankan latihan fisik terutama monitoring dari keluarga (Corvera *et al*., 2004). Menurut teori *self care* Orem, keluarga bisa memberikan dukungan dalam bentuk pengawasan, sarana prasarana, informasi dan *suportive educative* (Alligood and Tomey, 2006). Dukungan keluarga mampu memberikan motivasi pasien untuk melakukan latihan fisik, mendorong pasien untuk melakukan latihan fisik secara teratur dan memperhatikan perkembangan kesehatannya (Niven, 2002).

Responden pada kelompok kontrol memiliki pendidikan yang lebih tinggi dibanding pada kelompok intervensi, sehingga memudahkan responden untuk menerima informasi tentang latihan fisik yang diberikan peneliti. Pada kelompok kontrol juga dilakukan monitoring setiap 2 minggu sekali. Monitoring dilakukan untuk memberikan motivasi responden melakukan latihan fisik. Monitoring juga dilakukan untuk mengadaptasikan responden dengan perubahan perilakunya dalam melakukan latihan fisik. Pendidikan yang lebih tinggi dan monitoring yang dilakukan peneliti pada kelompok kontrol meningkatkan kesadaran responden dalam melakukan latihan fisik secara teratur meskipun tidak ada pengawas latihan fisik dari salah satu anggota keluarga sebagai *support system*.

Perbedaan perubahan kapasitas fungsional pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol bisa disebabkan adanya monitoring dan keterlibatan keluarga dapat

meningkatkan kepatuhan responden dalam melakukan latihan fisik *out patient* dengan teratur dan sesuai prosedur. Latihan fisik perlu dilakukan secara kontinyu dengan adanya monitoring secara berkala. Latihan fisik yang kontinue dan bertahap akan mengadaptasikan kerja jantung dan mengurangi terjadinya komplikasi akibat latihan fisik. Monitoring yang diberikan bisa meningkatkan kepatuhan dalam menjalankan latihan fisik terutama monitoring dari keluarga. Keluarga bisa memberikan dukungan dalam bentuk pengawasan, sarana prasarana, informasi dan *suportive educative*. Dukungan keluarga mampu memberikan motivasi pasien untuk melakukan latihan fisik, mendorong pasien untuk melakukan latihan fisik secara teratur dan memperhatikan perkembangan kesehatannya. Perbedaan perlakuan yang diberikan pada kelompok intervensi dan kontrol inilah yang menjadi salah satu penyebab perubahan kapasitas fungsional pada kelompok intervensi lebih tinggi dibanding kelompok kontrol.

3. Activity *Daily Living*.

Hasil Penelitian menunjukkan ada pengaruh latihan fisik *out patient* terhadap *activity daily living* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol secara *signifikan*. Hasil ini sesuai dengan penelitian Meyer (2001) latihan fisik selama 6 minggu mampu meningkatkan metabolisme *aerob*, sehingga energi yang berada di dalam tubuh meningkat dan terjadi peningkatan *activity daily living* responden baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Tabel 5. Perubahan *activity daily living* sebelum dan sesudah melakukan latihan fisik *out patient* pada kelompok intervensi di wilayah kerja Puskesmas Nganjuk dan Puskesmas Berbek Mei-Agustus 2014 (n=60)

Activity Daily Living	**N**	**Mean**	**SD**	**95%CI**	**t**	**p-value**
Pre-Post Kel. Intervensi	30	- 12,86	3,95	(-14,34)- (-11,39)	- 17,82	0,00
Pre-Post Kel. Intervensi	30	- 6,26	2,28	(-7,12)- (-5,41)	- 14,99	0,00

Tabel 6. Perbedaan Perubahan *activity daily living* sebelum dan sesudah melakukan latihan fisik *out patient* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di wilayah kerja Puskesmas Nganjuk dan Puskesmas Berbek Mei-Agustus 2014 (n=60)

Perubahan *Activity Daily Living*	**N**	**Mean**	**SD**	**Mean Difference**	**95%CI**	**t**	**p-value**
Intervensi	30	12,86	3,95	6,60	4,92-8,27	7,91	0,000
Kontrol	30	6,26	2,28				

Latihan fisik dapat meningkatkan *cardiac output*, sirkulasi darah ke otot rangka dan peningkatan kekuatan otot skeletal. Peningkatan suplai darah ke otot rangka mengakibatkan perubahan metabolisme secara bertahap. Pada penderita gagal jantung mentabolisme *anaerob* lebih dominan terjadi di dalam tubuh. Latihan fisik

meningkatkan kekuatan otot perifer terutama kaki dan tangan. Pada latihan fisik didominasi dengan gerakan kaki dan tangan. Perlu diketahui bahwa dalam melakukan *activity daily living* perlu adanya kaki dan tangan yang kuat. Hal ini sesuai dengan pendapat Meyer (2001) latihan fisik selama 6 minggu mampu meningkatkan metabolisme *aerob*, sehingga energi yang berada di dalam tubuh meningkat.

Menurut Beswick *et al*. (2008) latihan fisik dapat meningkatkan kapasitas metabolik dan fungsional otot skeletal, metabolisme aerob, respon perifer dan beban kerja menurun. Latihan fisik secara teratur dan konsisten mengadaptasikan sistem biokimia tubuh yang meningkatkan energi otot, peningkatan massa otot, perbaikan suplai oksigen dan perubahan motorik. Peningkatan massa otot dan kekuatan otot akan meringankan beban saat beraktifitas. Metabolisme *aerob* yang meningkat di dalam tubuh akan menghasilkan energi yang lebih banyak dan penurunan asam laktat, sehingga menurunkan rasa nyeri dada saat beraktivitas.

Menurut Melinda (2002) latihan fisik secara teratur dapat memperbaiki saraf-saraf motorik karena peningkatan *cardiac output*, sehingga oksigen tersuplai dengan baik ke otak. Peningkatan kerja mitokondria akan menurunkan konsumsi energi dalam bentuk ADP dan konsumsi oksigen saat beraktivitas. Latihan fisik secara berkala akan mengadaptasikan otot rangka secara metabolik dan fungsional. Gerakan latihan fisik pada kaki dan tangan secara berurutan dan rutin meningkatkan kekuatan otot kaki dan tangan, sehingga kerja otot sistemik menurun dan penurunan kelelahan saat beraktivitas.

Rata-rata peningkatan *activity daily living* sesudah diberikan latihan fisik *out patient* selama 8 minggu pada kelompok intervensi lebih tinggi dibanding kelompok kontrol. *Activity daily living* merupakan bagian dari *self care agency*. Setiap manusia memiliki kemampuan untuk meningkatkan *self care agency* secara mandiri. Berdasarkan teori Orem peningkatan self care agency dipengaruhi oleh *self care demand*, *nursing agency* berupa *suportive educative system*, faktor pemungkin berupa sarana dan prasarana serta faktor pendorong berupa dukungan keluarga dan teman sebaya (Alligood dan Tomey, 2006).

Latihan fisik yang dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat meningkatkan *cardiac output*, sirkulasi darah ke otot rangka dan peningkatan kekuatan otot skeletal. Peningkatan suplai darah ke otot rangka mengakibatkan perubahan metabolisme secara bertahap. Pada penderita gagal jantung mentabolisme *anaerob* lebih dominan terjadi di dalam tubuh. Latihan fisik yang dilakukan pada kelompok intervensi dan kontrol didominasi dengan gerakan kaki dan tangan, sehingga meningkatkan kekuatan otot perifer terutama kaki dan tangan. Perlu diketahui bahwa dalam melakukan *activity daily living* perlu adanya kaki dan tangan yang kuat, sehingga latihan fisik meningkatkan *activity daily living* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Activity daily living merupakan bagian dari *self care agency*. Setiap manusia memiliki kemampuan untuk meningkatkan *self care agency* secara mandiri. Peningkatan *self care agency* akan maksimal jika terdapat *suportive educative system*, sarana dan prasarana serta dukungan keluarga dan teman sebaya. Pada kelompok intervensi terdapat modul pedoman latihan fisik yang berisi tentang gambar gerakan latihan fisik sebagai sarana dan prasarana responden melakukan latihan fisik. Penjelasan modul latihan fisik dan gerakan latihan fisik melibatkan keluarga akan *suportive educative system*. Pembentukan pengawas latihan fisik dari salah satu anggota keluarga responden memberikan dukungan, motivasi dan pengingat

responden dalam melakukan latihan fisik, sehingga latihan fisik dilakukan secara teratur. Pengawas latihan fisik diberikan ketrampilan mengukur nadi, pernafasan dan tekanan darah, sehingga mengurangi terjadinya komplikasi. Monitoring yang dilakukan peneliti dan asisten peneliti setiap seminggu sekali juga meningkatkan motivasi responden untuk melakukan latihan fisik secara teratur. Adanya *suportive educative system*, sarana dan prasarana serta dukungan keluarga secara maksimal mengakibatkan peningkatan *activity daily living* pada kelompok intervensi lebih tinggi dibanding kelompok kontrol.

KESIMPULAN DAN SARAN

Ada pengaruh latihan fisik *out patient* terhadap kapasitas fungsional dan *activity daily living* penderita gagal jantung kronik di wilayah kerja Puskesmas Nganjuk dan Puskesmas Berbek pada kelompok intervensi dan peningkatan rata-rata kapasitas fungsional dan *activity daily living* kelompok intervensi lebih tinggi di bandingkan pada kelompok kontrol. Ada perbedaan perubahan kapasitas fungsional dan *activity daily living* sebelum dan sesudah latihan fisik *out patient* penderita gagal jantung kronik di wilayah kerja Puskesmas Nganjuk dan Puskesmas Berbek antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Puskesmas perlu memberikan penyuluhan dan pelatihan tentang latihan fisik penderita gagal jantung dengan pendampingan dan monitoring secara teratur pada pasien gagal jantung kronik dalam melakukan latihan fisik *out patient* sebagai terapi rehabilitatif. Pada penderita yang memiliki pendidikan rendah harus lebih intensif dalam monitoring agar responden benar-benar mengerti. Keluarga diharapkan bisa sebagai *suportive educative system* dalam pelaksanaan program rehabilitatif pasien gagal jantung kronik di rumah.

Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian tentang latihan fisik *out patient* yang dikembangkan lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih besar dan dalam jangka waktu lebih lama dari 2 bulan, stopwatch yang digunakan sebaiknya dikalibrasi supaya lebih akurat serta menghubungkan karakteristik responden sebagai faktor resiko gagal jantung.

DAFTAR PUSTAKA

Ades, P.A. 2001. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Of Coronary Heart Disease. *The New England Journal of Medicine.* 345 (12) : 892

Agoes dan Poppy. 2003. *Mencegah dan Mengatasi Kegemukan pada Dewasa*. Edisi 1. Jakarta: Puspa Swara. Hal 85

Alligood, M.R. dan Tomey, A.M. 2006. *Nursing Theorists and Their Work*. 6 th ad. Missouri : Mosby. Hal 109

American Thoracic Society. 2002. ATS Statement: Guidelines for The Six-Minute Walk Test. *American Journal Respiratory Critical Care Med*. 166: 111-117.

Baker.L.K. dan Denyes, M.J. 2008. Predictors of *Self-Care* In Adolescents with Cystic Fibrosis: A Test af Orem's Theories of *Self-Care* and *Self-Care Deficit*. *Journal of Pediatric Nursing*, 23 (1), 37-48

Benno A.F., Rosalle J., Dineke W.K., Gert K. 2006. Effects Of Exercise Training On Cardiac Performance, Exercise Capacity And Quality Of Life In Patients With Heart Failure: A Meta-Analysis. *The European Journal of Heart Failure*. 841 – 850

Beswick AD, Rees K, Dieppe P, *et al*. 2008. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 371:725-35.

Brashers, V. 2008. *Aplikasi Klinis Patofisiologi: Pemeriksaan dan Manajemen*. Edisi 2. Alih bahasa, H.Y Kuncara; Editor, Devi Yulianti. Jakarta: EGC. Hal 53

Chou C., Chueh L., Ying T. 2012. Effect of Exercise on Physical Function, Daily Living Activities, and Quality of Life in the Frail Older Adults: A Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*.93:237-44

Corvera T, Doering L.V, Woo MA, Khan S, Dracup K. 2004. Effects of a Home Walking Exercise Program on Functional Status and Symptoms in Heart Failure. *Am Heart J*. 147:339–446.

Davey, Patrick. 2005. *At a Glace Medicine*. Edisi 1. Alih bahasa, Cut Novianty; Editor, Amelia Safitri. Jakarta : Salemba Medika. Hal 88.

Davis R.C, Hobbs F.D.R, Lip G.Y.H. 2000. ABC Of Heart Failure : History And Epidemiology. *BMJ Journal*. Vol 320:39-42

DeLaune, S.C., dan Ladner, P.K. 2002. *Fundamentals of Nursing: Standards and Practice*. 2nd Ed. New York: Thomson Delmar Learning. Hal 209

Depkes Jatim. 2011. Penderita Gagal Jantung di Jawa Timur. http//www.Depkes/ Jatim/Penderita/Gagal/Jantung/Jawa Timur.ac.id. Diakses 23 Januari 2014, 15:00 WIB.

Dochterman JM, Bullecheck GM. 2004. *Nursing Intervention Classifications*. 6th Edition. Mosby Inc. St.Louis Missouri. Hal 97

Elices, Minguez R. 2009. *Cardiovascular Disease : Heart Failure*. In Proceeding Of The International Congress Of The Italian Association. 29-31 Mei 2009. Rimini, Italy

Giannuzzi P, Meyer K, Perk J, Drexler H, Dubach P, Myers J. 2001. Recommendations for exercise training in chronic heart failure patients. Working group report of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* . 22: 125–135.

Hardywinoto dan Setiabudi. 2005. *Panduan Gerontologi*. Edisi 1. Jakarta : Gramedia. Hal 187.

Jolliffe, J.A., K.Rees, R.S Taylor, D. Thompson, N. Oldridge and S. Ebrahim. 2001. Exercise-Based Rehabilitation For Coronary Heart Disease. *Sports Medicine Journal* 1 : 87-96.

Kaplan dan Schub. 2010. Healt Failure In Women. *Cinahl Information System*.

Kellicker dan Schub. 2010. Healt Failure In Older Adults. *Cinahl Information System*.

Kirstine L.S., Selina K.B., Signe S.R., Trine B.R., Christian H., Lars K., Daniel S., Barbara C.B and Ann D.Z. 2013. Effect of comprehensive cardiac rehabilitation after heart valve surgery (CopenHeartVR):study protocol for a randomised clinical trial. *BioMed Central*.14:104.

Kompas. 2008. *Penderita Gagal Jantung di Indonesia*. http//www.kompas/penderita/gagal/jantung/Indonesia.com. Diakses 23 Januari 2014, 14:00 WIB.

Koukouvou, George, Evangella K, Apostolos L, Erasmia, Kaprinis, Asterios. 2004. Quality Of Life, Psychological And Physiological Changes Following Exercise Training In Patients With Chronic Heart Failure. *Jurnal rehabilitasi medik, Taylor & Francis Health science*. 36: 36–41

Larsen, P.D., dan Lubkin, I.M. 2009. *Chronic Illness: Impact and Intervention*. 7th Ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. Hal 1078

Lavie, Milani dan Littman.1993. Benefits Of Cardiac Rehabilitation And Exercise Training in Secondary Prevention In The Elderly. *Journal Of The American College Of Cardiology* 22 (3) : 678.

Lee. 2005. *Practice Guideliness For Heart Failure Management.In: Dec GW, Editors. Heart Failure a Comprehensive Guide To Diagnosis And Treatment*. New York : Maroel Dekker. Hal 148

Levine GN. 2010. *Cardiology Secrets. 3rt Ed*. Mosby Elsevier. Philadelphia. Hal 463

Lloyd WF, Mair FS, Leitner M. 2002. Exercise Training And Heart Failure: A Systematic Review Of Current Evidence. *Br JGen Pract*. 52:47– 55.

Maggioni AP. 2005. Review of The New ESC Guidellness for The Farmacological Management of Chronic Heart Failure. *European Heart Journal Supplements*. 19:415-524.

Maiorana A., Gerard O.D., Craig C., Julie C., Carmel G., Sarah R., Roger T and Daniel G. 2000. Combined aerobic and resistance exercise training improves functional capacity and strength in CHF. *J Appl Physiol*. 88: 1565–1570.

Marchionni, N., F. Fattirolli, S. Fumagalli, N. Oldridge, F. Del Lungo, L. Morosi, C. Burgisser and G. Massoti. 2003. *Improved Exercise Tolerance and Quality Of Life With Cardiac Rehabilitation Of Older Patient After Myocardial Infarction : Results Of a Randomized,Controlled Trial*. Circulation 107 (17): 2201.

Massimo P; Andrew L.C; Maurizio V; Stamatis A; Peter S; Andrew J.S. Coats, FRACP. 1995. *Contribution of Muscle Afferents to the Hemodynamic, Autonomic, and Ventilatory Responses to Exercise in Patients With Chronic Heart Failure Effects of Physical Training*. Department of Cardiac Medicine, National Heart and Lung Institute, Dovehouse St, London SW3 6LY, UK

Meleis, A.I. 2011. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. Hal 1483

Melinda P; Diane P, Holst dan David M. 2002. Exercise Training Increases Arterial Compliance In Patients With Congestive Heart Failure. *Clinical Science*. 102, 1–7

Melissa A.H., John M.D., Anette S.F, Stephen J.I., Jia Z., Jose N., D. Walter and Russell S.R. 2012. A differing role of oxidative stress in the regulation of central and peripheral hemodynamics during exercise in heart failure. *American Journal Physiology Heart and Circulation Physiology*. 15:303 (10): H1237-H1244.

Meyer, Katharina. 2001. Exercise Training In Heart Failure: *Recommendations Based On Current Research. Switzerland:* American College of Sports Medicine. 525-530

Minotti JR, Massie BM. 1992. Exercise training in heart failure patients. Does reversing the peripheral abnormalities protect the heart. *Circulation*;85:2323-5

Muttaqin, A. 2009. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Edisi 1. Editor Elly Nurachmah. Jakarta: Salemba Medika. Hal 88.

Nicholson C. 2007. *Heart Failure, A Clinical Nursing Handbook*. John Wiley and Sons. Ltd. Hal 276

Niven, Neil. 2002. *Perilaku Kesehatan dalam Psikologi Kesehatan*. Edisi Ke-2. Jakarta: EGC. Hal 183-199.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Edisi 1. Jakarta: Rineka Cipta. Hal 205.

Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika. Hal 166

Oldridge. 1988. Cardiac Rehabilitation Exercise Programme. *Sports Medicine* 6 : 45

Parish TR, Kosma m, Welsch MA. 2007. Exercise Training For The Patient With Heart Failure : Is Your Patient Ready. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*. 18 (3): 12-20

Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ.2004. Exercise Training Metaanalysis Of Trials In Patients With Chronic Heart Failure (ExTraMATCH). *BMJ*. 328:189.

Pollentier B, Irons SL, Benedetto CM, Dibenedetto AM, Loton D, Seyler RD.2010. Examination of the Six Minute Walk Test to Determine Functional Capacity in People with Chronic Heart Failure: A Systematic Review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*. 21:1

Radi, Basuni, Andang H., Dede Kusmana. 2009. Rehabilitasi Kardiovaskuler di Indonesia. *Jurnal Kardiologi Indonesia*. 30:43-5.

Rees K, Taylor RS, Singh S, Coats AJ, Ebrahim S. 2004. Exercise Based Rehabilitation For Heart Failure. *Cochrane Database Syst Rev*.

Santoso A, Erwinanto, Munawar M, Suryawan R, Rifqi S, Soerianata. 2007. *Diagnosis dan Tata Laksana Praktis Gagal Jantung Akut*. Edisi 1. Jakarta: Yayasan Pembina Kardiovaskuler Indonesia. Hal 107.

Smart N, Mason DT. 2004. Exercise Training For Patients With Heart Failure: A Systematic Review Of Factors That Improve Mortality And Morbidity. *Am J Med*. 116:693– 706.

Soeharto, Iman. 2004. *Pencegahan Penyembuhan Rehabilitasi Penyakit Jantung Koroner dan Serangan Jantung*. Edisi 2. Jakarta: Yayasan Pembina Kardiovaskuler Indonesia. Hal 460.

Shah, S., & Cooper, B. 1991. Documentation for measuring stroke rehabilitation outcomes. *Australian Medical Records Journal*.21: 88 - 95.

Subekti. 2005. Asuhan Keperawatn Keluarga: Konsep dan Proses. Malang: Laboratorium Keperawatan Komunitas Prodi Keperawatan. Hal 84.

Sugiarto. 2005. *Keseimbangan dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari pada Lansia Dip Anti Werdha Pelkris Elim Semarang dengan Menggunakan Berg Balance Scale dan Indeks Barthel*. Semarang : UNDIP.

Syamsudin. 2011. *Buku Ajar Farmakoterapi Kardiovaskular dan Renal*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika. Hal 469

Taylor,S and Renpenning, K. 2011. *Self Care Science, Nursing Theory and Evidence Based Practice*. 1st Edition. New York: Springer Publishing Company, LLC

Tedjasukmana. 2011. Aplikasi Uji Jalan 6 Menit Pada Penyakit Gagal Jantung Kronik Stabil (CHF Stabil). *Rehabilitasi Jantung*.

Wenger NK. 1989. Quality Of Life : Can It And Should It be Assessed In Patient With Heart Failure. *Cardiology*.76:391-398.

Wungouw, Herlina. 2007. The Benefit of Exercise Rehabilitation in Chronic Heart Failure. *Majalah Kedokteran Indonesia*. 57:9

Yasmin N. 1993. *Proses Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Edisi 1. Jakarta: EGC. Hal 452

Zucgk C, Kruger C, Durr S. 2000. Is The 6 Minute Walk Test a Reliable Subtitute For Peak Oxygen Uptake In Patient With Dilated Cardiomiopathy. *Eur Heart Journal*. 21 (7): 540-549.

PENANGANAN *EMERGENCY PSYCHIATRIC* PERAWAT PADA KASUS PERCOBAAN BUNUH DIRI DI RUMAH SAKIT Dr. MOEWARDI SURAKARTA

Ika Subekti Wulandari [1)], Retty Ratnawati [2)], Lilik Supriati [3)]

[1)]*Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada Surakarta*
[2) 3)]*Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya*

Abstrak

Percobaan bunuh diri merupakan kondisi gawat darurat yang membutuhkan pertolongan segera. Perawat di IGD merupakan tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan unik. Perawat dituntut untuk memberikan pelayanan yang efektif dan komprehensif meliputi aspek fisik yang berfokus untuk mencegah kematian dan aspek psikologis pada pencegahan tindakan bunuh diri. Merawat pasien percobaan bunuh diri akan memberikan pengalaman dan makna yang berbeda bagi setiap perawat. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi bagaimanakah penanganan *emergency psychiatric* perawat pada kasus percobaan bunuh diri. Desain penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif yang melibatkan lima perawat IGD RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Data dikumpulkan dengan metode *indepth interview* dan dianalisis menggunakan tehnik Miles dan Huberman. Hasil penelitian menunjukkan keterkaitan antar sembilan tema yaitu ketakutan perawat, motivasi tugas, motivasi kasihan, pasien agresif, pasien tidak terus terang, proses keperawatan, sensasional, mengesampingkan manajemen psikologis dan pengharapan. Kesimpulan yang bisa diambil adalah manajemen kegawatdaruratan pada kasus percobaan bunuh diri belum dilakukan secara komprehensif dengan melihat manusia secara holistik. Pihak rumah sakit sebaiknya melakukan upaya untuk meningkatkan sarana prasarana dan kualitas sumberdaya manusia agar bisa memberikan pelayanan yang prima kepada pasien.

Kata kunci: perawat, penanganan *emergency psychiatric*, percobaan bunuh diri

PENDAHULUAN

Percobaan melukai diri merupakan salah satu alasan seseorang dibawa ke Instalasi Gawat Darurat (IGD). Pasien dibawa ke IGD dan membutuhkan perawatan akibat usaha melukai diri diantaranya dengan memotong nadi, membakar diri, menenggelamkan diri, menggantung diri dan meracuni diri (Crawford et al, 2003). Percobaan melukai diri memiliki hubungan yang erat dengan bunuh diri, dimana biasanya bunuh diri didahului dengan pikiran untuk bunuh diri dan percobaan melukai diri (Conlon & O'Tuathail, 2010).

Tindakan perawat IGD dalam menangani pasien percobaan bunuh diri sering disertai perasaan dilema tersendiri. Conlon dan O'Tuathail (2012) menyatakan bahwa perawat sering merasa frustasi, antipati, tidak berdaya, dihadapkan pada dilema dan mengeluarkan emosi negatif karena pasien percobaan bunuh diri cenderung sensitif dan memiliki konsep diri negatif. Tenaga kesehatan di IGD merasa cemas dan cenderung menghindari pasien dengan percobaan bunuh diri yang berulang karena beranggapan

bahwa hal tersebut merupakan tindakan manipulasi dan mencari perhatian (Sethi & Uppal, 2006).

Percobaan bunuh diri membutuhkan pelayanan yang komprehensif, holistik dan paripurna dikarenakan pasien percobaan bunuh diri memiliki karakteristik yang berbeda. Beban kerja IGD yang tinggi disertai anggapan mengenai rumah sakit umum lebih berfokus pada masalah fisik membentuk stigma bahwa percobaan bunuh diri lebih tepat dirawat di rumah sakit khusus jiwa dibandingkan di rumah sakit umum (Martin & Chapman, 2014; Hopkins, 2002).

Perawat dalam memberikan pelayanan lebih suka menghindari pasien yang agresif (resiko menciderai diri sendiri atau orang lain) karena khawatir dengan keselamatan diri (Heslop *et al,* 2000). Menurut penelitian Friedman *et al* (2006) dari 107 perawat, sebanyak 55% tidak suka menangani kasus persobaan bunuh diri. Alasannya adalah pasien percobaan bunuh diri lebih sulit ditangani dibandingkan dengan pasien lain (Huband & Tantam, 2000).

Merawat pasien percobaan bunuh diri dalam kondisi yang agresif dimana respon pasien biasanya berada diluar kontrol kesadaran sangat beresiko terhadap keselamatan perawat, pasien lain maupun pasien sendiri. Kondisi ini bisa saja membuat perawat stres dan merasakan dilema karena menghadapi kondisi yang sulit disamping menangani aspek fisik juga harus berfokus pada aspek psikososial. Disisi lain pendidikan dan pelatihan yang spesifik mengenai manajemen kasus percobaan bunuh diri juga masih terbatas, akan tetapi perawat dituntut untuk tetap memberikan pelayanan kegawatdaruratan secara komprehensif.

Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta merupakan rumah sakit tipe A yang menjadi rujukan bagi rumah sakit lain di Surakarta dalam penanganan kasus gawat darurat. Lokasinya yang berdekatan dengan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta juga menjadikan Rumah Sakit Dr. Moewardi sebagai rujukan terutama kasus percobaan bunuh diri yang mengancam kehidupan pasien dan membutuhkan penanganan fisik segera.

Penelitian ini penting dilakukan karena setiap manusia memiliki respon yang berbeda terhadap fenomena yang dialami, oleh karena itu perlu dilakukan eksplorasi lebih mendalam mengenai makna pengalaman perawat dalam merawat pasien percobaan bunuh diri di Instalasi Gawat Darurat.

Melalui eksplorasi pengalaman perawat akan diperoleh gambaran mengenai proses penanganan pada kasus percobaan bunuh diri. Hal tersebut dapat dijadikan sebagai dasar pertimbangan dalam membangun ide dan konsep dasar dalam mengembangkan model penanganan kasus percobaan bunuh diri di Instalasi Gawat Darurat.

METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif berdasarkan filosofi Heidegger (Spezial & Carpenter, 2003). Partisipan dipilih dengan *purposive sampling* yang memenuhi kriteria inklusi yaitu perawat yang bekerja di IGD Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta, memiliki pengalaman merawat pasien percobaan bunuh diri, bersedia dan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian, mampu berbahasa Indonesia dengan baik. Partisipan yang terlibat sejumlah lima orang dengan pertimbangan telah mencapai saturasi data.

Pengambilan data dilakukan dengan tehnik *indepth interview semistructure.* Hasil wawancara dianalisis berdasarkan tahapan Miles dan Huberman, sedangkan proses

keabsahan data yang merupakan validitas dan reliabilitas penelitian dilakukan dengan memenuhi prinsip *Credibility, Dependebility, Confirmability dan Transferability*

HASIL PENELITIAN

Tema-tema yang ditemukan dalam penelitian sebanyak 9 tema dimana saling berinteraksi dan menggambarkan makna pengalaman perawat dalam merawat pasien percobaan bunuh diri. Berikut adalah penjelasan masing-masing tema yang diperoleh:

1. Ketakutan perawat

Respon emosional yang dirasakan perawat ketika menghadapi pasien percobaan bunuh diri adalah takut. Perasaan ini dibangun oleh dua sub tema yaitu takut salah dan takut akan keselamatan diri perawat. Mayoritas partisipan menunjukkan bahwa dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya kepada pasien sebagai manusia biasa terkadang rasa takut muncul dikarenakan sikap pasien yang sangat sensitif dan tidak terkontrol sehingga bisa saja tiba-tiba bertindak agresif dan dapat mengancam keselamatan perawat sendiri seperti peryataan berikut.

"..Perasaan takut ada maksude nek tiba-tiba dia memberontak ke kita.."(I3)

"Tapi mungkin nek ada riwayat untuk kekerasan maksude ngamuk atau apa itu ya khawatir.."(I3)

Ketakutan lain yang dirasakan perawat adalah takut salah ketika melakukan pengkajian atau memberi tindakan. Misalnya ketika perawat melakukan pelevelan *triage* terkadang perawat menemukan respon tidak kooperatif pasien dan sulit membedakan apakah pasien dalam kondisi tidak sadar atau sebenarnya sadar tetapi tidak mau berespon terhadap perawat, seperti pernyataan berikut.

"..kalau pas fase abu-abu yaitu pasien-pasien yang mengalami kasus dengan depresi itu susah ooo dia itu tidur atau tidak sadar, berarti itu kan fase abu-abu yang kadang kita masih kita lebih amannya kalau kita masih ragu-ragu mau masuk ke kuning mending kita masukkan ke merah satu level diatasnya. Karena takutnya kalau nanti takutnya ya kalau tidur, kalau tidak bernafas karena apneu nah"(I1)

2. Motivasi kasihan

Motivasi kasihan karena ingin membantu pasien dipengaruhi oleh rasa sosial, mengutamakan keselamatan pasien, memposisikan sebagai pasien dan perasaan ikhlas. Hal ini dibuktikan dengan pernyataan berikut.

"..secara naluri kejiwaan kita rasa sosial kita, tetep kita eee memberikan pertolongan.."(I2)

"..Jadikan motivasi saya kami adalah seandainya pasien itu adalah diri saya itu.."(I1)

"..saya diberi suatu kemampuan untuk melayani orang untuk menghadapi orang berbagai jenis apapun kita lakukan dengan ikhlas dan ibadah.."(I1)

Naluri perawat sebagai mahluk sosial mendorong perawat untuk berkewajiban saling tolong menolong supaya nyawa pasien selamat dan dilandasi dengan keikhlasan. Perawat mencoba merefleksikan keadaan pasien pada diri perawat sendiri sehingga perawat dapat memahami kebutuhan dan perasaan pasien yang sebenarnya.

3. Motivasi tugas

Latar belakang tugas dan tanggungjawab sebagai seorang perawat yang harus merawat pasien merupakan hal yang menggerakkan perawat untuk memberikan pelayanan, seperti yang diungkapkan partisipan berikut.

"..memang suatu tanggung jawab dan tugas saya.."(I1)

Memberikan perawatan pada semua pasien sudah merupakan tugas dan tanggung jawabnya sebagai orang yang berprofesi sebagai perawat. Perawat dituntut untuk mau dan mampu meberikan pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien dengan kasus apapun termasuk pada kasus percobaan bunuh diri.

4. Pasien agresif

Pasien percobaan bunuh diri yang datang ke IGD biasanya dalam kondisi yang masih agresif dan sangat aktif sehingga berpotensi mengganggu pasien lain seperti yang diungkapkan partisipan berikut.

"..kan biasanya pasien yang baru datang itu kan masih agresif banget mbak"(I3)

"Ya misalkan dia pasien datang dengan psi misalkan dengan histeris, teriak-teriak, gelisah itu otomatis mengganggu pasien yang sebelah..."(I2)

Pasien menampilkan respon yang ekspresif terhadap apa yang sedang dirasakannya atau dapat juga sebagai bentuk usaha mencari perhatian dari orang lain. Perasaan gelisah ini juga berpotensi menjadi tindakan agresif yang mebahayakan diri sendiri dan orang lain. Respon tidak kooperatif dari pasien ini membuat perawat merasa kesulitan ketika akan membangun interaksi dengan pasien.

5. Pasien tidak terus terang

Sikap tertutup pasien ditunjukkan dengan kategori tidak mau mengakui, diam dan menangis. Pasien seringkali tidak mau mengakui terkait kondisi yang sebenarnya terjadi maupun alasan melakukan percobaan bunuh diri, seperti yang diungkapkan beberapa partisipan berikut ini.

"Luka disini (menunjukkan pergelangan tangan) di radialis dia bilangnya kena kaca, terus saya lihat luka kena kaca sama luka kayak gitu kan beda, kalau ini kan pasti eee nggak pak ini nggak mungkin kalau kena kaca saya bilang gitu.."(I4)

Pernyataan menunjukkan bahwa ada sikap pasien yang berusaha menutupi keadaan sebenarnya, yaitu pasien mengatakan bahwa luka di pergelangan tangan tersebut disebabkan karena terkena kaca, akan tetapi ketika perawat melakukan analisis terhadap mekanisme cidera, perawat menemukan kejanggalan bahwa karakteristik luka tersebut tidak menujukkan luka yang disebabkan karena pecahan kaca, melainkan ada upaya kesengajaan. Kondisi seperti ini menuntut perawat harus jeli menganalisa dan cermat dalam melakukan pengkajian, supaya intervensi yang diberikan bisa benar-benar efektif dan tepat sasaran.

6. Proses keperawatan

Belum adanya ruangan isolasi yang khusus untuk gangguan psikologis menjadi salah satu penyebab pengkajian lebih fokus pada aspek fisik dan *triage* psikologis belum dilakukan.

"Eeeem belum ya, masih umum jadi kita masih memperhatikan fisik bukan yang psikis. Psikis biasanya kita lihat setelah kegawatan tertangani dulu mbak heem"(I1)

"Kadang yo campur owq (sambil tertawa) ada yang kosong mana."(I4)

"..Ya dipojok gitu misalkan dipojokkan di ruang yang agak misalkan tempat yang sekiranya kosong kita tempatkan disitu..."(I2)

"..itu kan privacy pasien kurang terjaga nggih sebenarnya kita isolirkan atau kita pojokkan yang mana biar semua pasien atau keluarga pasien tidak mengakses kenapa to dia? Lha itu paling nggak kita mengurangi itu privacy pasien"(I1)

Privacy merupakan hal yang diperhatikan perawat, terutama ketika dilakukan edukasi atau pengkajian terkait masalah pribadi, bisa saja pasien tidak mau mengekspresikan perasaannya dikarenakan banyaknya orang disekitar yang dapat mengetahui masalah pribadinya yang bukan konsumsi umum. Belum adanya ruang isolasi membuat perawat menempatkan pasien dipojok ruangan dan campur dengan pasien lain. Faktor tersebut membuat perawat jarang mengkaji masalah pada aspek psikologis.

Pada saat merawat kasus, perawat menemui beberapa karakteristik pasien yang bervariasi terkait usia, jenis kelamin, penyebab dan metode bunuh diri, seperti pernyataan berikut.

"..rata-rata usia produktif, jadi ada yang 25 sampai 40.."(I1)

"..ada yang masih remaja.."(I4)

"...Tapi ininya banyak perempuan mungkin perempuannya tiga laki-lakinya satu kayaknya."(I1)

"..Ada yang sudah ibu-ibu rumah tangga.."(I4)

"...Ada kasus eee mahasiswa.."(I1)

"..eee kemudian SMA (Sekolah Menengah Atas) itu aja..."(I1)

"..biasanya mereka putus cinta itu.."(I3)

"..terkait sama eee ekonomi rumah tangga kayak gitu lah.."(I4)

"..bapak ibuknya itu lho pokoknya selama ini tidak pernah rukun..."(I4)

"..menenggak anu apa namanya eee baygon iya baygon.."(I1)

"..mencoba bunuh diri dengan sayatan di tangan.."(I3)

Selama penegakan diagnosa, perhatian mengenai masalah psikologis pada pasien percobaan bunuh diri belum mendapat porsi yang setara dengan penanganan masalah fisik. Hal yang berkaitan dengan psikologis jarang diangkat menjadi diagnosa di IGD tetapi biasanya dmunculkan ketika pasien sudah rawat inap diruangan sebagai diagnosa pendukung, seperti ungkapan berikut ini.

"Tapi kalau untuk yang diagnosa psikis yang sifatnya tidak emergency itu kita jarang untuk memunculkan di diagnosa awal Tapi untuk diagnosa pendukungnya nanti itu berkelanjutan eee pengelolaanya di bangsal"(I2)

Penyusunan rencana intervensi mengacu pada kondisi kegawatan yang mengancam nyawa terlebih dahulu. Perawat terkadang tidak melakukan semua perencanaan di IGD, akan tetapi hanya melakukan tindakan untuk mengatasi kegawatan saja, sedangkan intervensi lainnya yang tidak *emergency* termasuk

penanganan aspek psikologis dilakukan di ruang bangsal perawatan. Hal tersebut diungkapkan oleh partisipan berikut.

"..kita lebih mengutamakan memberikan pertolongan pada pasien yang emergency itu dulu jadi kita mengesampingkan pasien yang apa itu yang tentamen suicide tetapi sifatnya tidak mengancam jiwa.."(I2)

Pada tahap implementasi perawat melakukan beberapa tindakan seperti manajemen *live saving, patient safety,* memotivasi dan membina hubungan saling percaya dimana perawat melakukan manajemen fisik dan psikologis sesuai tingkat kegawatan, seperti ungkapan berikut.

"Kemudian kalau memang memang perlu eee apa namanya tindakan pemasangan NGT, spooling kemudian bahkan sampai dilakukan intubasipun ya manajemen life saving kita."(I1)

"..Terus ganguan cidera gimana caranya pasien itu tidak cidera tapi eeee contohnya dengan restrain.." (I5)

"..memberikan saran solusi seperti itu.."(I5)

"..misalnya dia gak percaya dengan saya dia bisa bercerita dengan siapa eee mungkin dia kan disitu sudah bolak-balik yaa siapa perawat yang dulu pernah menangani atau yang dipercayai dan dia mau cerita"(I5)

Pada tahap evaluasi selama ini lebih berfokus untuk mengevaluasi kondisi secara fisik dan psikologis secara umum, akan tetapi pada aspek pikiran atau ide bunuh diri belum mendapat perhatian dari perawat, seperti ungkapan berikut.

"Kalau di IGD kalau dia sudah apa itu eee dilihat kondisinya sudah layak transpor dimisalkan kalau dia pasien datang dengan tentamen suicide terus dia keluhannya dengan nyeri perut yang hebat, merasa terbakar, terus dia ada gelisah, muntah-muntah ya kita misalkan nanti sudah teratasi misalnya perutnya sudah merasa enak, terus dia sudah mulai agak tenang, nggak nggak histeris lagi atau apa itu tidak agresif lagi, terus dia sudah mulai bisa diajak komunikasi, baru nanti kita bisa eee itu rawat jalan atau kita pondokkan"(I2)

7. Sensasional

Perawat merasakan kepuasan tersendiri ketika berhasil menolong pasien sekaligus ada rasa ketidakpuasan terhadap hasil kerja yang dilakukan, selain itu perawat juga merasakan ada keunikan tersendiri ketika menangani pasien percobaan bunuh diri yang tidak ditemui pada pasien lain, seperti ungkapan partsipan berikut.

"..Nah kepuasannya juga ketika kita tanya dia bisa memflorkan (mengeluarkan) semua itu kita juga puas.."(I4)

"..kita sudah berusaha mengatasi kadang pasien atau keluarga yang nggak ngerti itu kan banyak yang komplain, jadi agak kecewa aja.."(I3)

Perawat merasakan kepuasan tersendiri ketika berhasil membantu masalah pasien atau ketika pasien bersedia menceritakan masalahnya. Kesediaan pasien untuk menceritakan masalahnya dianggap sebagai keberhasilan perawat dalam membina hubungan saling percaya. Disisi lain perawat merasakan ada sebuah kenyataan yang tidak sesuai dengan harapan yaitu pasien atau keluarga pasien tidak memberikan apresiasi terhadap kerja perawat. Perawat merasa kecewa terhadap sikap keluarga

pasien yang sering komplain padahal perawat sudah berusaha semaksimal mungkin untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien.

Perawat merasakan ada hal yang berbeda dalam diri pasien percobaan bunuh diri dibanding pada pasien lainnya. Hal ini diungkapkan oleh partisipan

"..Ya ada uniknya ya jadi, saat kita gali itu kadang–kadang sebenarnya lucu juga kalau didengarkan keterangannya tapi ya seberapapun keterangannya kita harus terima, karena mungkin itu wujud ungkapannya dia selama ini dia pendam ya.."(I4)

"..Iya menurut saya unik, karena kadang kita maksudnya pasien yang psi itu bertindak apa yang diluar kita fikirkan gitu.."(I5)

Pernyataan partisipan diatas menunjukkan bahwa pada pasien percobaan bunuh diri memiliki pola pikir yang berbeda dengan orang kebanyakan. Perawat terkadang merasakan bahwa sebenarnya ada kelucuan tersendiri pada keterangan-keterangan yang diungkapkan pasien, akan tetapi perawat berusaha menghargai dan memahami segala bentuk respon perasaan pasien baik yang positif maupun negatif. Perawat menganggap apapun respon yang ditampilkan pasien merupakan bagian dari cara pasien untuk mengekspresikan perasaan.

8.Mengesampingkan manajemen psikologis

Psikologis bukan menjadi prioritas dikarenakan perawat kurang menguasai manajemen kasus yang disebabkan rendahnya motivasi perawat untuk mengembangkan diri, perawat juga sulit membangun komunikasi dengan pasien, seperti ungkapan berikut ini.

"..kerja itu rutinitas dan sebagainya, malas mau mengembangkan diri gitu males.."(I5)

"..komunikasi ke bagian psi nya itu, kan kadang nek nggak memang bukan bidangnya itu susah to mbak komunikasinya.."(I3)

"..sudah selesai infus, selesai apa yang sudah kita lakukan berhubungan dengan pasien itu ya sudah gitu lho nggak menuju yang ke psi-psi.."(I5)

"..jadi kita kadang mengesampingkan dari psikologisnya.."(I2)

Rasa malas menyebabkan motivasi belajar perawat untuk mengembangkan diri masih sangat kurang dikarenakan larut dalam rutinitas pekerjaan. Perawat merasa sulit membangun interaksi karena tehnik komunikasi pada pasien gangguan psikologis berbeda dengan pasien lainnya. Kesulitan ini dirasakan karena di rumah sakit umum lebih banyak menangani kasus kegawatan fisik dan jarang mengelola kasus kegawatan yang disertai gangguan psikologis.

Perawat berpendapat bahwa fokus utama penanganan kegawatan di rumah sakit umum adalah pada aspek fisiknya bukan psikologisnya, sehingga membuat perawat jarang melihat pasien sebagai manusia yang holistik dan hanya berhenti pada penanganan aspek fisik saja.

9. Pengharapan

Perawat memiliki beberapa harapan yang bisa meningkatkan kualitas layanan, seperti pernyataan berikut ini.

"..Pendidikan dan pelatihan, simposium, seminar itu yang selalu saya minta.."(I1)

"..Ya harapan saya kalau kedepannya bisa menangani pasien itu secara eee paripurna ya,…"(I4)
"..perlu ruang khusus yang didesain memang khusus untuk pasien-pasien psi.."(I5)
"mungkin tesis ini harapan saya mungkin nanti ada paling tdak membuat nilai positif lah di dalam di dalam manajemen di IGD untuk perbaikan.."(I1)
"..perlu kemudian juga reward ya saya kira. Reward ya dalam arti ooo .untuk perawat yang kompetensinya di IGD itu kan ada beda dengan perawat yang di bangsal.."(I1)

Harapan perawat dalam meningkatkan kualitas layanan khususnya pada manajemen kasus percobaan bunuh diri dimulai dari aspek terpentingnya yaitu peningkatan kualitas SDM yang didukung dengan adanya sarana dan prasarana yang memadahi serta informasi mengenai teori-teori baru yang ditemukan berdasarkan hasil penelitian selain itu juga dibutuhkan penghargaan dari pihak luar kepada perawat sebagai bentuk motivasi eksternal perawat dalam proses peningkatan kualitas layanan.

PEMBAHASAN

Tema-tema yang ditemukan dalam penelitian ini membentuk sebuah keterkaitan yang dapat menggambarkan makna pengalaman perawat dalam merawat pasien percobaan bunuh diri. Perawat merasakan takut ketika berhadapan dengan pasien akibat kekerasan yang mungkin dilakukan pasien. Tidak bisa dipungkiri bahwa perawat merupakan garda terdepan dalam berinteraksi kepada pasien, sehingga beresiko tinggi mendapat tindakan kekerasan dari pasien yang masih agresif. Almutairi *et al* (2013) menyatakan bahwa perawat yang bekerja di unit psikiatri atau IGD memiliki resiko yang tinggi sekitar 62,1% terpapar kekerasan oleh pasien, bahkan Keough *et al* (2003) menyatakan bahwa perawat yang bekerja di IGD seperti bekerja dalam zona perang. Keselamatan perawat merupakan hal yang harus dilindungi dan ini juga merupakan hak perawat sebagai pekerja, akan tetapi selama ini kebijakan atau manajemen belum memberikan perhatian dengan porsi yang cukup terhadap masalah ini,

Dampak yang muncul sebagai akibat kekerasan yang mengancam perawat tidak hanya secara fisik akan tetapi juga akan mempengaruhi aspek emosional perawat seperti perasaan marah, cemas, putus asa, sedih dan depresi (Grenyer *et al*, 2004 & Brennan, 2001). Kondisi ini tentu akan berpengaruh terhadap kualitas hidup perawat dan menurunkan produktifitas kerja perawat.

Perawat dalam memberikan pelayanan digerakkan oleh dua faktor yaitu rasa kasihan dan tugas. Menurut Tomey dan Alligood (2006) *teory of caring* yang diungkapkan oleh Kristen Swanson menyatakan bahwa kesediaan perawat mau menolong pasien dimulai dari *maintaining belief* yang merupakan dasar dan pondasi utama praktik *caring* perawat. Kepercayaan dan keyakinan hati akan menggerakkan perawat dalam membentuk komitmen untuk membantu pasien. Tindakan tersebut sebagai usaha untuk mengerti dan memahami makna hidup seseorang (*knowing*). Keyakinan dan usaha memaknai kehidupan akan menghasilkan respon emosional untuk bersedia berbagi dan saling merasakan arti pengalaman hidup (*being with*). Perawat siap dan selalu ada untuk mendampingi pasien tidak hanya secara fisik tetapi juga secara emosioanal.

Pelaksanaan proses keperawatan pada kasus bunuh diri belum dilakukan secara komprehensif termasuk dalam kegiatan *triage*. Padahal menurut *Nationale Institute for*

Clinical Excellence (2004) menyatakan bahwa ketika pasien datang ke IGD harus dilakukan *triage* secara fisik dan mental.

Meletakkan pasien dipojok ruangan merupakan salah satu bentuk *triage* atau pemilahan yang dilakukan oleh perawat. Pemilahan ini bertujuan menjaga patient *safety* dan *privacy* pasien. Karena menurut Ando *et al* (2013) pasien percobaan bunuh diri membutuhkan perlindungan *privacy* yang tinggi karena karakteristiknya yang sangat sensitif. Belum adanya ruangan isolasi khusus membuat *privacy* pasien terganggu, sehingga penggalian data pada aspek yang sangat pribadi juga tidak bisa dilakukan secara maksimal.

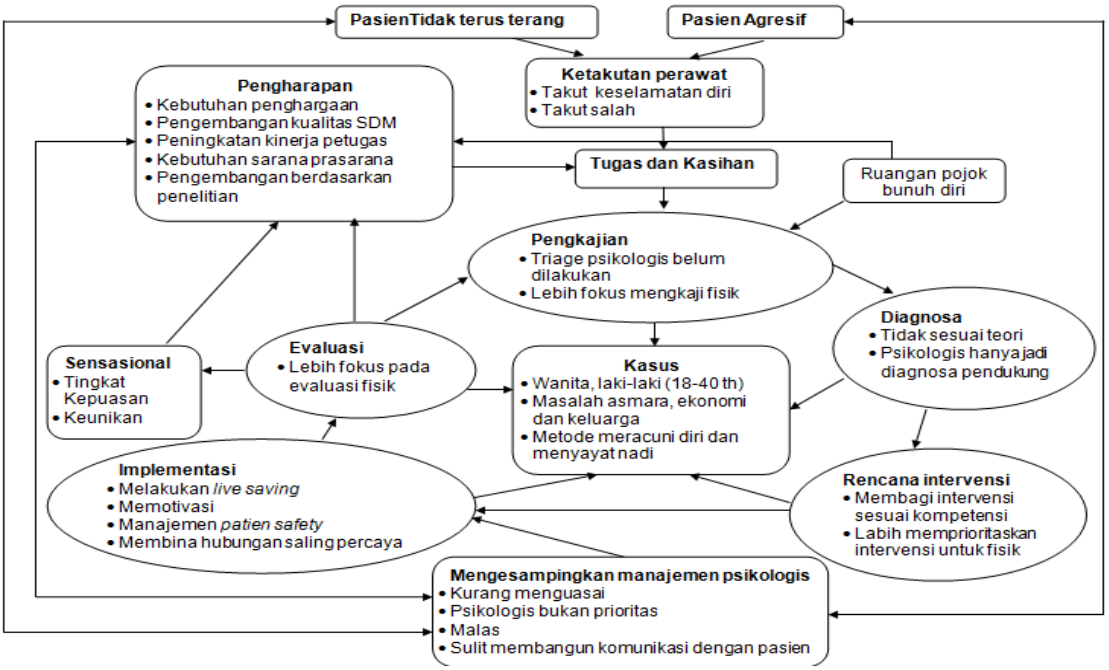
Minimnya motivasi perawat dalam mengembangkan diri membuat manajemen pada aspek psikologis belum mendapat perhatian yang cukup. Menurut Oshvandi *et al* (2008) ada sembilan faktor yang mempengaruhi perawat memiliki motivasi rendah dalam meningkatkan kinerjanya meliputi kesulitan dalam pekerjaan, ketidakberdayaan, rendahnya gaji, kekerasan pada perawat, lemahnya dukungan, manajemen yang terpusat, budaya bahwa dokter adalah posisi sentral, minimnya fasilitas dan kurang jelasnya *job discription.*

Kualitas sumber daya yang baik akan mendukung terghadap peningkatan mutu pelayanan. Friedman *et al* (2006) dan Egan *et al* (2012) menyatakan bahwa peningkatan pengetahuan dan kepercayaan diri mengenai manajemen kasus dengan gangguan psikologis sangat dibutuhkan oleh perawat rumah sakit umum dalam memberikan pelayanan yang paripurna kepada pasien. Selama ini pendidikan dan pelatihan banyak difokuskan pada penanganan kegawatan secara fisik, padahal tidak menutup kemungkinan perawat IGD RSU juga akan menerima pasien-pasien yang disertai gangguan psikologis.

Kualitas sumber daya manusia yang baik juga harus ditunjang dengan peningkatan fasilitas sarana dan prasarana yang memadai. Perawat berharap disediakannya ruang isolasi dan standar operasional prosedur yang didesain khusus untuk kasus-kasus kegawatan yang disertai gangguan psikologis. Manongi *et al* (2006) bahwa minimnya sarana dan prasarana yang diberikan rumah sakit membuat perawat merasa bingung dalam menentukan masalah pasien. Dibentuknya SOP dan ruangan isolasi akan menghasilkan perawatan yang efektif dan efisien karena telah disesuaikan dengan kebutuhan perawatan.

Perawat telah melakukan segala usaha dan kemampuannya secara maksimal untuk memberikan pelayanan yang terbaik pada pasien. Meskipun ada berbagai macam motivasi yang melandasi hal tersebut, akan tetapi perawat tetap membutuhkan penghargaan sebagai bentuk apresiasi terhadap usaha yang dilakukan. Menurut Oshvandi *et al* (2008) salah satu faktor rendahnya motivasi kerja adalah minimnya penghargaan yang diberikan, sehingga apresiasi dapat dijadikan sebagai pemicu perawat untuk lebih meningkatkan kinerjanya.

Interaksi antar tema yang didapat dapat dilihat pada gambar 1 berikut ini:



Gambar 1. Skema pengalaman perawat dalam merawat pasien percobaan bunuh diri.

IMPLIKASI

Temuan yang dihasilkan pada penelitian ini dapat memberikan pemahaman tentang bagaimana perawat melakukan penanganan pada pasien percobaan bunuh diri terkait tindakan yang dilakukan dan respon emosional perawat. Hasil penelitian ini juga bisa sekaligus sebagai evaluasi terhadap proses keperawatan pada kasus percobaan bunuh diri yang selama ini berjalan di IGD. Ditemukannya harapan perawat dapat dijadikan sebagai pertimbangan dan masukan dalam membangun kerjasama dengan beberapa pihak terkait untuk memenuhi aspek-aspek yang dibutuhkan perawat dalam rangka memberikan pelayanan yang prima pada pasien.

KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini memiliki keterbatasan yaitu hanya dilakukan di satu region daerah di Surakarta dimana daerah ini mungkin memiliki karaketristik sosial dan budaya yang berbeda dengan daerah lain. Sebagain besar wawancara dilakukan di ruangan IGD dan bersamaan saat partisipan berjaga, sehingga hasil perekaman wawancara kurang jernih akibat kondisi IGD yang ramai, selain itu perawat tidak bisa terlalu banyak meluangkan waktu karena harus menjalankan tugas melayani pasien. Kasus percobaan bunuh diri merupakan kasus yang jarang terjadi di RSU, sehingga pengambilan data hanya dilakukan lewat wawancara mendalam dan tidak bisa dilakukan observasi langsung ketika perawat menangani pasien percobaan bunuh diri dikarenakan waktu penelitian yang terbatas.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan makna bahwa dalam memberikan pelayanan perawat belum melihat pasien secara holistik, seperti halnya dalam melakukan *triage* lebih berfokus pada aspek fisik dan mengesampingkan aspek psikologis. Meletakkan pasien dipojok ruangan merupakan bentuk *triage* psikologis yang dilakukan perawat.

Pemisahan pasien percobaan bunuh diri dilakukan karena karakteristik pasien yang tidak terus terang dan agresif , kondisi ini menimbulkan ketakutan dalam diri perawat. Perawat tetap memberikan pelayanan meskipun merasa takut karena mengingat adanya rasa kasihan dan tugas sebagai seorang perawat. Perawat juga merasakan ada sensasi tersendiri ketika merawat pasien dan memiliki harapan untuk bisa memberikan pelayanan yang lebih baik serta membutuhkan apresiasi yang baik terhadap jerih payahnya.

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka peneliti perlu memberikan rekomendasi demi peningkatan ilmu keperawatan dan pelayanan kepada pasien. Pada penelitian selanjutnya perlu eksplorasi pengalaman perawat tidak hanya pada kasus bunuh diri tetapi pada kasus kegawatan dengan gagguan psikologis yang lain di tempat yang berbeda. Metode penelitian sebaiknya dilakukan dengan pendekatan etnografi atau studi kasus dan disertai pengambilan data observasi kegiatan perawat secara langsung ketika melakukan perawatan pada pasien.

Rekomendasi bagi institusi rumah sakit diantaranya perlu meningkatkan kualitas sumberdaya manusia dengan memberikan pelatihan yang spesifik tentang kegawatan pada gangguan psikologis, menyediakan ruangan isolasi dan SOP yang didesain khusus untuk pasien percobaan bunuh diri, mengembangkan pelayanan berdasarkan *evidence based practice* dan memperkuat motivasi kinerja perawat dengan memberikan apresiasi yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

Almutairi, N, Ahed Alkhatib, Ahmad Boran and Ibrahim Mubarak. (2013). The Prevalence of physical violence and its associated factors against nurses working at Al-Medina Hospitals. *The Social Sciences Medwell Journals.* **8** (3): 265-270

Ando, S, Kiyoto.K, Misato M, Yukako H, Hiroyuki, Hi, Nozomu, A. (2013). Psychosocial factors associated with suicidal ideation in clinical patients with depression. *Journal of Affective Disorders*.**151**: 561–565

Brennan, W.(2001). Dealing with verbal abuse. *Emergency Nurse***. 9** (5):15–17

Crawford, T., Geraghty, W., Street, K., Simonoff, M. (2003). Staff knowledge and attitudes towards deliberate self harm in adolescents. *Journal of Adolescence* **26** (5), 619–629.

Conlon.M, O'Tuathail. (2010). Measuring emergency department nurse's attittude towards deliberate self harm using the self harm antipathy scale. *International Emergency Nursing*. **20**:3-13

Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M., Mitchell, A.J., (2006). Predictors of A & E staff attitudes to self harm patients who use self-lacerations: influence of previous training and experience. *Journal of Psychosomatic Research* **60** (3), 273–277.

Grenyer, B., Ilkiw-Lavalle, O., Biro, P., Middleby-Clements, J.,Cominos, A.,Coleman, M., 2004. Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. **38**: 804–810.

Hopkins C. (2002). 'But what about the really ill, poorly people? (An ethnographic study into what it means to nurses in medical admission units to have people who have harmed themselves as their patients). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* **9**(2):147-154

Heslop, L., Elsom S. and Parker N. (2000) Improving continuity of care across psychiatric and emergency services: combining patient data within a participatory action research framework. *Journal of Advanced Nursing*. **31**: 135–143.

Huband N, Tantam D. (2000). Attitudes to self injury within a group of mental health staff. *Br J Med Psychol*. **73**:495– 504.

Keough, V., Schlomer, R., Bollenburg, B. (2003) . Serendipitous findings from an Illinois ED nursing educational survey reflect a crisis in emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing*. **29** (1), 17–22.

Martin. C, Chapman. R. (2014). A mixed method study to determine the attitude of Australian emergency health professionals towards patient who present with deliberate self poisoning. *International Emergency Nursing*. **22**: 98-104

Manongi, R., T. Marchant and C. Bygbjerg. (2006). Improving motivation among primary health care worker in Tanzania: A health worker perapective. *Human Resources for Health*. **4**(6), 1186-1478

National Institute of Health and Clinical Effectiveness.(2004). *Self-Harm, the Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care*. NICE Clinical Guideline 16 (NICE Guideline). http://www.nice.org.uk/CG16 diakses tanggal 25 maret 2014

Oshvandi K, Zamanzadeh V, Ahmadi F. (2008). Barriers to nursing job motivation. *Journal of Biological Science*. **3** (4): 426-434

Sethi S, Upaal S. (2006). Attitude of clinicians in emergency room towards suicide. *Int J Psychiatry Clin Pract*. **10**(3):182-85.

Speziale,H.J.S, Carpenter, D.R . (2003). *Qualitative Research In Nursing (3 th ed).* Philadelphia: Lipincott Williams and Walkins

Tomey, A.M. dan Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theorist and Their Work 6th Ed.* USA : Mosby Elsevier.

HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN KREATIVITAS ANAK PRASEKOLAH DI TK NURUL ILMI SEMARANG

Fiktina Vifri Ismiriyam

Abstrak

Latar Belakang: Pola asuh anak meliputi interaksi antara orang tua dengan anak dalam pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis. Orangtua harus menjadi guru dan pembimbing yang penuh kasih sayang bagi anak-anak mereka. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pola asuh orang tua dengan kreativitas anak pra sekolah di TK Nurul Ilmi Kota Semarang. **Metode:** Jenis penelitian ini deskriptif korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* dan menggunakan kuesioner. Populasi penelitian ini adalah semua orang tua anak sebanyak 52 orang. Tehnik sampling, data univariat dianalisis menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi serta bivariat menggunakan *Chi Square*(X^2). **Hasil:** Hasil penelitian pola asuh orang tua untuk pola asuh otoriter 22 responden (42,3 %) dan pola asuh demokratis 13 responden (25,0 %). Hasil Kreativitas anak untuk kategori tidak kreatif 32 responden (61,5 %) dan kategori kreatif 20 responden (38,5 %). Hasil uji statistik menggunakan chi square diketahui tidak ada hubungan pola asuh orang tua dengan kreativitas anak pra sekolah di TK Nurul Ilmi Kota Semarang dengan p value = 0,954. **Kesimpulan:** Berdasarkan hasil tersebut diharapkan kepada orang tua mengerti jenis-jenis pola asuh dan memilih dengan bijak pola asuh yang tepat dalam upaya mengasuh anak sehingga kreativitas anak dapat berkembang sacara optimal dan tidak hanya mengedepankan perkembangan prestasi akademik anak.

Kata kunci : Pola asuh, kreativitas anak pra sekolah

PENDAHULUAN

Anak prasekolah adalah mereka yang berusia antara 3-6 tahun. Mereka biasanya mengikuti program prasekolah dan *kinderganten.* Sedangkan di Indonesia, umumnya mereka mengikuti program Tempat Penitipan Anak (3 bulan-5 tahun) dan kelompok bermain (usia 3 tahun), sedangkan pada usia 4-6 tahun biasanya mereka mengikuti program Taman Kanak-Kanak (Patmonodewo, 2003).

Masa prasekolah adalah waktu peralihan dari masa bayi dan masa anak sekolah. Ada yang mengatakan antara usia 2-6 tahun atau usia 3-5 tahun (Suryana, 2006). Selama masa prasekolah aktivitas otak sangat tinggi dan anak-anak cepat sekali menyerap karena pada masa ini masih masa *golden age* dimana potensi belajar mereka jadi lebih besar berkat hal-hal yang disediakan. Usia prasekolah sangat penting dalam perkembangan anak, karena usia 4-5 tahun adalah termasuk usia *the golden age*, usia dimana kita harus bisa memanfaatkan sebaik mungkin, karena lewat dari masa itu sel otak dalam berkembang sudah tidak terlalu pesat (Ulung, 2011).

Ada beberapa ciri-ciri kreativitas yang dimiliki oleh individu yang kreatif. Guilford (dalam Munandar, 1992) membedakan antara ciri kognitf (*aptitude*) dan ciri afektif

(non-aptitude) yang berhubungan dengan kreativitas. Ciri-ciri kognitif *(aptitude)* ialah ciri-ciri yang berhubungan dengan kognisi, proses berpikir yang meliputi kelancaran, kelenturan (fleksibilitas) dan *orisinilitas* dalam bepikir dan *elaboration* (mengembangkan, memperkaya, memperinci) suatu gagasan. Sedangkan ciri-ciri afektif *(non-aptitude)* ialah ciri-ciri yang lebih berkaitan dengan sikap atau perasaan yang meliputi rasa ingin tahu, bersifat imajinatif, merasa tertantang oleh kemajemukan, sifat berani mengambil resiko dan sifat menghargai. Kedua jenis ciri-ciri kreativitas itu diperlukan agar perilaku kreatif dapat terwujud.Ciri-ciri kreativitas dapat dikelompokkan dalam dua kategori yaitu ciri kreatif dan non kreatif. Ciri kreatif diantaranya orisinilitas, fleksibelitas, kelancaran dan elaborasi. Sedangkan ciri non diantaranya ciri-ciri yang lebih berkaitan dengan sikap atau perasaan yang meliputi rasa ingin tahu, bersifat imajinatif, merasa tertantang oleh kemajemukan, sifat berani mengambil resiko dan sifat menghargai. Kedua ciri ini sama pentingnnya, kecerdasan yang tidak ditunjang dengan kepribadian kreatif tidak akan menghasilkan apapun. Kreativitas hanya dapat dilahirkan dari orang cerdas yang memiliki kondisi psikologi yang sehat. Kreativitas tidak hanya perbuatan otak saja namun variabel emosi dan kesehatan mental sangat berpengaruh terhadap lahirnya sebuah karya kreatif (Slameto, 2003).

Pola asuh dapat diartikan seluruh cara perlakuan orang tua yang diterapkan pada anak dalam mendidik. Pengasuhan anak menunjuk kepada pendidikan umum yang diterapkan pengasuh terhadap anak berupa suatu proses interaksi antara orangtua (mengasuh) dengan anak (yang diasuh). Di samping itu pola asuh anak meliputi interaksi antara orang tua dengan anak dalam pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis. Pola asuh dikategorikan menjadi tiga jenis yaitu pola asuh *authoritarian, authoritative* (demokratis) dan *permissive.* Ciri khas pola asuh otoriter diantaranya kekuasaan orang tua dominan jika tidak boleh dikatakan mutlak. Ciri yang kental dari pola asuh demokratis adalah diskusi antara anak dengan orang tua. Ciri pola asuh permisif adalah orang tua bersikap longgar, tidak terlalu memberi bimbingan dan kontrol (Fathi, 2006).

Anak yang diasuh dengan pola asuh demokratis mempunyai peluang untuk mengekspresikan diri, minat dan aktivitasnya sendiri. Lebih-lebih lingkungan juga memberi kesempatan untuk anak meraih pengetahuan dan pengalaman yang diperlukan untuk kreativitas (Akbar dan Hawadi, 2010). Mendidik secara demokratis dan permisif di rumah dan di sekolah akan mengoptimalkan kreativitas. Sebaliknya, model otoriter akan memadamkan kreativitas anak (Aziz, 2009).

Menurut Prasetya (2003), tipe pola asuh orang tua antara lain, yaitu pola asuh demokrasi (Autoritatif), pola asuh pemanja (Permisif), dan pola asuh otoriter (Autoritarian). Pengasuhan Autoritatif adalah pola asuh demokrasi yang mendorong anak bebas tetapi tetap memberikan batasan dan mengendalikan tindakan-tindakan mereka. Pada umumnya pola pengasuhan ini di terapkan oleh orangtua yang menerima kehadiran anak dengan sepenuh hati serta memiliki pandangan atau wawasan kehidupan masa depan dengan jelas. Mereka tidak hanya memikirkan masa kini, tetapi memahami bahwa ke masa depan harus dilandasi oleh tindakan-tindakan masa kini. Mereka menyadari dan menghayati adanya kesinambungan perkembangan kepribadian anak sepanjang hidupnya.

Pola pengasuhan pemanja atau Permisif merupakan kebalikan dari pola pengasuhan otoriter. Segala sesuatu justru berpusat pada kepentingan anak. Orangtua tidak mengendalikan perilaku sesuai dengan kebutuhan perkembangan kepribadian anak. Orangtua atau pengasuhan yang tidak pernah menegur atau tidak berani menegur perilaku anak meskipun perilaku anak tersebut sudah keterlaluan atau diluar batas kewajaran. Dalam kondisi yang demikian terkadang terkesan jangan sampai mengecewakan anak atau yang penting jangan sampai anak menangis. Meskipun anak-anak dengan pola pengasuhan ini cenderung lebih energik dan responsif dari dibandingkan anak-anak dengan pola pengasuhan otoriter, namun mereka tampak matang secara sosial (manja), implusif, mementingkan diri sendiri dan kurang percaya diri (cengeng). Bahkan sampai dewasa, ketika mereka harus hidup dengan pasangannya bahkan menikah, kebiasaan-kebiasaan kemanjaan tersebut sulit dihapuskan, lalu mereka menuntut pasangannya atau setiap orang yang ada dilingkungan primernya untuk memperlakukan dirinya seperti orangtua atau pengasuhannya yang dulu melayani dan memanjakannya. Namun orangtua tipe pola pengasuhan seperti ini biasanya bersifat hangat, sehingga sering kali disukai oleh anak.

Sedangkan pola asuh otoriter merupakan pola asuh kebanyakan diterapkan oleh orangtua yang berasal dari pola pengasuhan otoriter pula dimasa kanak-kanaknya atau oleh orangtua yang menolak kehadiran anaknya. Pengasuhan Autoritarian atau pola asuh otoriter adalah gaya yang membatasi dan bersifat menghukum yang mendesak remaja untuk mengikuti petunjuk orangtua dan untuk menghormati pekerjaan serta usaha. Orang tua yang bersifat Autoritarian membuat batasan dan kendali yang tegas terhadap remaja dan hanya sedikit melakukan komunikasi verbal. Pengasuhan Autoritarian cenderung tidak memikirkan apa yang akan terjadi dimasa depan, selalu menetapkan standart yang mutlak yang ditentukan secara sepihak dan harus di turuti, biasanya di ikuti dengan ancaman-ancaman. Misalnya kalau tidak makan, maka tidak akan di ajak bicara. Orangtua tipe ini cenderung memaksa, memerintah, menghukum, tidak mengenal kompromi dan dalam komunikasi biasanya bersifat satu arah. Sebagai contoh, seorang orangtua Autoritarian bisa berkata " Kamu harus melakukan apa yang saya katakan, tidak ada tawar-menawar!"

Menurut Edwards (2006), adapun faktor yang mempengaruhi pola asuh anak adalah pendidikan orang tua, lingkungan, dan budaya.Pendidikan dan pengalaman orang tua dalam perawatan anak akan mempengaruhi persiapan mereka menjalankan pengasuhan. Pendidikan diartikan sebagai pengaruh lingkungan atas individu untuk menghasilkan perubahan-perubahan yang tetap atau permanen di dalam kebiasaan tingkah laku, pikiran dan sikap. Orang tua yang sudah mempunyai pengalaman sebelumnya dalam mengasuh anak akan lebih siap menjalankan peran asuh, selain itu orang tua akan lebih mampu mengamati tanda-tanda pertumbuhan dan perkembangan yang normal (Supartini, 2004). Lingkungan banyak mempengaruhi perkembangan anak, maka tidak mustahil jika lingkungan juga ikut serta mewarnai pola-pola pengasuhan yang diberikan orang tua terhadap anaknya. Sering kali orang tua mengikuti cara-cara yang dilakukan oleh masyarakat dalam mengasuh anak, kebiasaan-kebiasaan masyarakat disekitarnya dalam mengasuh anak. Karena pola-pola tersebut dianggap berhasil dalam mendidik anak kearah kematangan. Orang tua mengharapkan kelak anaknya dapat diterima dimasyarakat dengan baik, oleh karena itu kebudayaan atau kebiasaan masyarakat dalam

mengasuh anak juga mempengaruhi setiap orang tua dalam memberikan pola asuh terhadap anaknya (Anwar, 2008).

Usia prasekolah adalah usia dini dimana anak sebelum menginjak masa sekolah. Masa ini disebut juga masa kanak-kanak awal, terbentang usia 3-6 tahun (Gunarsa, 2007). Pada masa ini anak mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang ditandai dengan perkembangan aktivitas jasmani, meningkatnya keterampilan dan proses berpikir (Soetjiningsih, 2007). Perkembangan proses berpikir ditandai dengan munculnya kreativitas anak. kreativitas merupakan dimensi kemampuan anak dalam mengembangkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni. Dimensi ini merupakan sebuah proses yang mampu melahirkan gagasan, pemikiran, konsep dan atau langkah-langkah baru pada diri seseorang (Mutiah, 2010).

Kreativitas tersebut juga dipengaruhi oleh usia, tingkat pendidikan orang tua, pola asuh orang tua, ketersediaan fasilitas, dan penggunaan waktu luang (Asrori, 2007). Selama tahun-tahun prasekolah, hubungan dengan orang tua atau pengasuhnya merupakan dasar bagi perkembangan emosional dan sosial anak. (Desmita, 2007).

Pola asuh merupakan pola interaksi antara orang tua dan anak, yaitu bagaimana cara sikap atau perilaku orang tua saat berinteraksi dengan anak, termasuk cara penerapan aturan,mengajarkan nilai atau norma, memberikan perhatian dan kasih sayang serta menunjukkan sikap dan perilaku baik sehingga dijadikan panutan bagi anaknya (Suparyanto, 2010). Pola asuh orang tua ada tiga, yaitu otoriter, autoritatif, dan permisif. pola asuh otoriter adalah gaya asuh yang menuntut anak mengikuti perintah orang tua, tegas, dan tidak memberi peluang anak untuk mengemukakan pendapat. Pola asuh autoritatif adalah gaya asuh yang memperlihatkan pengawasan ketat pada tingkah laku anak, tetapi juga responsif, menghargai pemikiran, perasaan, dan mengikutsertakan anak dalam pengambilan keputusan. Pola asuh permisif adalah gaya asuh yang mendidik anak secara bebas, anak dianggap sebagai orang dewasa, diberi kelonggaran untuk melakukan hal yang dikehendaki (Papalia, 2008).

Orangtua harus menjadi guru dan pembimbing yang penuh kasih sayang bagi anak-anak mereka. Menciptakan suasana masa prasekolah yang menyenangkan bagi anak tampaknya dapat mendorong anak untuk menjadi orang yang suka belajar sepanjang hidupnya (Fathi, 2006). Menurut Doheny (1982, dalam Mubarak, 2009) . Pihak sekolah juga memberikan materi pembelajaran dengan metode *problem solving,* yang merangsang anak untuk mencari jawabannya berdasarkan kreativitas berpikir mereka.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini termasuk deskriptif korelasi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan *cross sectional*. (Nursalam, 2008). Populasi sasaran adalah semua anak pra sekolah dan orang tuanya di TK Nurul ilmi Semarang sebanyak 52 orang. Sampel dalam penelitian ini adalah semua anak pra sekolah dan orang tuanya Teknik sampling Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data total sampling. (Sugiyono, 2009). Agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasinya, maka

sebelum dilakukan pengambilan sampel perlu ditentukan kriteria inklusi, maupun kriteria eksklusi.

HASIL PENELITIAN

Analisa univariat Gambaran pola asuh orang tua anak pra sekolah di TK Nurul Ilmi Semarang menghasilkan pola asuh otoriter yaitu sebanyak 22 responden (42,3 %) dan sebagian kecil responden mempunyai pola asuh demokratis yaitu sebanyak 13 responden (25,0 %) sedangkan hasil gambaran kreativitas anak pra sekolah di TK Nurul Ilmi Semarang sebagian besar responden mempunyai kreativitas dalam tidak aktif yaitu sebanyak 32 responden (61,5 %) dan sebagian kecil responden mempunyai kreativitas dalam kategori kreatif yaitu sebanyak 20 responden (38,5 %).

Analisa bivariat hubungan pola asuh orang tua dengan kreativitas anak pra sekolah di TK Nurul Ilmi Semarang berdasarkan hasil uji statistik menggunakan chi square dengan taraf signifikansi 5 % (0,05) didapatkan p value sebesar 0,954 .Hasil responden dengan pola asuh orang tua dalam kategori demokratis sebagian besar yaitu sebanyak 8 responden (61,5 %) mempunyai tingkat kreativitas dalam kategori tidak kreatif dan responden dengan pola asuh otoriter sebagian besar mempunyai tingkat kreativitas dalam kategori tidak kreatif yaitu sebanyak 14 responden (63,6 %) dan responden dengan pola asuh permisif yaitu sebanyak 10 (58,8 %) responden mempunyai tingkat kreativitas dalam kategori tidak kreatif. Dari. Apabila p value/ signifikansi di bawah 0,05 maka hipotesis Ho diterima dan Ha ditolak). Nilai p tersebut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan pola asuh orang tua dengan kreativitas anak pra sekolah di TK Nurul Ilmi Semarang.

PEMBAHASAN

Hasil analisa univariat gambaran pola asuh orang tua anak pra sekolah banyaknya responden mempunyai pola asuh otoriter yaitu sebanyak 22 responden (42,3 %). Perilaku otoriter pada orang tua tersebut dapat dilihat dari hasil jawaban responden terhadap kuesioner yang diberikan oleh peneliti yang sebagian besar responden menyatakan bahwa mereka sering menghukum anak jika tidak mengikuti petunjuk tua (30,8%) dan membatasi kepada anak dalam memilih jenis permainan (57,7 %), dalam memberikan perintah tidak pernah memberikan petunjuk (30,8%) serta tidak pernah memberikan kebebasan kepada anaknya dalam bergaul (38,5%). Hal tersebut dilakukan orang tua karena mereka ingin mendidik anak agar disiplin dan selalu menurut serta taat kepada orangtuanya, akan tetapi perilaku yang berlebihan tersebut dapat mempengaruhi tingkat emosi anak dan kreativitas anak. Pola asuh yang otoriter sangat tidak dianjurkan bagi orangtua walaupun hal tersebut mempunyai tujuan yang baik bagi anak akan tetapi dengan pola asuh yang terlalu mengekang/otoriter akan menyebabkan terganggunya perkembangan emosi anak. Mereka tidak menyadari bahwa dikemudian hari nanti anak-anak dengan pola pengasuhan otoriter mungkin akan menimbulkan masalah yang lebih rumit, memusingkan dan terkadang menyedot energi yang luar biasa besarnya. Meskipun anak-anak dengan pola pengasuhan otoriter ini memiliki kompetensi dan tanggung jawab yang cukup, namun kebanyakan cenderung menarik diri secara sosial, kurang spontan dan tampak kurang percaya diri. Kebanyakan anak-anak dari pola pengasuhan otoriter melakukan tugasnya karena takut akan mendapatkan hukuman.

Dalam kondisi yang ekstrim ini, anak laki-laki dengan pola pengasuhan otoriter sangat mungkin memiliki resiko berperilaku antisosial, agresif, impuls dan perilaku maladaptif lainnya, Dalam menerapkan peraturan itu orang tua tidak menjelaskan pada anaknya harus patuh terhadap peraturan itu (Hurlock, 2005). Anak yang besar dengan pola asuh seperti ini biasanya tidak bahagia, paranoid/selalu berada dalam ketakutan, mudah sedih dan tertekan, senang berada di luar rumah, benci orangtua, dan lain-lain. Namun di balik itu biasanya anak hasil didikan orang tua otoriter lebih bisa mandiri, bisa menjadi orang sesuai keinginan orang tua, lebih disiplin dan lebih bertanggungjawab dalam menjalani hidup (Godam, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan data bahwa sebagian kecil responden mempunyai pola asuh demokratis yaitu sebanyak 13 responden (25,0 %). Pola asuh demokratis adalah pola asuh yang memprioritaskan kepentingan anak, akan tetapi tidak ragu-ragu mengendalikan mereka. Orangtua dengan pola asuh ini bersikap rasional, selalu mendasari tindakannya pada rasio atau pemikiran-pemikiran. Orangtua tipe ini juga bersikap realistis terhadap kemampuan anak, tidak berharap yang berlebihan yang melampaui kemampuan anak. Orangtua tipe ini juga memberikan kebebasan kepada anak untuk memilih dan melakukan suatu tindakan, dan pendekatannya kepada anak bersifat hangat (Godam, 2008). Pola asuh demokratis yang dilakukan responden pada penelitian ini dapat dilihat dari hasil jawaban responden yang menyatakan bahwa mereka selalu memberikan kebebasan bergaul pada anak disertai dengan pengawasan yang ketat. Selain itu responden juga selalu memberikan kesempatan pada anak untuk berpendapat dalam pengambilan keputusan dan selalu menegur anak bila anak berperilaku buruk. Hal tersebut menunjukkan pola asuh demokratis yang dilakukan oleh sebagian kecil responden. Menurut Hurlock (1998), pola asuhan demokratik ditandai dengan ciri-ciri bahwa anak-anak diberi kesempatan untuk mandiri dan mengembangkan kontrol internalnya, anak diakui keberadaannya oleh orangtua, anak dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Pola asuh ini lebih memprioritaskan kepentingan anak dibandingkan dengan kepentingan dirinya sendiri tetapi mereka tidak segan-segan mengendalikan anak. Berani menegur anak bila anak berperilaku buruk. Mereka mengerahkan perilaku anak sesuai dengan kebutuhan anak agar memiliki sikap, pengetahuan, dan keterampilan-keterampilan yang akan mendasari anak untuk membentuk kepribadian dan kehidupan di masa yang mendatang. Komunikasi verbal timbal balik bisa berlangsung dengan bebas, dan orangtua bersikap hangat dan bersifat membesarkan hati anak.Dengan demikian dapat dikatakan bahwa anak-anak dengan tipe pola asuh autoritatif ini cenderung lebih mandiri, tegas terhadap diri sendiri, memiliki kemampuan instropeksi dan mengendalikan diri, mudah bekerjasama dengan orang lain secara sinergik serta ramah terhadap orang lain yang menyebabkan mereka mudah bergaul dengan teman-teman sebayanya maupun dengan orang-orang yang lebih dewasa.

Gambaran kreativitas anak pra sekolah di TK Nurul Ilmi didapatkan bahwa sbanyak responden mempunyai kreativitas dalam kategori tidak aktif yaitu sebanyak 32 responden (61,5 %). Kreativitas yang dalam kategori tidak aktif pada sebagian besar responden anak pra sekolah di TK Lestari tersebut dapat dilihat dari hasil observasi dan kuesioner yang diberikan kepada orang tua anak. Berdasarkan hasil penelitian tersebut diketahui bahwa sebagian besar anak kurang tertarik dengan hal yang baru dikenal (55,8 %) dan ragu untuk mencoba hal yang baru (44,7 %). Selain itu saat dilakukan observasi dengan diberikan mainan pada anak diketahui bahwa sebagian besar anak tidak berani

memodifikasi berbagai mainan yang diberikan dan hanya menyelesaikan sebagian permainannya serta hanya membuat mainan sesuai yang diajarkan tanpa berani untuk membentuk atau memodifikasi ke bentuk mainan lainnya. Beberapa hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar anak tidak berani melakukan hal-hal baru dan hanya melakukan hal-hal yang sudah ada dan sudah diketahui sebelumnya tanpa berani melakukan hal yang baru. Hal tersebut menunjukkan tingkat kreativitas anak yang rendah atau dalam kategori tidak kreatif. Kreativitas atau berpikir kreatif diartikan sebagai kemampuan untuk melihat bermacam-macam kemungkinan penyelesaian terhadap suatu masalah. Ciri-ciri dari kreativitas adalah kelancaran, fleksibilitas, orisinalitas, elaborasi atau perincian. Ciri-ciri ini merupakan ciri kreativitas yang berhubungan dengan kemampuan berpikir seseorang dengan kemampuan berpikir kreatif. Semakin kreatif seseorang, ciri-ciri tersebut semakin dimiliki (Muhammad, 2010).

Hasil Analisa Bivariat pada hubungan pola asuh orang tua dengan kreativitas anak pra sekolah di TK Nurul Ilmi Semarang didapatkan dari hasil uji statistik menggunakan chi square dengan taraf signifikansi 5 % (0,05) didapatkan p value sebesar 0,954. (Apabila p value/ signifikansi di bawah 0,05 maka hipotesis Ho diterima dan Ha ditolak). Nilai p tersebut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan pola asuh orang tua dengan kreativitas anak pra sekolah di TK Nurul ilmi Semarang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan pola asuh orang tua dalam kategori demokratis sebagian besar yaitu sebanyak 8 responden (61,5 %) mempunyai tingkat kreativitas dalam kategori tidak kreatif dan responden dengan pola asuh otoriter sebagian besar mempunyai tingkat kreativitas dalam kategori tidak kreatif yaitu sebanyak 14 responden (63,6 %) dan responden dengan pola asuh permisif yaitu sebanyak 10 (58,8 %) responden mempunyai tingkat kreativitas dalam kategori tidak kreatif. Hal tersebut menunjukkan bahwa banyak faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kreativitas anak selain pola asuh orang tua misalnya bakat/minat anak, faktor lingkungan tempat tinggal anak baik dirumah maupun dalam lingkungan pergaulan anak tersebut dan faktor kebebasan berkreasi bagi anak.Menurut Hurlock (2005), menyebutkan beberapa kondisi yang meningkatkan kreativitas yaitu waktu, kesempatan menyendiri, dorongan, sarana, lingkungan yang merangsang, hubungan orang tua –anak yang tidak posesif, cara mendidik anak dan kesempatan untuk memperoleh pengetahuan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden dengan pola asuh orang tua dalam kategori demokratis sebagian besar yaitu sebanyak 8 responden (61,5 %) mempunyai tingkat kreativitas dalam kategori tidak kreatif. Hal tersebut dapat dilihat dari hasil penelitian dan observasi secara sekilas terhadap kemampuan kreativitas anak dengan cara memberikan beberapa mainan kepada anak dalam penelitian ini. Dari hasil jawaban responden yang menunjukkan bahwa mereka melakukan pola asuh demokratis didapatkan hasil penelitian bahwa saat anak diberikan beberapa mainan mereka terlihat tidak tertarik dengan hal itu dan tidak ada kreativitas dengan melakukan beberapa variasi permainan dengan cara mengutak-atik permainan tersebut untuk dibentuk sesuai dengan keinginan anak tersebut sehingga anak terlihat monoton hanya melakukan hal-hal yang sudah diajarkan kepada mereka dalam melakukan permainan tersebut. Selain itu berdasarkan hasil kuesioner didapatkan data bahwa anak jarang menanyakan tentang hal-hal baru yang dilihatnya serta tidak mampu berkomunikasi/berinteraksi dengan orang lain. Beberapa hal tersebut menunjukkan bahwa anak yang diasuh dengan pola

asuh demokratis juga terdapat beberapa anak yang tidak kreatif, padahal menurut teori yang ada menyatakan bahwa pola asuh demokratis sangat mendukung dan berpengaruh terhadap kreativitas anak, karena pada dasarnya anak mempunyai bakat/minat yang berbeda yang muncul dari dirinya sendiri, faktor lingkungan tempat tinggal anak baik dirumah maupun dalam lingkungan pergaulan anak tersebut dan faktor kebebasan berkreasi bagi anak. Pola asuh orangtua demokratis dan efikasi-diri secara simultan berlaku sebagai prediktor kreativitas. Variasi tinggi rendahnya kreativitas dapat dijelaskan melalui tinggi rendahnya penerapan pola asuh demokratis dan tinggi rendahnya efikasi-diri. Pola asuh orangtua demokratis menjadi prediktor kreativitas anak. Temuan penelitian mendukung teori Suharnan (2011) dan Roger (dalam Munandar, 1999), lingkungan demokratis berperan besar mewujudkan proses kreatif. Udwin dan Shmuker (dalam Suharnan, 2011), pola interaksi yang tidak otoriter, sedikit campur tangan orangtua, tidak menuntut anak, dan memberikan keleluasaan anak bermain sesuai dengan keinginannya dapat menumbuhkan perilaku yang mengarah pada kreativitas.

Hal tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dengan hasil penelitian dan temuan peneliti di lahan penelitian yaitu pola asuh orantg tua ternyata tidak berpengaruh terhadap kreativitas anak. Anak yang diasuh dengan pola asuh demokratis pada kenyataannya tetap tidak kreatif seperti pada teori yang ada. Selain juga didapatkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pola asuh otoriter sebagian besar mempunyai tingkat kreativitas dalam kategori tidak kreatif yaitu sebanyak 14 responden (63,6 %) dan responden dengan pola asuh permisif yaitu sebanyak 10 (58,8 %) responden mempunyai tingkat kreativitas dalam kategori tidak kreatif. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa masih banyak faktor lain yang berpengaruh terhadap kreativitas anak seperti pergaulan anak dengan temannya, bakat/minat anak terhadap sesuatu hal dan faktor lainnya. Kreativitas tidak datang dengan sendirinya, namun perlu dikembangkan sejak dini (Icai , 2011). Menurut Wong (2009) tidak ada situasi lain yang lebih memberi kesempatan untuk menjadi kreatif selain bermain, anak-anak bereksperimen dan mencoba ide mereka dalam bermain melalui setiap media yang mereka miliki, termasuk bahan-bahan mentah, fantasi dan eksplorasi. Pola asuh anak meliputi interaksi antara orang tua dengan anak dalam pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis. Pola asuh dikategorikan menjadi tiga jenis yaitu pola asuh *authoritarian, authoritative* (demokratis) dan *permissive.* Ciri khas pola asuh otoriter diantaranya kekuasaan orang tua dominan jika tidak boleh dikatakan mutlak. Ciri yang kental dari pola asuh demokratis adalah diskusi antara anak dengan orang tua. Ciri pola asuh permisif adalah orang tua bersikap longgar, tidak terlalu memberi bimbingan dan kontrol (Fathi, 2006). Anak yang diasuh dengan pola asuh demokratis mempunyai peluang untuk mengekspresikan diri, minat dan aktivitasnya sendiri. Lebih-lebih lingkungan juga memberi kesempatan untuk anak meraih pengetahuan dan pengalaman yang diperlukan untuk kreativitas (Akbar dan Hawadi, 2010). Mendidik secara demokratis dan permisif di rumah dan di sekolah akan mengoptimalkan kreativitas. Sebaliknya, model otoriter akan memadamkan kreativitas anak (Aziz, 2009). Karena pola asuh otoriter menerapkan batas-batas yang tegas dan tidak memberi kesempatan kepada anak-anak untuk berbicara (bermusyawarah).

Hal tersebut dapat juga dilihat dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pada pola asuh otoriter sebagian besar responden tidak kreatif yaitu sebanyak 14 responden (63,6 %). Pola asuh yang diterapkan pada anak menyebabkan anak kurang

kreatif dapat dilihat dari hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian anak terlihat malu dan tertutup apabila diajak berkomukasi dan pada saat peneliti mengajak anak untuk bermain terlihat bahwa anak tersebut hanya memandangi permainan yang diberikan oleh peneliti dan hanya melakukan hal-hal yang diperintahkan oleh peneliti tanpa adanya keinginan atau kemauan untuk melakukan hal lainnya. Hal tersebut menunjukkan bahwa anak yang diasuh dengan pola asuh otoriter akan cenderung lebih protektif, tertutup dan mempunyai tingkat kreativitas yang rendah. Menurut Santrock, (2007), mengatakan bahwa pola asuh otoriter adalah pola asuh yang membatasi dan menghukum yang menuntut anak untuk mengikuti perintah-perintah orangtua dan menghormati pekerjaan dan usaha. Menurut beberapa penelitian, didapatkan hasil bahwa pola asuh otoriter orangtua dinilai dapat mematikan kreativitas anak. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Munandar, dimana didapatkan hasil bahwa terlalu banyak ikut campur dari pihak orangtua, misalnya terhadap cara berbicara anak, minat anak terhadap membaca, dalam menentukan peratura di rumah, tidak menghasilkan tingkat yang lebih tinggi pada kreativitas. Kreativitas disini lebih mengarah pada kreativitas verbal (Munandar, 2009). Sikap otoriter orangtua dapat menyebabkan anak menarik diri bila hukuman dirasakan terlalu berat dan terlalu sukar untuk bertingkah laku sebagaimana diperlakukan agar terhindar dari hukuman. Kondisi ini dapat menyebabkan anak menyerah untuk terus belajar menaati aturan-aturan yang berlaku dalam dirinya. Menurut Baldwin (dikutip Gerungan, 2002), seorang anak yang mendapat perlakuan otoriter dari orangtua justru banyak menunjukkan sikap passivitas, ketidak taatan, kurangnya inisiatif, mudah putus asa, dan kurang percaya diri. Dengan larangan dan hukuman yang menjadi karakteristik pola asuh otoriter, orangtua dapat menekan daya kreativitas anak yang sedang berkembang, anak tidak akan berani mencoba dan tidak akan mengembangkan kemampuan untuk melakukan sesuatu karena tidak mendapat kesempatan untuk mencoba. Juga anak akan kehilangan spontanitas dan tidak dapat mencetuskan ide-ide baru serta tidak berani memikul tanggung jawab. Hal ini dikarenakan sejak kecil anak selalu takut dan patuh kepada orangtua. Pola asuh otoriter secara umum tidak menghasilkan hal-hal yang positif, tetapi akan membawa dampak yang negatif. Akibat negatif tidak hanya diperoleh anak, tetapi juga akan dihayati oleh orangtua. Akibat negatif pada anak akan tetap diderita anak sampai ia menjadi dewasa. Karena dalam keluarga dengan pola asuh otoriter, anak merasa dirinya mengalami hambatan-hambatan untuk mengemukakan pendapat-pendapatnya yang diyakini benar, sedangkan orangtua tidak mau menerima alasan atau pendapat anak. Berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa banyak sekali faktor yang berpengaruh terhadap tingkat kreativitas anak sehingga tidak hanya bertumpu pada pola asuh orangtua saja walaupun secara teori pola asuh orang tua sangat berpengaruh terhadap pola pembentukan tingkat kreativitas anak tetapi masih banyak faktor lainnya yang dibuktikan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pola asuh otoriter menyebabkan anak mempunyai tingkat kreativitas dalam kategori tidak kreatif, akan tetapi secara keseluruhan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kreativitas anak.

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian teori tersebut diatas menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan antara teori yang ada dengan hasil penelitian di lapangan. Kesenjangan yang ada tersebut menunjukkan bahwa banyak faktor yang dapat memacu tingkat kreativitas anak selain pola asuh orang tua. Pola asuh orangtua kurang

berpengaruh terhadap perkembangan kreativitas pada anak. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil penelitian Kasiati (2012), yang menunjukkan bahwa hasil analisis menggunakan teknik one way anova, diperoleh hasil bahwa F sebesar 1,422 dengan taraf signifikansi 0,180 jadi p > 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pola asuh terhadap kreativitas anak. Berdasarkan perhitungan mean kreativitas, menunjukkan bahwa pola asuh permisif menghasilkan kreativitas yang lebih tinggi yaitu sebesar 109,5 dibandingkan dengan pola asuh demokratif sebesar 104,4 dan otoriter sebesar 102,6. Dengan demikian kreativitas siswa dengan pola asuh permisif lebih tinggi dibandingkan dengan pola asuh yang lain. Banyak faktor yang mempengaruhi kreativitas, diantaranya faktor waktu, kesempatan menyendiri, dorongan, sarana, , hubungan, pola asuh yang tidak posesif, cara mendidik anak, jenis kelamin, urutan kelahiran, intelegensia, kesempatan memperoleh pengetahuan dan lingkungan yang merangsang/mendukung proses kreativitas tersebut (Hurlock, 2005). Menurut John Locke dalam Hurlock (2005) menyatakan bahwa faktor lingkungan sangat berpengaruh terhadap tingkat kreativitas anak. Faktor lingkungan ada dua yaitu faktor internal dan eksternal. Contoh dari faktor internal yaitu pengalaman dan pengetahuan yang diperoleh dari lingkungannya. Keterbukaan terhadap pengalaman adalah kemampuan menerima segala sumber informasi dari pengalaman hidupnya sendiri dengan menerima apa adanya. Contoh dari faktor eksternal yang dapat mempengaruhi kreativitas individu adalah lingkungan kebudayaan yang ada. Aspek eksternal yang memungkinkan tumbuh dan berkembangnya kreativitas adalah lingkungan, termasuk lingkungan pergaulan anak. Lingkungan pergaulan anak sangat berpengaruh pada perkembangan anak. Lingkungan pergaulan anak juga merupakan pusat pendidikan yang pertama dan terpenting, karena sejak timbulnya adab kemanusiaan sampai sekarang keluarga selalu berpengaruh besar terhadap perkembangan anak manusia (Amal, 2005). Pada masa ini, mereka cenderung lebih bergaul dan dekat dengan teman sebaya sehingga perkembangan kreativitas mereka juga banyak dipengaruhi oleh teman sebaya daripada orangtua. Hal tersebut sesuai dengan yang diungkapkan oleh Lehman dalam (Hawadi, 2009,) yang berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kreativitas yaitu lingkungan dan kurangnya waktu bebas.

Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kreativitas anak tersebut juga dapat dilihat dari hasi penelitian yang menunjukkan bahwa anak yang menjadi obyek dalam penelitian ini adalah anak dengan latar belakang dari keluarga yang sebagian besar dalam taraf ekonomi menengah kebawah. Faktor ekonomi juga merupakan salah satu faktor penyebab kurangnya kreativitas anak dikarenakan dengan ekonomi yang hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga menjadikan kebutuhan anak kurang tercukupi dalam hal permainan dan berbagai bentuk kebutuhan lainnya. Menurut Hurlock (2005),menyatakan bahwa sarana untuk bermain dan kelak sarana lainnya harus disediakan untuk merangsang dorongan eksperimental dan eksplorasi, yang merupakan unsur penting bagi semua kreativitas. Anak-anak yang berasal dari latar belakang status ekonomi sosial tinggi cenderung lebih kreatif daripada anak-anak yang berasal dari status ekonomi sosial rendah. Lebih penting lagi, lingkungan anak kelompok sosioekonomi yang lebih tinggi memberi lebih banyak kesempatan untuk memperoleh pengetahuan pengalaman yang diperlukan bagi kreativitas. Selain faktor ekonomi, jenis kelamin anak juga sangat berpengaruh dalam kreativitas anak. Menurut Hurlock (2006), menyatakan bahwa anak laki-laki menunjukkan kreativitas yang lebih besar daripada anak perempuan, terutama setelah berlalunya masa kanak-kanak.

Untuk sebagian besar hal ini disebabkan oleh perbedaan perlakuan terhadap anak laki-laki dan anak perempuan. Anak laki-laki diberi kesempatan untuk mandiri, didesak oleh teman sebayanya untuk lebih mengambil resiko, dan didorong oleh para orangtua dan guru untuk lebih menunjukkan inisiatif dan orisinalitas.

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian diatas menunjukkan bahwa banyak sekali faktor yang dapat berpengaruh terhadap tingkat kreativitas anak sehingga hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor pola asuh orang tua tidak berhubungan secara signifikan dengan kreativitas anak karena masih banyak faktor-faktor lainnya untuk dikaji selanjutnya.

Kesimpulan

1. Pola asuh orang tua anak pra sekolah di TK Lestari kabupaten Pati didapatkan pola asuh yang terbanyak adalah pola asuh otoriter yaitu sebanyak 22 responden (42,3 %) dan pola asuh orang tua yang paling sedikit adalah pola asuh demokratis yaitu sebanyak 13 responden (25,0 %)
2. Kreativitas anak pra sekolah di TK Lestari kabupaten Pati paling banyak dalam kategori tidak kreatif yaitu sebanyak 32 responden (61,5 %) dan kreativitas anak paling sedikit dalam kategori kreatif yaitu sebanyak 20 responden (38,5 %)
3. Tidak ada hubungan pola asuh orang tua dengan kreativitas anak pra sekolah di TK Lestari Kabupaten Pati dengan p value = 0,954

DAFTAR PUSTAKA

Hurlock. 2007. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan edisikelima*. Jakarta : Erlangga.

Muhammad, 2010. *Psikologi Remaja Dan Perke bangan Peserta Didik*. Jakarta : PT, Bumi Aksara.

Munandar, 2012. *Kreativitas dan keberbakatan, strategi mewujudkan. potensi kreatif dan bakat.* Jakarta : Gramedia Pustaka Utama

Mutiah, 2012. *Psikologi bermain anak usia dini*. Jakarta : Kencana

Patmonodewo, 2003. *Pendidikan anak prasekolah*. Jakarta: Rineka Cipta

Rimm, 2003. *Mendidik dan menerapkan disiplin pada anak prasekolah: pola asuh anak masa kini*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama http://books.google.co.id/books/about/Mendidik_dan_menerapkan_disiplin_pada_an.html?id=1pcvm0oA-GMC&redir_esc=y

Santrock, 2007. *Psikologi Pendidikan Edisi Kedua*. Jakarta : Prenada Media Group.

Susanto, 2012. *Perkembangan anak usia dini*. Jakarta: Kencana Prenada

Wahyuning, 2003. *Mengkomunikasikan Moral kepada anak.* Jakarta : PT Media Elex Komputindo. http://books.google.co.id/books?id=9svnkb4TkowC&pg=PA126&dq=pola+asuh+ora

ng+tua&hl=en&sa=X&ei=A0c3VOvDCceUuQS1yoKQDA&redir_esc=y#v=onepage&q=pola%20asuh%20orang%20tua&f=fals

PENGARUH SENAM LANSIA TERHADAP PENURUNAN SKALA INSOMNIA PADA LANSIA DI PSTW PUSPAKARMA MATARAM.

Nurul Risna I *, Baiq Nurainun A, S.Kep,Ns*, Dian Istiana,Ns M.Kep.Sp.Jiwa***

* Mahasiswa STIKES YARSI Mataram

**Departemen Keperawatan Medikal Bedah STIKES Yarsi Mataram

*** Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas Ilmu Keperawatan

Email : baiqnurainun87@gmail.com

Latar Belakang: Usia lanjut adalah suatu kejadian yang pasti akan dialami oleh semua orang yang dikaruniai usia panjang, terjadinya tidak bisa dihindari oleh siapapun. Secara individual pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik biologis, mental maupun sosial ekonomi. Salah satu masalah yang sering dialami oleh orang usia lanjut adalah insomnia. Untuk itu perlu upaya manajemen insomnia untuk mengurangi skala insomnia baik secara farmakologis maupun non farmakologis, salah satunya adalah melakukan senam lansia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh senam lansia terhadap penurunan skala insomnia pada lansia di PSTW Puspakarma Mataram. **Metode**: Penelitian yang digunakan adalah *pre-experimental* dengan rancangan *one group pre test and post test design*. Analisa data dilakukan dengan menggunakan uji *paired t-Test*. **Hasil**: Penelitian menunjukkan bahwa skala insomnia lansia di PSTW Puspakarma Mataram sebelum dilakukan senam sebagian besar mengalami insomnia sedang sebanyak 12 orang (54,5%), skala insomnia lansia di PSTW Puspakarma Mataram sesudah dilakukan senam sebagian besar mengalami insomnia ringan sebanyak 14 orang (63,6%), serta ada pengaruh senam lansia terhadap penurunan skala insomnia pada lansia di PSTW Puspakarma Mataram dengan nilai *significancy* 0,001 ($p<0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa senam lansia berpengaruh terhadap penurunan skala insomnia pada lansia . **Kesimpulan dan Saran**: Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran kepada masyarakat umumnya, bahwa pencegahan insomnia sangatlah penting dalam membantu mengurangi angka kejadian insomnia untuk kesehatan lansia. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti *therapy* latihan fisik lain yang dapat mengatasi masalah penurunan insomnia pada lansia dan membantu mengatasi insomnia yang diderita oleh lansia dan dapat meningkatkan kualitas tidur.

Kata Kunci : Senam Lansia, Insomnia, Lansia

PENDAHULUAN

Program pembangunan nasional yang dijalankan diharapkan mampu menghasilkan kondisi sosial yang semakin baik dan usia harapan hidup semakin tinggi. Keberadaan lanjut usia dipersepsikan secara negatif sebagai beban keluarga dan masyarakat sekitarnya. Kenyataan ini mendorong semakin berkembangnya anggapan bahwa menjadi tua identik dengan semakin banyaknya masalah kesehatan yang dialami.

Menua bukanlah merupakan suatu penyakit tetapi merupakan proses berkungannya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luat tubuh. Proses penuaan yang terus berlangsung akan dapat menyebabkan perubahan dan penurunan berbagai fungsi tubuh termasuk didalamnya perubahan fisi, mental, dan sosial. Hal tersebut akan membuat lansia lebih rentan terhadapmunculnya berbagai penyakit (Azizah, 2011).

Jumlah penduduk lansia Indonesia setiap tahun semakin meningkat, pada tahun 2020 mendatang diperkirakan akan terjadi ledakan penduduk lansia sebesar 28,8 juta jiwa atau sebesar 11.34%. Dari hasil studi pendahuluan didapatkan 74 lansia yang ada di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) "Puspakarama" Mataram sebanyak 24 orang (32,4%) lansia yang mengalami insomnia.

Masalah tidur lansia merupakan masalah yang paling banyak dikeluhkan, direktur Pusat Neurologi mengatakan bahwa lebih dari 50% lansia mempunyai masalah tidur (Henkel, 2003). Pada lansia, kualitas tidur pada malam hari mengalami penurunan menjadi sekitar 70-80% sedikit efektif dari usia dewasa, kelompok usia 70 tahun dijumpai 22% kasus mengeluh mengenai masalah tidur dan 30% dari kelompok tersebut banyak yang terbangun di malam hari. *National Institute of health* menyatakan bahwa gangguan tidur menyerang 50% orang yeng berusia 65 tahun atau lebih yang tinggal di rumah dan 66% orang yang tinggal di fasilitas kesehatan. Prevalensi gangguan tidur pada lansia cukup tinggi yaitu sekitar 67% walaupun demikian hanya satu dari delapan kasus yang menyatakan bahwa gangguan tidur telah didiagnosis. *Establisled Population Epidemiolog Studies of the Elderly* (EPESE) mendapatkan dari 9000 responden, sekitar 29% berusia di atas 65 tahun dengan keluhan gangguan tidur (Anwar, 2010).

Faktor yang mempengaruhi gangguan tidur pada lansia juga variatif. Loukenotte (2000), Wolkove, dkk (2007) dan Crowley (2011) mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi gangguan tidur pada lansia yaitu respon terhadap penyakit, strees, emosi, depressi pengeruh lingkungan dan penggunaan obat-obatan. Salah satu gangguan tidur yang dialami lansia adalah insomnia. Insomnia sedikit banyak memberi dampak pada kualitas tidur, sehingga menyebabkan tidur tidak berkualitas. Akibat yang dapat dirasakan adalah menurunnya kualitas hidup, produktivitas dan keselamatan serta dapat mempengaruhi kualitas kerja

Diperlukan upaya konkrit guna membantu lansia dalam mengatasi gangguan tidurnya. Beberapa usaha umumnya dilakukan lansia antara lain melakukan aktifitas fisik/senam lansia, rendam kaki dengan air hangat, minuman hangat, membaca buku dan kitab suci (Jesica, 2009).

Olah raga fisik terbukti memperbaiki kualitas tidur pada lanjut usia. Dengan berolah raga, diharapkan dapat tidur lebih cepat, lebih jarang terbangun dan tidur lebih

lama. Salah satu jenis olahraga yang bisa dilakukan pada lansia yaitu senam bugar lansia/senam lansia. Aktivitas olahraga akan membantu tubuh tetap bugar dan segar karena melatih tulang tetap kuat, mendorong jantung tetap optimal, dan membantu menghilangkan radikal bebas yang berkeliaran di dalam tubuh. Senam lansia disamping memiliki dampak positif terhadap peningkatan fungsi organ tubuh juga berpengaruh dalam meningkatkan imunitas dalam tubuh manusia setelah latihan teratur.

Berdasarkan fenomena tersebut didapatkan pertanyaan penelitian "Bagaimana Pengaruh Senam Lansia Terhadap Penurunan Skala Insomnia di PSTW (Panti Sosial Tresna Werdha) Mataram". Dengan tujuan umum penelitan untuk mengetahui pengaruh senam lansia terhadap penurunan skala insomnia di PSTW (Panti Sosial Tresna Werdha) Mataram.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *pre experimental* dengan rancangan *one group pretest and post test design*. Penelitian ini hanya menggunakan satu kelompok subyek, pengukuran variabel penelitian dilakukan sebelum dan setelah intervensi. Pengaruh intervensi dapat dilihat dari perbedaan hasil pengukuran (Saryono, 2011). Penelitian yang dilakukan, meneliti berapa besar pengaruh intervensi senam terhadap skala insomnia, dengan membandingkan skala insomnia sebelum dan setelah dilakukan intervensi pada pasien dengan insomnia. Penelitian ini berlokasi di PSTW Puspakarama Mataram dan populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami insomnia di PSTW Puspakarama Mataram, sebanyak 22 Orang, Tehnik pengambilan sampling dalam penelitian ini adalah *total populasi.* Data penelitian yang dikumpulkan pada responden terdiri dari 2 bagian, yang pertama data responden yang meliputi usia, pendidikan, jenis kelamin. Sedangkan pada bagian kedua data penelitian akan mencatat perkembangan insomnia sebelum dan sesudah dilakukan penatalaksanaan insomnia.

Alat ukur yang akan digunakan untuk mengukur (insomnia) dari subyek adalah menggunakan KSPBJ-IRS (Kelompok Studi Psikiatri Bilogik Jakarta-Insomnia *Rating Scale*). Alat ukur ini mengukur masalah insomnia secara terperinci, misalnya masalah gangguan masuk tidur, lamanya tidur, kualitas tidur, serta kualitas setelah bangun.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Responden

Distribusi responden berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel. A.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur Di Panti Sosial Tresna Werdha "Puspakarma" Mataram Tahun 2014

No	Umur responden	Jumlah	%
1	<59 tahun	3	13,6
2	60-79 tahun /*eldery*	11	50,0
3	>80 tahun/*old*	8	36,4
Total		22	100

Data sekunder : data PSTW "Puspakarma" Mataram

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa responden sebagian besar berusia 60-79 tahun yaitu sebanyak 11 responden (50,0 %). Hasil penelitian membuktikan bahwa responden yang mengalami insomnia lebih banyak pada kategori *Elderly* dibandingkan *old*. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 11 orang (50,0 %) Berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar responden tidak sekolah yaitu sebanyak 16 orang (72,7 %).

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Luce dan Segal (1970) yang mengatakan bahwa keluhan terhadap gangguan tidur akan meningkat seiirng dengan bertambahnya usia karea faktor usia merupakan faktor terpenting yang berpengaruh terhadap kualitas tidur, efisiensi tidur (jumlah waktu tidur berbanding dengan waktu berbaring di tempat tidur) semakin berkurang . Setiabudi (2008) juga mengatakan proses patologis pada lansia merupakan salah satu faktor penyebab perubahan pola tidur. Hal ini didukung juga oleh pendapat marcell at,all (2004) bahwa pola tidur bangun berubah sepanjang kehidupan seseorang sesuai dengan bertambahnya usia.

B. Derajat Insomnia Responden

1. Tingkat Insomnia Pada Lansia Sebelum Dilakukan Senam Lansia

Hasil pengukuran skala insomnia sebelum dilakukan senam menujukkan bahwa tingkat insomnia sebelum perlakuan adalah insomnia sedang sebanyak 12 orang (54,5 %), insomnia berat sebanyak 5 orang (22,7 %) dan insomnia ringan sebanyak 5 orang (22,7 %)

Berdasarkan data di atas dapat dinyatakan bahwa skala insomnia yang dialami lansia sebelum dilakukan senam ini adalah rata-rata mengalami insomnia sedang.

Insomnia adalah suatu penyakit. Insomnia adalah suatu keadaan ketika seseorang mengalami kesulitan untuk tidur atau tidak dapat tidur dengan nyenyak. Orang usia lanjut khususnya mengalami insomnia, dengan prevalensi diperkirakan antara 13% hingga 47%. Tiga tahun studi longitudinal oleh *National Institute on Aging's Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE*) menunjukkan bahwa 42% dari komunitas yang lanjut usia yang berpartisipasi dalam survei mengalami kesulitan memulai dan mempertahankan tidur. Kesulitan tidur lebih sering di kalangan orang usia lanjut dengan cacat pada fisik, depresi, gejala pernapasan dan mereka yang sedang mendapatkan pengobatan anticemas dan barbiturat.

Senam sebagai suatu latihan tubuh yang dipilih dan dikonstruksikan dengan sengaja, dilakukan secara sadar dan terancang, disusun secara sistematis dengan tujuan meningkatkan kesegaran jasmani, dan menanamkan nili-nilai mental spiritual. Menariknya olahraga senam ini dikarenakan gerakan yang dilakukan diiringi dengan musik, membawa keceriaan dalam melakukan gerakan, sehingga senam dapat dijadikan sarana untuk melepas kelelahan baik fisik maupun psikis selain untuk meningkatkan kondisi fisik.

2. Tingkat Insomnia Pada Lansia Sesudah Dilakukan Senam Lansia

Hasil dari wawancara kedua untuk tingkat insomnia sesudah diberikan senam insomnia pada lansia bahwa insomnia yang dialami mulai berkurang dari sebelum diberikan senam lansia. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat penurunan insomnia dari sebelum pelaksanaan senam lansia yaitu dengan insomnia sedang sebanyak 8 orang (36,4 %) dan insomnia ringan sebanyak 14 orang (63,6%).

Foley *et all* memperkirakan insiden dan tingkat remisi untuk insomnia adalah lebih dari 6000 peserta dari survei asalnya. Antara 4956 peserta yang tidak memiliki gejala insomnia pada awal, hampir 15% melaporkan gejala pada kontrol 3 tahun berikutnya, mengusulkan kejadian tahunan adalah 5 %. Dalam studi yang sama, sekitar 15% peserta, mengalami pengurangan gejala insomnia setiap tahunnya.

Olahraga dengan teratur seperti senam lansia dapat mencegah atau memperlambat kehilangan fungsional organ. Bahkan dari berbagai penelitian menunjukan bahwa latihan atau olahraga seperti senam lansia dapat mengurangi berbagai resiko penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit arteri koroner dan kecelakaan semua senam dan aktifitas olahraga ringan sangat bermanfaat untuk menghambat proses degenerative. Senam ini sangat dianjurkan untuk mereka yang memasuki usia pralansia (45 tahun) dan usia lansia (65 tahun ke atas)

Dengan mengikuti senam lansia efek minimalnya adalah lansia merasa berbahagia, senantiasa bergembira, bisa tidur lebih nyenyak, pikiran tetap segar. Terlebih karena senam lansia sering dilakukan secara berkelompok sehingga memberikan perasaan nyaman dan aman, bersama sesama manusia lanjut usia lainnya dalam menjalani aktifitas hidup (Setiawan, 2012).

3. Pengaruh Senam Lansia Terhadap Penurunan Skala Insomnia Di PSTW Puspakarma Mataram

Tabel B.3.1 Analisis Pengaruh Senam Lansia Terhadap Penurunan Skala Insomni di PSTW ”Puspakarma” Mataram

No	Variabel	*mean*	*SD*	*T hitung*	*p-value*
1.	Skala insomnia sebelum senam	2,00	0,690	4,107	*0,001*
2.	Skala insomnia setelah senam	1,36	0,492		

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa rata-rata skala insomnia sebelum diberikan senam adalah 2,00 dengan standar deviasi 0,690 sedangkan rata-rata skala insomnia setelah diberikan senam adalah 1,36 dengan standar deviasi 0,492. Nilai mean menunjukkan adanya penurunan antara skala insomnia pre dan post adalah 0,636. Hasil uji staistik paired *t-Test* diperoleh nilai *significancy* 0,001 ($p<0,05$) dan niai $t = 4,107$. Nilai t hitung lebih besar dari pada nilai t tabel yaitu t hitung = 4,107 > t tabel = 0,404 hal ini menunjukkan bahwa Ha diterima, dengan demikian maka Ho ditolak dan Ha diterima yang berarti ada

pengaruh tehnik senam pada penurunan skala insomnia pada lansia di PSTW Puspakarma Mataram.

Senam lansia dapat menjadi program kegiatan olahraga rutin yang dapat dilakukan di posyandu lansia atau di rumah dalam lingkungan masyarakat. Senam lansia dilakukan dengan senang hati untuk memperoleh hasil latihan yang lebih baik yaitu kebugaran tubuh dan kebugaran mental seperti lansia merasa berbahagia, senantiasa bergembira, bisa tidur lebih nyenyak, pikiran tetap segar. Senam lansia akan membantu tubuh bugar dan segar karena melatih tulang tetap kuat, mendorong jantung bekerja optimal, atau dengan perkataan lain mempunyai kesegaran jasmani yang baik bila jantung dan peredaran darah baik sehingga tubuh seluruhnya dapat menjalankan fungsinya dalam waktu yang cukup lama.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Taat Sumedi (2013) dengan judul "Pengaruh Senam Lansia Terhadap Penurunan Skala Insomnia Pada Lansia" didapatkan terjadi penurunan derajat insomnia setelah diberi perlakuan senam pada 5 responden dengan derajat insomnia sedang menurun menjadi 3 responden, 2 responden yang mengalami derajat insomnia berat menurun menjadi derajat insomnia sedang. Sedangkan 9 responden lainya yang mengalami derajat insomnia ringan sudah tidak mengalami gangguan insomnia lagi. Tiga responden mengalami angka penurunan derajat insomnia yang bagus dari derajat insomnia sedang hingga responden tidak mengalami gangguan insomnia, hal ini dikarenakan responden lebih rutin melaksanakan olahraga setiap hari dari yang dijadwalkan yaitu jalan kaki mengelilingi panti.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan maka peneliti dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Skala insomnia pada lansia di PSTW Puspakarma Mataram sebelum di lakukan senam sebagian besar mengalami insomnia sedang.
2. Skala insomnia pada lansia di PSTW Puspakarma Mataram sesudah di lakukan senam sebagian besar mengalami insomnia sedang.
3. Ada pengaruh senam lansia terhadap penurunan skala insomnia pada lansia di PSTW Puspakarma Mataram.

SARAN

Mengingat senam lansia dapat menurunkan skala insomnia jika dilakukan secara berkelanjutan dan bahkan diintensifkan terus menerus. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti terapi latihan fisik lain yang dapat mengatasi masalah penurunan insomnia pada lansia dan membantu mengatasi insomnia yang diderita oleh lansia dan dapat meningkatkan kualitas tidur.

DAFTAR PUSTAKA

Amirta. Y.,(2009), *Tidur bermutu rahasia hidup berkualitas*.: Purwokerto Utara Keluarga Dokter

Anwar, Zainul (2010). *Penanganan Gangguan Tidur Pada Lansia*. Fakultas Psikologi Universitas Muhamadiyah Malang. Diperoleh tanggal 30 November 2013.

Azizah, M. Lilik (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta. Graha Ilmu

Depsos. (2007). Penduduk Lanjut Usia di Indonesia dan Masalah Kesejahteraannya. http://www.depsos.go.id diakses pada tanggal 21 November 2013

Erliana, E. (2008). Perbedaan Tingkat Insomnia Lansia Sebelum Dan Sesudah Latihan Relaksasi Otot Progresif Di BPSTW Ciparay Bandung. . melalui http://.pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/pdf diakses tanggal 20 September 2013

Fina Yuli Wijayanti (2012). Perbedaan Tingkat Insomnia Pada Lansia Sebelum Dan Sesudah Pemberian Terapi Musik Keroncong Di Pelayanan Sosial Lanjut Usia Tulungagung. http://old.fk.ub.ac.id/artikel/id/filedownload/.pdf diakses pada tanggal 21 November 2013

Ghaddafi, M. (2010). Tatalaksana Insomnia Dengan Farmakalogi Atau Non Farmakologi. *Jurnal Medika Udayana* . Vol.7 No. 1. (1-19)

Hidayat, A. (2009). *Metode penelitian keperawatan dan analisis data*. Jakarta: Salemba Medika

Hindri, Made. (2013). Management Insomnia in Elderly, *Jurnal Medika Udayana,* Vol 2 No.4 (736-750)

Jesica, B. (2009). *Pentingnya Tidur Berkualitas Bagi Kesehatan*. Sagung seto. Jakarta

Marcel, A *at all*., (2004), *Gangguan tidur pada usia lanjut*, Available From URL http://www.perdossi.or.id. Diakses Pada Tanggal 10 Agustus 2013

Maryam, Siti. R. Dkk. (2008). *Mengenal usia lanjut dan perawatannya.* Salemba Medika: Jakarta.

Muryani, Anita, Dkk. (2011). *Konsep dasar asuhan keperawatan dan komunitas (Gerontik).* Yogyakarta.Citramaya:

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan.* Rineka Cipta*:* Jakarta.

Nursalam. (2008). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.

Padila. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. *Medical Book*: Jakarta, Numed.

Saryono. (2011). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta.Mitra Cendikia Press.

Setiabudhi, T., (2008). *Gangguan tidur pada usia lanjut*, Cermin Dunia Kedokteran No. 53, Majalah Dunia Kedokteran, PT Temprint : Jakarta

Sumedi, Taat. Dkk. (2010). Pengaruh Senam Lansia Terhadap Penurunan Skala Insomnia Pada Lansia Di Panti Wredha Dewanata Cilacap. *Jurnal Keperawatan Sudirman*, Vol.5 No. 1

Widya. G. (2010). *Mengatasi insomnia*.: Yogyakarta. Kata Hati

PENGELOLAAN NUTRISI PERIOPERATIF: STUDI LITERATUR

Raisa Farida Kafil, S.Kep., Ns[1], Helwiyah Ropi, S.Kp., MCPN [2]

[1]Mahasiswa Pascasarjana Keperawatan Medikal Bedah Universitas Padjadjaran, raisa.farida.kafil@gmail.com
[2]Dosen Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran
[1,2] Gedung Rumah Sakit Pendidikan UNPAD, Jalan Eyckman No.38 Bandung

Abstrak

Latar Belakang: Pembedahan dapat dikategorikan menjadi salah satu stres mayor yang dapat mengakibatkan perubahan metabolik. Walaupun pengelolaan nutrisi perioperatif telah berkembang pesat, namun komplikasi yang diakibatkan selama periode pembedahan terus terjadi yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan, menurunkan kualitas hidup, serta meningkatkan biaya perawatan. Tujuan dari studi literatur ini adalah untuk menarik sebuah kesimpulan berdasarkan temuan penelitian RCT yang membahas tentang pengelolaan nutrisi yang tepat pada periode perioperatif. **Metode Penelitian:** ScienceDirect, EBSCOHost, ProQuest, dan SpringerLink merupakan database yang digunakan dalam review ini. Kata kunci yang digunakan adalah "Perioperative" yang kemudian dikombinasikan dengan kata "Nutrition" atau "Nutrition(s)". Artikel yang didapat kemudian diidentifikasi terkait penggunaan RCT sebagai rancangan penelitiannya. **Hasil:** Penelusuran secara sistematik menghasilkan total 52 artikel. Sebanyak 6 artikel RCT dari database yang telah ditentukan memenuhi kriteria inklusi pemilihan artikel mulai dari tahun 2004 hingga 2014 yang membahas tentang *Standard Enteral Nutrition* (SEN), *Total Parenteral Nutrition* (TPN), dan nutrisi suplemental dengan berbagai substansi imunitas (imunonutrisi). **Kesimpulan:** Penggunaan SEN lebih direkomendasikan pada pasien perioperatif karena diasosiasikan dengan penurunan risiko komplikasi perioperatif, peningkatan respon imun lokal maupun sistemik, dan biaya perawatan yang lebih rendah. Temuan data memaparkan penggunaan TPN tidak memberikan keuntungan lebih dan dikaitkan dengan peningkatan frekuensi komplikasi postoperatif dibandingkan dengan SEN. Imunonutrisi yang diberikan pre dan postoperatif tidak memberikan keuntungan secara keseluruhan terhadap *outcome* klinis pasien yang menjalani pembedahan.

Kata kunci: Perioperatif, Nutrisi, Pengelolaan

PENDAHULUAN

Pembedahan dapat dikategorikan menjadi salah satu stres mayor yang dapat mengakibatkan perubahan metabolik (Abunnaja, Cuviello, & Sanchez, 2013). Pada tatanan global, *World Health Organization* (WHO) (2014) memroyeksikan sekitar 234 juta pembedahan dilaksanakan setiap tahunnya, dimana jumlah tersebut hampir dua kali lipat melebihi angka kelahiran di seluruh dunia.

Periode perioperatif merupakan gambaran keseluruhan pengalaman pembedahan, meliputi preoperasi, intraoperasi, dan postoperasi (Phillips, 2004). Calvache *et al.,* (2014) menyatakan walaupun pengelolaan perioperatif telah berkembang pesat, namun

komplikasi perioperatif terus terjadi yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan, menurunkan kualitas hidup, serta meningkatkan biaya perawatan, salah satunya malnutrisi. Malnutrisi preoperatif merupakan kondisi yang sangat sering terjadi pada pasien yang menjalani pembedahan dan dikaitkan dengan *outcome* klinis yang buruk (Jie *et al.,* 2012).

Apabila malnutrisi perioperatif tidak dapat ditangani dengan baik, maka hal ini dikaitkan dengan beberapa komplikasi seperti penurunan berat badan (33%) dan kematian (20%). Ljungqvist, Dardai, dan Allison (2010) menambahkan, pasien dengan malnutrisi postoperatif cenderung mengalami pemanjangan *length of stay* (LOS), timbulnya komplikasi perioperatif lanjut, serta pemanjangan durasi pemulihan postoperatif.

Pengelolaan nutrisi perioperatif yang adekuat diasumsikan dapat meminimalkan ketidakseimbangan protein akibat kelaparan, yaitu dengan cara memelihara otot, sistem imun, dan fungsi kognitif sehingga dapat meningkatkan pemulihan dan menurunkan kejadian komplikasi perioperatif (Braga *et al.,* 2012). Disisi lain, penelitian sebelumnya menyatakan bahwa nutrisi perioperatif hanya memberikan efek positif pada pasien yang sebelumnya telah teridentifikasi mengalami malnutrisi sebelum pembedahan, namun tidak memberikan pengaruh pada pasien dengan status gizi normal (Malone & Weed, 2009).

Walaupun beberapa hasil penelitian mengenai pengelolaan nutrisi pasien perioperatif diasosiasikan dengan peningkatan *outcome* kesehatan, dibutuhkan lebih banyak penelitian *randomized controlled trial* (RCT) dengan desain penelitian yang baik untuk menentukan pemberian nutrisi yang tepat (Martindale & Maerz, 2006). Penelitian random dengan menggunakan kontrol merupakan *gold standard* untuk menghasilkan penelitian yang efektif. Oleh karena itu, tujuan dari studi literatur ini adalah untuk menarik sebuah kesimpulan berdasarkan temuan penelitian RCT yang membahas tentang pengelolaan nutrisi yang tepat pada periode perioperatif.

METODE PENELITIAN

Tipe Penelitian:

Penelusuran ini dilakukan dengan metode telaah literatur secara online dengan kriteria artikel yang diambil adalah penelitian original dengan desain penelitian RCT.

Strategi Pencarian:

ScienceDirect, EBSCOHost, ProQuest, dan SpringerLink merupakan database yang digunakan dalam review ini. Kata kunci yang digunakan adalah “Perioperative” yang kemudian dikombinasikan dengan kata “Nutrition” atau “Nutrition(s)”. Artikel yang didapat kemudian diidentifikasi terkait penggunaan RCT sebagai rancangan penelitiannya

Kriteria Pemilihan:

Seluruh RCT yang membahas tentang intervensi nutrisi perioperatif yang dibandingkan dengan kelompok kontrol dimasukkan dalam review ini. Artikel akan digunakan apabila sesuai dengan beberapa kriteria inklusi sebagai berikut: 1) Kelompok yang diteliti terdiri atas pasien bedah dengan resiko malnutrisi; 2) Kelompok yang diteliti berusia dewasa (>18 tahun); 3) *Outcome* yang diukur meliputi status nutrisi, status imunitas, dan/atau kejadian komplikasi perioperatif. Apabila dalam satu artikel memuat hanya salah satu *outcome* yang digunakan, penulis tetap mengambil artikel tersebut untuk dimasukkan dalam kriteria inklusi.

HASIL

Penelusuran secara sistematik menghasilkan total 52 artikel. Sebanyak 6 artikel RCT dari database yang telah ditentukan memenuhi kriteria inklusi pemilihan artikel mulai dari tahun 2004 hingga 2014 yang membahas tentang *standard enteral nutrition* (SEN) (Sultan *et al.,* 2012), *total parenteral nutrition* (TPN) (Roth *et al.,* 2013), dan nutrisi suplemental dengan berbagai substansi imunitas (imunonutrisi) (Sakurai *et al.,* 2007; Nagano *et al.,* 2013; Falewee *et al.,* 2014; Sultan *et al.,* 2012; Klek *et al.,* 2011).

Standard Enteral Nutrition (SEN)

Sultan *et al.,* (2012) melibatkan 195 pasien yang dirandomisasi secara merata ke dalam tiga kelompok (IED, 66: SEN, 63; kontrol, 66). Kelompok *Immune Enhancing Diet* (IED) menerima Oxepa (Abbott Nutrition, Maidenhead, UK) sebuah nutrisi cair yang diperkaya dengan O-3FAs (EPA 0,51 g/100 ml, DHA 0,22 g/100 ml) selama 7 hari pre dan postoperatif (1,5 kcal/ml dengan 6,25 gr/100 ml protein tanpa arginin atau glutamin). Kelompok *Standard Enteral Nutrition* (SEN) menerima Ensure Plus (Abbott Nutrition) dan nutrisi enteral (1,5 kcal/ml dengan 6,25/100 ml protein) tanpa imunonutrisi selama 7 hari pre dan postoperatif. Kelompok kontrol tidak menerima dukungan nutrisi perioperatif namun menerima enteral Osmolite (Abbott Nutrition) postoperatif tergantung dari kebutuhan klinis pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada jumlah komplikasi infeksi, proporsi munculnya komplikasi infeksi, penggunaan antibiotik, LOS, serta tingkat mortalitas. Sebesar 50% pasien dari tiap kelompok mengembangkan komplikasi infeksi, dan tidak ada perbedaan waktu munculnya komplikasi pada tiap kelompok. Selain itu, tidak ada perbedaan yang signifikan pada limfosit T terstimulasi yang menggambarkan HLA-DR pada ketiga kelompok (P=0.204) selama periode perioperatif.

Total Parenteral Nutrition (TPN)

Roth *et al.,* (2012) melakukan sebuah studi *prospective, randomised, single-centered* pada 157 pasien dengan sistektomi. Sebanyak 74 pasien diberikan intervensi *Total Parenteral Nutrition* (TPN) selama 5 hari pertama postoperasi, dengan tambahan asupan oral, sedangkan 83 pasien sebagai kontrol menerima nutrisi oral saja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa komplikasi postoperatif terjadi pada 51 pasien (69%) pada kelompok TPN dan 41 pasien (49%) pada kelompok kontrol (p=0.013). Kejadian infeksi lebih tinggi pada kelompok TPN jika dibandingkan dengan kelompok kontrol (32% vs 11%; p=0.001). Serum albumin dan prealbumin secara signifikan lebih rendah pada kelompok kontrol pada 7 hari postoperatif, namun tidak signifikan setelah 12 hari postoperatif. Tidak ada perbedaan masa pemulihan fungsi bowel dan LOS pada kedua kelompok. Penggunaan TPN diasosiasikan dengan biaya perawatan yang lebih tinggi.

Nutrisi suplemental dengan berbagai substansi imunitas (imunonutrisi)

Sebuah studi yang dilakukan Sakurai *et al.,* (2007) yang berjudul *"Randomized clinical trial of the effect of perioperative use of Immune-enhancing enteral formula on metabolic and immunological status in patients undergoing esophagectomy"* melibatkan 30 pasien yang dibagi kedalam 2 kelompok. Masing-masing kelompok menerima nutrisi preoperatif selama 3 hari dan nutrisi postoperatif dalam 24 jam

pertama menggunakan imunonutrisi (n=16) atau nutrisi standar (n=14). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap periode munculnya *systemic inflamatory response syndrome* (SIRS), interval mulainya nutrisi enteral, dan LOS. Kejadian komplikasi pulmonal, gastrointestinal, dan infeksi luka operasi (ILO) lebih rendah pada kelompok imunonutrisi jika dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p<0.05$).

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Nagano *et al.,* (2013) yang membandingkan antara pemberian suplemen nutrisi antioksidan dibandingkan dengan imunonutrisi pada pasien yang menjalani esophagektomi (n=20) di ICU dan ruang perawatan biasa. Intervensi tersebut diberikan pada hari ke-5 preoperatif dan hari ke-7 postoperatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kedua kelompok terhadap status nutrisi, meliputi BB (P=0.804), Indeks Massa Tubuh (IMT) (P=0.721), total protein (p=0.371), serum albumin (p=0.446), transferrin (p=0.988), dan *retinol binding protein* (p=0.697). Hasil serupa juga ditunjukkan pada respon imunoinflamasi, yang meliputi WBC (p=0.274), IL-6 (p=0.195), CRP (p=0.115), dan IL-8 (p=0.909). Penggunaan imunonutrisi pada pasien kritis di ruang ICU mampu meningkatkan respon imun, namun tidak menurunkan LOS pasien. Disisi lain, imunonutrisi dapat meningkatkan fungsi imunitas dan mengurangi kejadian ILO sebesar 70%, serta menurunkan LOS sebesar 22% pada pasien yang dirawat di ruang perawatan biasa.

Klek *et al.,* (2011) dalam studinya *"The immunomodulating enteral nutrition in malnourished surgical patient–A prospective, randomized, double-blind clinical trial"* membandingkan efek pemberian imunonutrisi (n=153) dengan nutrisi oligopeptida standar (n=152) pada pasien malnutrisi yang menjalani reseksi pankreas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa median LOS pada kelompok kontrol 17.1 hari, sedangkan pada kelompok imunonutrisi 13.1 hari (p=0.006). Observasi juga dilakukan pada kejadian komplikasi infeksi pada kelompok kontrol 39.2% dan 28.3% pada kelompok imunonutrisi. Kejadian morbiditas (47.1 vs 33.5%, p=0.01) dan mortalitas (5.9 vs 1.3%,p=0.03).

Disisi lain, Falewee *et al.,* (2014) menyatakan bahwa penggunaan imunonutrisi tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan pada *outcome* primer yang dinilai, yaitu komplikasi infeksi postoperatif (p=0.44, Fishers Exact test) dan *outcome* sekunder, yaitu kejadian ILO (p=0.47) dan rata-rata LOS pasien (p=0.626). Namun begitu, saat pasien mampu memenuhi 75% asupan kalori yang telah ditetapkan, terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompk intervensi (imunonutrisi) dan kelompok kontrol (diet standar) (OR=0.17, 95% CI [0.03-0.97]:p=0.04, Fisher test). Hal serupa juga ditunjukkan pada hasil komplikasi infeksi (OR=0.24, 95% CI [0.05-0.97]:p=0.05, Fisher test).

PEMBAHASAN

Pembedahan bukan merupakan faktor tunggal yang memengaruhi respon kebutuhan dukungan nutrisi pasien, namun rutinitas perioperatif juga memiliki dampak yang besar terhadap hal tersebut (Weimann *et al.,* 2009). Martindale dan Maerz (2006) memaparkan pembedahan memunculkan serangkaian respon tubuh termasuk pelepasan hormon stres dan mediator inflamasi, yaitu sitokin. Pelepasan mediator inflamasi dalam sirkulasi memiliki dampak besar pada metabolisme tubuh, karena menyebabkan katabolisme glikogen, pelepasan lemak, protein, glukosa, asam lemak bebas, dan asam

amino ke dalam sirkulasi, sehingga substrat dialihkan dari fungsi normalnya (misalnya aktivitas fisik), untuk fungsi penyembuhan dan aktivitas respon imun.

Beberapa hasil penelitian mengenai pengelolaan nutrisi perioperatif menyarankan penggunaan *Standard Enteral Nutrition* (SEN). SEN merupakan nutrisi yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, air, elektrolit, mikronutrien (vitamin dan elemen) dan serat yang dibutuhkan oleh pasien. Penambahan nitrogen, peptida atau asam amino bebas pada SEN bertujuan untuk meningkatkan penyerapan nutrisi pasien. Klek *et al.,* (2011) memaparkan, nutrisi oligopeptida standar memiliki kemampuan yang sama dalam pencegahan komplikasi infeksi postoperatif jika dibandingkan dengan imunonutrisi. SEN dapat mencegah perubahan struktural fungsional pada usus, meningkatkan aliran darah usus, dan meningkatkan respon imun sistemik dan lokal (Roth *et al.,* 2011). Menurut Weimann *et al.,* (2006), SEN diindikasikan pada pasien malnutrisi yang tidak terlihat secara nyata, sebagai antisipasi pada pasien yang tidak mampu makan selama lebih dari 7 hari perioperatif atau pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisinya diatas 60% selama 10 hari

Pemberian *Total Parenteral Nutrition* (TPN) pada pasien perioperatif dikaitkan dengan peningkatan tingkat komplikasi infeksi serta biaya perawatan yang lebih tinggi (Roth *et al.,* 2013). Temuan ini sejalan dengan temuan meta-analisis sebelumnya terhadap nutrisi parenteral dan meta-analisis lain yang menganalisis *outcome* klinis pasien yang diberikan nutrisi enteral dibandingkan nutrisi parenteral. Selain itu, pemberian TPN dapat memengaruhi sistem kekebalan tubuh dengan menyebabkan disfungsi limfosit B dan T, makrofag, dan neutrofil. TPN menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah, resistensi insulin, meningkatkan resiko penggunaan medikasi dan kerentanan terhadap infeksi. TPN yang digunakan dapat menyebabkan atrofi mukosa usus dengan konsekuensi meningkatnya permeabilitas usus yang mendukung translokasi bakteri, dan meningkatkan risiko infeksi aliran darah yang berhubungan dengan tindakan invasif. Hal tersebut sejalan dengan pernyataan Kitchen dan Forbes (2003), bahwa pemberian TPN pada pasien postoperatif tidak memberikan keuntungan lebih, namun dikaitkan dengan peningkatan frekuensi komplikasi dibandingkan dengan nutrisi enteral.

Berdasarkan *The ESPEN Clinical Practice Guideline,* pemberian TPN pada periode preoperatif hanya diindikasikan pada pasien perioperatif dengan malnutrisi parah yang tidak dapat menoleransi pemberian makanan melalui oral. Kombinasi antara TPN dan nutrisi enteral diindikasikan pada pasien yang tidak dapat memenuhi > 60% kebutuhan energi tubuh, misalnya pada pasien dengan discharge fistula masif enterocutaneous, obstruksi parsial benigna, atau lesi maligna gastrointestinal (Braga *et al.,* 2009).

Penelitian lain membahas mengenai imunonutrisi sebagai nutrisi yang digunakan pada periode perioperatif. Imunonutrisi yang diberikan pre dan postoperatif tidak memberikan keuntungan secara keseluruhan terhadap *outcome* klinis pasien. Hal tersebut dibandingkan dengan SEN menggunakan isocaloric, isonitronenik pada postoperatif dengan kandungan energi dan protein yang lebih rendah. Pemberian imunonutrisi dikaitkan dengan peningkatan ekspresi HLA-DR pada monosit antara hari 7 dan 1 preoperatif (Sultan *et al.,* 2012). Hal serupa juga dikemukakan oleh Falewee *et al.,* (2014) yang menyatakan bahwa imunonutrisi tidak memberikan efek positif terhadap komplikasi postoperatif diakibatkan karena kegagalan pencapaian pemenuhan target volume imunonutrisi karena jumlah minimal nutrisi ini tampaknya diperlukan untuk mampu mengurangi kejadian infeksi secera efektif.

Penambahan imunonutrisi dengan kandungan arginin omega-3-*polyunsaturated fatty acids* dan nukleotida ditujukan untuk meningkatkan sistem imunitas pasien (Nagano *et al.,* 2012). Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan imunonutrisi pada pasien perioperatif di ruang ICU mampu meningkatkan respon imunitas namun tidak menurunkan LOS, sedangkan pada pasien yang dirawat di ruang rawat biasa, penggunaan imunonutrisi dapat meningkatkan fungsi imunitas, mengurangi kejadian ILO sebesar 70%, dan menurunkan LOS sebesar 22%. Sebuah studi meta analisis mengindikasikan bahwa imunonutrisi yang mengandung arginin dapat bermanfaat bagi pasien yang menjalani pembedahan elektif namun tidak dianjurkan pada pasien sepsis maupun yang terpasang ventilator di *setting* perawatan kritis.

KESIMPULAN

Penggunaan SEN lebih direkomendasikan pada pasien perioperatif karena diasosiasikan dengan penurunan risiko komplikasi perioperatif, peningkatan respon imun lokal maupun sistemik, dan biaya perawatan yang lebih rendah. Temuan data memaparkan penggunaan TPN pada pasien postoperatif tidak memberikan keuntungan lebih, namun dikaitkan dengan peningkatan frekuensi komplikasi dibandingkan dengan SEN. Imunonutrisi yang diberikan pre dan postoperatif tidak memberikan keuntungan secara keseluruhan terhadap *outcome* klinis pasien yang menjalani pembedahan.

DAFTAR PUSTAKA

Abunnaja, S., Cuviello, A., & Sanchez, J. A. (2013). Enteral and parenteral nutrition in the perioperative period: state of the art. *Nutrients, 5*, 608-623. doi: 10.3390/nu5020608

Braga, M., Ljungqvist, O., Soeters, P., Fearon, K., Weimann, A., Bozzetti, F. (2009). ESPEN Guidelines on parenteral nutrition: Surgery. *Clinical Nutrition. 28,* 378–386. doi: 10.1016/j.clnu.2009.04.002

Calvache, J. A., Guzmán, É. L., Buitrago, L. M. G., Torres, C. G., Torres, M., Buitrago, G., Duarte, H. G. (2014). Evidence-based clinical practice manual: postoperative complications management. *Colombian Journal of Anesthesiology. 182,* 1-10. doi: 10.1016/j.rca.2014.10.005

Falewee, M. N., Schilf, A., Boufflers, E., Cartier, C., Bachmanne, P., Pressoir, M., Ettaiche, M. (2014). Reduced infections with perioperative immunonutrition in head and neck cancer: Exploratory results of a multicenter, prospective, randomized, double-blind study. *Clinical Nutrition. 33*, 766-784. doi: 10.1016/j.clnu.2013.10.006

Jie, B., Jiang, Z. M., Nolan, M. T., Zhu, S. N., Yu, K., Kondrup, J. (2012). Impact of preoperative nutritional support on clinical outcome in abdominal surgical patients at nutritional risk. *Nutrition. 28, 10,* 1022-1027. doi: 10.1016/j.nut.2012.01.01

Kitchen, P., Forbes, A. (2003). Parenteral nutrition. *Current Opinion in Gastroenterology. 19, 2.* Retrieved from: http://www.medscape.com/viewarticle/450314

Klek, S., Sierzega, M., Szybinski, P., Szczepanek, K., Scislo, L., Walewska, E., Kulig, J. (2011). Perioperative nutrition in malnourished surgical cancer patients-A prospective, randomized, controlled clinical trial. *Clinical Nutrition. 30*, 708-713. doi: 10.1016/j.clnu.2011.07.007

Ljungqvist, O., Dardai, E., & Allison, S. P. (2010). Basics in Clinical Nutrition: Perioperative nutrition. *The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism. 5,* e93–e96. doi: 10.1016/j.eclnm.2009.06.011

Martindale, R. G., & Maerz, L. L. (2006). Management of perioperative nutrition support. *Current Opinion in Critical Care. 12,* 290–294. Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/6974905_Management_of_perioperative_nutrition_support

Nagano, T., Matono, S., Shirouzu, K., Fujita, H., Murata, K., Yanagawa, T., Ishibashi, N. (2013). A randomized controlled trial comparing antioxidant-enriched enteral nutrition with immune-enhancing enteral nutrition after esophagectomy for cancer: a pilot study. *Surgical Today. 43*, 1240–1249. doi: 10.1007/s00595-012-0424-1

Phillips, N. (2004). *Berry & Kohn's operating room technique*. 10th ed. St. Louis: Mosby.

Roth, B., Birkhauser, F. d. r. D., Zehnder, P., Thalmann, G. N., Huwyler, M., Burkhard, F. C., & Studer, U. E. (2013). Parenteral nutrition does not improve postoperative recovery from radical cystectomy: results of a prospective randomised trial. *European Urology. 63*, 475–482. doi: 10.1016/j.eururo.2012.05.052

Sakurai, Y., Masui, T., Yoshida, I., Tonomura, S., Shoji, M., Nakamura. (2007). Randomized clinical trial of the effects of perioperative use of immune-enhancing enteral formula on metabolic and immunological status in patients undergoing esophagectomy. *World Journal of Surgery. 31,* 2150-2157. doi: 10.1007/s00268-007-9170-8

Sultan, J., Griffin, S. M., Franco, F. D., Kirby, J. A., Shenton, B. K., Seal, C. J., Hayes, N. (2012). Randomized clinical trial of omega-3 fatty acid-supplemented enteral nutrition versus standard enteral nutrition in patients undergoing oesophagogastric cancer surgery. *British Journal of Surgery. 99,* 346–355. doi: 10.1002/bjs.7799

Weimann, A., Braga, M., Harsanyi, L., Laviano, A., Ljungqvist, O., Soeters, P. (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: Surgery including organ transplantation. *Clinical Nutrition. 25,* 224–244. doi: 10.1016/j.clnu.2006.01.015

World Health Organization. 2014. *Safe surgery saves lives frequently asked questions*. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/faq_introduction/en/

PENGALAMAN *PREHOSPITAL* PASIEN DENGANSTEMI (*ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION*) PERTAMA DI RUMAHSAKIT UMUM DAERAH DR. MOEWARDI SURAKARTA

Anissa Cindy Nurul Afni[1], Sri Andarini[2], Septi Dewi Rachmawati[3]

[1]*STIKes Kusuma Husada Surakarta*
[2]*Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya*
[3]*Program Magister Keperawatan Peminatan Gawat Darurat Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya*

Email: anissacindy88@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2008 mencatat terdapat tujuh koma dua juta kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler. Kasus kematian pada STEMI menunjukkan 3,2% pasien meninggal pada 2 jam setelah onset, 3,4% meninggal pada 2-6 jam setelah onset dan 14,8% meninggal lebih dari 12 jam setelah onset Keterlambatan diagnosis dan penanganan biasanya terjadi pada dua puluh empat jam pertama setelah serangan terutama pada fase *prehospital*. Tujuan penelitian ini adalah mengeksplorasi pengalaman prehospital pasien dengan STEMI pertama. **Metode penelitian**: Penelitian ini menggunakan desain kualitatif fenomenologi dengan pendekatan interpretif. Partisipan yang ikut dalam penelitian ini delapan pasien dengan STEMI pertama yang pernah di rawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan wawancara mendalam (*indepth interview*) dab dianalisa dengan pendekatan Braun and Clarke. **Hasil penelitian**: Analisis data menghasilkan delapan tema yaitu ketidaknyamanan fisik, ketidaktepatan menafsirkan gejala, keputusan mencari pertolongan, perilaku terhadap keluhan, ungkapan penolakan, reaksi psikologis, penanganan awal, dan perjalanan mendapatkan pelayanan kesehatan. **Kesimpulan**: Secara umum keluhan yang dirasakan pasien dengan STEMI pertama berupa ketidaknyamanan fisik yang dirasakan bervariasi oleh masing-masing partisipan. Munculnya ketidaktepatan menafsirkan keluhan dapat disebabkan karena keterbatasan pengetahuan pasien terkait keluhan dan gejala STEMI sehingga mampu menunda keputusan pasien dalam mencari pelayanan kesehatan. Pasien STEMI pertama cenderung menunggu keluhan semakin memberat untuk memutuskan mencari pelayanan kesehatan. Dibutuhkan *health education* kepada masyarakat mengenai tanda dan gejala STEMI, penanganan *prehospital*, dan kebutuhan mencari tenaga kesehatan segera.

Kata kunci: Pengalaman pasien, *Prehospital*, STEMI pertama

PENDAHULUAN

Data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2008 mencatat tujuh koma dua juta kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler (Priyanto Ade, 2011). Kasus kematian pada STEMI menunjukkan 3,2% pasien meninggal pada 2 jam setelah onset, 3,4% meninggal pada 2-6 jam setelah onset dan 14,8% meninggal lebih

dari 12 jam setelah onset (Ostrzyki, Sosnowski, Borowiec, Zera, Pienkowska, Drop *et al.*, 2008).

STEMI merupakan bagian dari *Acute Coronary Syndrome* (ACS), yaitu suatu kondisi berbahaya dimana iskemia miokard terjadi akibat penurunan mendadak aliran darah yang melalui pembuluh koroner (Steg *et al.*, 2012; Aaronson & Ward, 2010). Kondisi STEMI umumnya menjadi prioritas pertama (P1) dalam penanganan di IGD (Instalasi Gawat Darurat). Hal ini menunjukkan betapa gawat daruratnya kejadian STEMI (Steg *et al.*, 2012).

Fase dua puluh empat jam pertama prognosis STEMI berkembang cepat (Steg *et al.*, 2012; Aaronson & Ward, 2010). Namun penatalaksanaan STEMI selama ini menjadi tidak optimal akibat keterlambatan pasien datang ke IGD rumah sakit ataupun mencari pelayanan kesehatan. Keterlambatan pasien tersebut merupakan bagian dari pengalaman fase *prehospital* pasien.

Melihat perbedaan kondisi sosioekonom-demografi, latar belakang budaya, serta ketidaktersediaan EMS (*Emergency Medical Services*) di Indonesia, menjadikan penulis tertarik mengeksplorasi lebih dalam pengalaman *prehospital* pada pasien dengan STEMI pertama. Selain itu penulis ingin mengeksplorasi lebih detail bagaimana proses pengambilan keputusan pasien untuk mencari pelayanan kesehatan dalam fase *prehospital*. Hasil temuan tersebut diharapkan dapat menjadi masukan dalam menurunkan waktu keterlambatan penanganan (*prehospital delay*) pada kasus STEMI. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman *prehospital* pasien dengan STEMI pertama.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi menggunakan pendekatan interpretif. Melalui metode kualitatif peneliti ingin melihat gambaran menyeluruh pengalaman *prehospital* pasien dengan STEMI pertama yang berbeda dan cara partisipan memaknainya. Lokasi penelitian di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. yang dilakukan selama enam bulan. Partisipan penelitian ini berjumlah delapan orang dengan diagnosa STEMI pertama dan tercatat sebagai pasien yang mendapatkan penanganan STEMI di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, pasien dalam kondisi sadar selama fase *prehospital*, bebas dari nyeri dan kesulitan bernafas dan dinyatakan hemodinamik dan tanda-tanda vital stabil. Data dikumpulkan dengan metode wawancara mendalam semi struktur. Wawancara dilakukan dalam waktu 20-40 menit dan direkam dengan menggunakan Handphone Samsung Galaxy Note II.

Hasil wawancara kemudian dijabarkan dalam bentuk verbatim yang kemudian dianalisis menggunakan pendekatan Braun and Clarke (2006). Proses analisa data dengan menggunakan Braun and Clarke terdiri atas enam tahapan yaitu mengenali dan membiasakan diri dengan data, memunculkan kode awal, mencari tema, meninjau ulang dan menyaring tema, menjelaskan dan memberi nama tema, terakhir menghasilkan laporan (*producing the report*).

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini mengungkapkan delapan tema yaitu ketidaknyamanan fisik, ketidaktepatan menafsirkan gejala, keputusan mencari pertolongan, perilaku terhadap keluhan, ungkapan penolakan, reaksi psikologis, penanganan awal, dan perjalanan mendapatkan pelayanan kesehatan.

Untuk menjaga kerahasiaan partisipan, digunakan pengkodean partisipan. Pengkodean itu dengan penyebutan partsipan dengan "P" dimulai dari partisipan satu dengan sebutan P1 demikian seterusnya hingga partisipan delapan (P8).

Di bawah ini kemudian akan diuraikan hasil penelitian yang didapat dalam penelitian ini.

Ketidaknyamanan Fisik

Ketidaknyamanan fisik yang dirasakan partisipan diartikan sebagai keadaan fisik yang tidak nyaman yang timbul akibat proses penyakit.

Variasi Keluhan

Variasi keluhan yang mereka rasakan yaitu dada terasa sakit, dada nyeri, dada terasa panas, lengan terasa pegal, lengan kiri sampai rahang bawah terasa linu, dada terasa sesak, kepala kencang, keluar keringat dingin, badan lemas, dan degup jantung keras. Variasi keluhan tersebut dapat terlihat dalam pernyataan partisipan sebagai berikut:

"...Wong habis tak kukuti dagangan itu anu keluar keringat dingin itu lho mbak." (P3)

Radiasi Nyeri

Radiasi nyeri setiap partisipan berbeda-beda diantaranya nyeri cuma dirsakan di dada kanan, nyeri terpusat, nyeri merambat, lokasi nyeri berpindah-pindah, nyeri dirasakan hingga tembus ke punggung belakan sebelah kiri. Ungkapan tersebut dapat dilihat dari cuplikan hasil wawancara dengan partisipan berikut ini:

"...Nyeri merambat ke lengan kiri (menunjuk lengan kiri), sini ke sini (menunjuk dari lengan ke rahang bawah)."Kayaknya sie sini mbak (menunjuk dada tengah kemudian ke kiri). kayak ke arah kiri." (P4)

Kualitas Keluhan

Sakit yang dirasakan terasa panjang, lebar, bukan sakit-hilang-sakit. Sakitnya juga dirasakan tidak putus-putus, tidak berhenti-berhenti, sakitnya pelan, bertahan, seperti ditusuk-tusuk benda besar, seperti ditarik, dijepit, hingga terdapat partisipan yang menyebutkan keluhan tidak dapat digambarkan.

"...Sakitnya kayak ada yang naaarik gitu dilepas lagi, kayak di tariiik trus di lepas lagi, tariiik trus dilepas lagi." (P4)

Keparahan Keluhan

Keparahan keluhan yang diungkapkan oleh sebagian besar partisipan keluhan yang dirasakan berat dengan rentang nilai 7-10, sakit tidak dapat ditahan, sakit sekali, sakitnya luar biasa dan sesak sekali.

"...Kalo itu yo.. 10 naik. Atau kurang lebih 8 sampai 10." (P1)

Waktu Timbulnya Keluhan Saat Onset Serangan

Waktu timbulnya keluhan saat onset serangan berbeda-beda diantaranya saat bangun tidur, setelah aktifitas. Hal tersebut dapat terlihat dalam kutipan hasil percakapan dengan partisipan di bawah ini:

"...Itu perasaan saya mendadak gitu lho mba." (P3)

Ketidaktepatan Menafsirkan Gejala

Kesalahan penafsiran

Kesalahan penafsiran pasien terlihat dari bagaimana partisipan mengungkapkan bahwa apa yang mereka rasakan bukanlah keluhan dan gejala penyakit jantung melainkan keluhan yang muncul akibat kecapean, karena terforsir kerja, kurang tidur, kegemukan, terlalu banyak merokok, masuk angin, ataupun karena lambung yang sakit. Hal-hal tersebut dapat terlihat dari ungkapan-ungkapan pasien seperti di bawah ini.

"Saya dikasih sama tetangga, dikasih tau sama istri "halah paling gitu mung sesek kelemon (kegemukan)". Jadi saya percaya itu." (P6)

Keterbatasan Pengetahuan

Kesalahan penafsiran dapat muncul akibat keterbatasan pengetahuan pasien tentang keluhan dan gejala STEMI. Hampir semua partisipan mengungkapkan ketidaktahuannya tentang keluhan dan ini pertama kalinya partisipan mendapatkan informasi tentang STEMI. Hal ini dapat terlihat dari kutipan:

"...Gak tau mbak, yo Cuma itu kena jantung wae sudah. Cuma itu saja. Wong waktu itu dokter njelasin ada penyumbatan-penyumbatan apa-apa itu saya gak mudeng mbak." (P6)

Keputusan Mencari Pertolongan

Perkembangan Kondisi Sebagai Alasan Bertindak

Pasien cenderung menjadikan perkembangan kondisi sebagai alasan bertindak mencari pertolongan. Tadinya belum apa-apa, nyeri tidak hilang, makin bertambah sakit, lebih sakit dari yang sebelumnya, hingga keluhan terasa sakit lagi menjadi alasan bagi pasien untuk mencari pertolongan. Hal tersebut dapat terlihat dari petikan percakapan di bawah ini:

"...Kok nyerinya kok gak hilang sampe jam delapanan itu kok gak hilang dari jam setengah enam." (P1)

Pengambil Keputusan

Setelah melihat perkembangan kondisi, pada akhirnya keputusan mencari pertolonganpun diambil. Hal ini dapat terlihat dari cuplikan di bawah ini:

"...Istri sama sodara itu. Itu pun tadinya saya masih gak mau ke rumah sakit mbak," (P1)

Perilaku Terhadap Keluhan

Reaktif Terhadap Keluhan

Respon reaktif terhadap keluhan digambarkan dengan pasien jalan ke sana ke sini, memegangi dada, istirahat, tiduran, menyampaikan kepada pasangan, diam dan menahan. Hal tersebut dapat terlihat dari kutipan partisipan di bawah ini:

"...Trus jalan dari sini ke sana (menunjukkan arah dari dalam rumah ke luar rumah). Sampe saya tidur di situ (menunjuk kursi yang ada di depan rumah/teras) sakit, jalan ke sana sakit (pasien menunjukkan bahwa ia berpindah-pindah tempat disekeliling rumahnya)." (P1)

Perilaku Religius

Perilaku religius juga tergambar dari respon pasien saat terjadinya serangan STEMI, diantaranya istgifar, sholat, dan dzikir. Hal tersebut dapat terlihat dalam kutipan di bawah ini:

"…saya dzikir terus. Meskipun saya gak bisa mengucap Allahuakbar Allahuakbar gitu tapi kan saya pikirannya dalam hati mengucap terus." (P5)

Ungkapan Penolakan

Ketidakpercayaan

Gambaran ketidakpercayaan pasien bahwa keluhan yang dirasakan adalah tanda dan gejala STEMI ditunjukkan dalam bentuk ungkapan-ungkapan bahwa partisipan tidak memiliki pemikiran memiliki penyakit jantung, tidak menduga punya penyakit jantung, tidak yakin memiliki penyakit jantung, dan partisipan tidak merasa sakit.

"…Saya itu mikirnya mosok aku nduwe penyakit. Cuma itu ajalah. Sedikitpun saya ga punya pikiran saya punya penyakit kok. Saya selama ini sehat-sehat aja." (P2)

Ketidakpedulian

Ketidakpercayaan partisipan bahwa dirinya mengalami penyakit jantung (STEMI) menjadikan partisipan bersikap tidak peduli pada keluhan yang dirasakan. Hal tersebut tercermin dari ungkapan beberapa partisipan di bawah ini:

"…Cuma pas jalan-jalan itu sengkring-sengkring trus gak tak hiraukan. (P8)

Reaksi Psikologis

Reaksi psikologis partisipan muncul dari adanya pemikiran akan kematian, eskpresi dan emosional pasien.

Pemikiran Akan Kematian

Pemikiran akan kematian muncul dari beberapa ungkapan partisipan seperti hampir kehilangan nyawa dan ungkapan mungkin mau meninggal.

"…Saya pikir itu saya meninggal. Saat itu saya sudah berpikiran saya gak mungkin hidup..." (P5)

Ekspresi Emosional

Ekspresi takut, menangis, tidak mau membebani hingga pasrah muncul dari hasil ungkapan partisipan. Hal tersebut dapat terlihat dalam petikan hasil wawancara partisipan di bawah ini:

"... Tapi kan saya gak mau membebani. Kasihan baru dateng." (P4)

Penanganan Awal

Pengobatan Mandiri

Pengobatan mandiri yang dilakukan partisipan pun berbeda-beda, diantaranya mengurangi keluhan dengan minum antangin, air kelapa muda, air putih hingga kerokan. Hal tersebut terlihat dari kutipan ungkapan-ungkapan pasien di bawah ini:

"...saya punya inisiatif minumi air kelapa ijo kan sebagai penghilang racun." (P4)

Mengunjungi Pelayanan Kesehatan

Setelah pengobatan mandiri yang dilakukan tidak berhasil partisipan cenderung segera mengunjungi pelayanan kesehatan seperti Puskesmas atau Polindes, dokter praktik umum, dan rumah sakit terdekat yang dapat dijangkau oleh partisipan dan keluarga dengan cepat.

"...trus aku itu ke klinik itu lho, Ke Polindes…" (P1)

Tatalaksana yang Didapatkan Pasien

Tatalaksana awal yang didapatkan dari pelayanan kesehatan yang dikunjungi oleh partisipan secara umum hampir sama yaitu diperiksa, dikasih obat di bawah lidah, ditensi, diberikan informasi, dipasang infuse, diberikan oksigen, dilakukan perekaman jantung dan saran rujukan.

"…Kayaknaya dikasih oksigen, di infuse, truuus kayak dikasih kayak dikasih obat." (P1)

Kesan Terhadap Pelayanan Kesehatan

Kesan terhadap pelayanan kesehatan yang diterima diantaranya pasien langsung mendapatkan penanganan, pasien langsung dirujuk hingga kesan pasien tidak tahu proses yang dilaluinya.

"..Trus ditangani di RS Karanganom kalo ga salah sampe jam 12 trus di rujuk di RS Mowardi." (P2)

Perjalanan Mendapatkan Pelayanan Kesehatan

Perjalanan mendapatkan pelayanan dapat diartikan sebagai cara, jarak atau jauh, dan juga perbuatan yang dilakukan oleh partisipan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

Kemudahan Akses

Kemudahan itu diantaranya diungkapkan dalam bentuk jarak ke pelayanan kesehatan, perjalanan lancar, tidak ada masalah dalam perjalanan dan alat transportasi yang cepat. Hal tersebut dapat terlihat pada kutipan hasil wawancara beberapa partisipan beriku:

"…Yo dari rumah itu mobil langsung dateng, trus sampe sana perawat langsung di apa… dikasih penanganan itu trus ngomong-ngomong maslah pasien harus di ICU. Nah itu kan prosesnya, kok saya merasakan sakit itu cepet mbak..." (P1)

Lamanya Proses Transportasi

Selain kemudahan akses, lamanya proses transportasi juga diungkapkan oleh partisipan diantaranya proses transport yang cepat, setengah jam, dan satu jam. Hal tersebut dapat terlihat dalam petikan hasil percakapan di bawah ini:

"…Itu cuma sebentar oog mbak. Di Panti Waluyo kalo gak, anu kurang lebih setengah jam." (P1)

Kendala Selama Transportasi

Kendala selama proses transportasi yaitu macet dan lampu merah yang banyak. Hal tersebut dapat terlihat pada cuplikan hasil percakapan di bawah ini:

"…Nggeh bangjo niku. Macet niku. Lah niku kan bangjone katah. Sekawan nopo gangsal nggen." (P7)

PEMBAHASAN

Keluhan dan Gejala pasien dengan STEMI

Keluhan dan gejala yang dirasakan pasien dengan STEMI pertama menyimpulkan sebuah tema ketidaknyamanan fisik. Ketidaknyamanan fisik yang dirasakan pasien

diartikan sebagai keadaan fisik yang tidak nyaman yang timbul akibat proses penyakit. Gambaran ketidaknyamanan fisik yang dirasakan partisipan dikelompokkan secara ringkas dalam variasi keluhan, radiasi nyeri, kualitas keluhan, keparahan keluhan, dan waktu timbulnya keluhan saat onset serangan.

STEMI biasanya terjadi bila suatu trombus telah menyumbat arteri koroner secara komplet dalam waktu yang signifikan, dan biasanya menyebabkan gejala yang lebih berat dibandingkan gejala angina tak stabil dan NSTEMI (Aaronson & Ward, 2010). Dari hasil penelitian, variasi keluhan yang dirasakan oleh partisipan saat terjadinya serangan STEMI pertama antara lain dada terasa sakit, dada nyeri, dada terasa panas, lengan terasa pegal, lengan kiri sampe rahang bawah terasa linu, dada terasa sesak, kepala kencang, keluar keringat dingin, badan lemas, dan degup jantung keras.

Hasil ini didukung oleh studi kualitatif yang dilakukan oleh Pattenden *et al.* (2002) terhadap 22 partisipan di Kota North Yorkshire pada kunjungan ke dua, tiga dan empat. Penelitian tersebut menemukan bahwa saat onset STEMI, partisipan mengeluhkan timbulnya nyeri selama beberapa hari dengan skala nyeri sedang dan kesulitan bernafas.

Keluhan dada terasa sakit ataupun nyeri yang diungkapkan oleh partisipan dalam penelitian ini menunjukkan adanya perasaan tidak nyaman di tubuh atau bagian tubuh karena menderita sesuatu (demam, sakit perut, dsb). Partisipan lain mendeskripsikan nyeri dada yang dirasakan dengan perih. Secara bahasa, perih dan nyeri memiliki arti yang sama yaitu perasaan atau pengalaman sensorik yang tidak menyenangkan yang dapat berkisar dari ketidaknyamanan ringan hingga berat. Hasil penelitian juga sejalan dengan teori dimana keluhan yang sering muncul pada pasien STEMI selain nyeri dada adalah pasien berkeringat dan tampak dingin serta lembab (Aaronson & Ward, 2010; Antman *et al.*, 2004).

Perkins *et al.* (2009) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa gejala biasanya muncul tanpa disertai adanya nyeri, seperti *breathlesness* (kesulitan bernafas), mual/muntah, berkeringat berlebih, dan juga pusing hingga membuat pingsan. Kondisi ini ditemukan pada partisipan tiga yang menyebutkan tidak adanya keluhan rasa nyeri. Partisipan hanya mengeluhkan badan lemas seperti tidak memiliki tenaga dan keluar keringat dingin yang banyak.

Partisipan juga mengeluhkan dada terasa sesak. Kata sesak menurut arti bahasa adalah sempit sekali atau tidak lapang. Secara kontekstual menunjukkan adanya kesulitan pasien untuk bernapas atau adanya usaha/aktifitas pasien untuk bernafas. Sesak ini juga dapat diungkapkan dengan kata-kata berbeda yaitu “ampeg” ataupun “menggeh-menggeh” atau mengeh-mengeh”. Kata “mengeh-mengeh” dan “ampeg” secara bahasa menunjukkan perasaan sesak di dada sehingga tidak dapat bernapas dengan lega.

Temuan serupa didapatkan oleh Mussi *et al.* (2013) pada 100 pasien di RS Salvador. Delapan puluh satu persen pasien mengalami nyeri dada saat onset serangan. Selain itu, 67% menyatakan berkeringat, sesak nafas (47%), mual, pusing, palpitasi.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa keluhan-keluhan yang muncul biasanya tidak hanya terlokalisir pada satu area tertentu. Radiasi nyeri secara kontekstual diartikan sebagai adanya perambatan, pemancaran ataupun persebaran nyeri ke area yang lain. Radiasi nyeri dalam penelitian ditemukan lokasi nyeri hanya di dada kanan, nyeri terpusat, nyeri merambat ke lengan kiri, rahang bawah kemudian dari dada tengah ke dada kiri, lokasi nyeri berpindah-pindah, nyeri dirasakan hingga tembus ke punggung belakan sebelah kiri. Secara teori, pasien dengan STEMI umumnya

mengeluhkan adanya nyeri dada di tengah seperti ditekan, yang menjalar ke lengan, rahang, atau leher (Aaronson & Ward, 2010).

Perkins *et al.* (2009) terhadap 228 pasien di Rumah Sakit London juga menemukan bahwa gejala yang dirasakan pasien adalah nyeri dada di lengan, bahu, leher, punggung belakang. Mussi *et al.* (2013) juga menggambarkan radiasi nyeri yang dirasakan menjalar ke lengan, leher, punggung belakang dan epigastrum.

Dikaji lebih jauh dalam penelitian ini partisipan mengungkapkan kualitas keluhan yang dirasakan setiap partisipan juga berbeda-beda. Partisipan mengungkapkan sakit yang dirasakan terasa panjang, lebar, bukan sakit-hilang-sakit-hilang. Sakitnya juga dirasakan tidak putus-putus, tidak berhenti-berhenti, sakitnya pelan, bertahan, seperti ditusuk-tusuk benda besar, seperti ditarik, dijepit, hingga terdapat partisipan yang menyebutkan keluhan tidak dapat digambarkan. Keparahan keluhan yang diungkapkan partisipan dalam penelitian ini menunjukkan sebagian besar menyebutkan keluhan yang dirasakan berat dengan rentang nilai 7-10, sakit tidak dapat ditahan, sakit sekali, sakitnya luar biasa dan sesak sekali.

Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Mussi *et al.* (2013) yang menyebutkan nyeri yang dirasakan seperti tertekan benda berat dan terbakar. Nyeri biasanya dirasakan lebih lebih dari 30 menit dan tidak berkurang setelah diberi nitrogliserin (Aaronson & Ward, 2010).

Thuresson (2012) menggali lebih jauh terkait gambaran nyeri yang dirasakan pasien. Sebagian pasien menyebutkan nyeri yang dirasakan seperti perasaan diremas-remas, ditekan dan disobek (*tearing*). Nyeri yang dirasakan dapat berlangsung dalam hitungan menit maupun hitungan jam. Rata-rata pasien menyebutkan nyeri berada pada skala 7.

Persepsi Pasien terhadap Keluhan dan Gejala

Ketidaktepatan menafsirkan keluhan memperlihatkan adanya ketidaktepatan dalam mempersepsikan keluhan dan gejala yang muncul sebagai tanda dan gejala STEMI. Kesalahan penafsiran pasien terlihat dari bagaimana partisipan mengungkapkan bahwa apa yang mereka rasakan bukanlah keluhan dan gejala penyakit jantung melainkan keluhan yang muncul akibat kecapean, karena terforsir kerja, kurang tidur, kegemukan, terlalu banyak merokok, masuk angin, ataupun karena lambung yang sakit.

Pattenden *et al.* (2002) menemukan bahwa partisipan sering mengalami kebingungan mengidentifikasi gejala STEMI. Sebagian besar partispan menganggap gejala yang mereka rasakan tidak cukup berat untuk menyebabkan terjadinya serangan jantung. Mereka beranggapan nyeri dada yang dirasakan sama seperti nyeri pada gangguan pencernaan.

Kesalahan penafsiran dapat muncul akibat keterbatasan pengetahuan pasien tentang keluhan dan gejala STEMI. Hampir semua partisipan mengungkapkan ketidaktahuannya tentang keluhan dan ini pertama kalinya partisipan mendapatkan informasi tentang keluhan STEMI.

Penelitian di atas didukung oleh Alshahrani *et al.* (2012) yang menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan pasien mengenai gejala STEMI berhubungan dengan rendahnya intrepretasi pasien terhadap gejala STEMI. Pengetahuan dan kognitif yang rendah juga mempengaruhi kontrol diri pasien dan keputusan dalam mencari pelayanan kesehatan.

Mussi *et al.* (2013) menunjukkan dari 100 pasien, 15% diantaranya tidak mengetahui gejala STEMI, 41% tidak dapat mengintrepretasikan bahwa gejala yang dirasakan adalah penyakit jantung. Mereka cenderung beranggapan bahwa keluhan dan

gejala yang diraskan adalah nyeri perut, sakit punggung, perdarahan otak, stress harian, dan efek obat yang mereka konsumsi.

Proses Pengambilan Keputusan Mencari Pelayanan Kesehatan

Keputusan mencari pertolongan dari hasil penelitian menunjukkan bahwa partisipan cenderung melihat perkembangan kondisi sebagai alasan bertindak mencari pertolongan. Tadinya belum apa-apa, nyeri tidak hilang, nyeri tidak berkurang, makin bertambah sakit, lebih sakit dari yang sebelumnya, sakitnya serius, hingga keluhan terasa sakit lagi menjadi alasan bagi pasien untuk mencari pertolongan.

Hal serupa diungkapkan oleh Pitsavos *et al.* (2006) menunjukkan bahwa kondisi klinis memiliki pengaruh yang signifikan pada lamanya *prehospital* pasien. Pasien yang memiliki riwayat gejala nyeri yang hebat dan riwayat penyakit lain sebelumnya akan memiliki masa *prehospital* yang lebih singkat.

Setelah melihat perkembangan kondisi, pada akhirnya keputusan mencari pertolonganpun diambil. Partisipan mengungkapkan berbeda-beda mengenai orang yang mengambil keputusan saat itu. Beberapa partisipan mengungkapkan saat itu dirinya sendirilah yang mengambil keputusan mencari pertolongan selain istri, anak dan juga lingkungan sosial seperti teman.

Dalam kasus STEMI, sangat dibutuhkan kepedulian individu, keluarga ataupun publik untuk dapat mengenali tanda dan gejala awal STEMI (O'Gara, 2013; Steg *et al.*, 2012). Tidak pekanya individu dan publik terhadap gejala STEMI dapat memperlama fase *prehospital* pasien.

Respon terhadap Keluhan dan Gejala STEMI

Ungkapan penolakan tercermin dari ketidakpercayaan dan ketidakpedulian partisipan terhadap keluhan dan gejala yang muncul sebagai keluhan STEMI. Banyak individu yang tidak ingin percaya bahwa mereka memiliki risiko mengalami serangan jantung. Mereka cenderung menolak fakta keluhan yang mereka rasakan sebagai gejala infark miokard akut hingga kondisi menjadi lebih buruk (Pattenden *et al.*, 2002).

Pateenden *et al.* (2002) menemukan bahwa *decision time* pada pasien berlangsung selama tujuh jam hanya untuk mengakui bahwa keluhan yang mereka rasakan adalah gejala STEMI. Sebagian besar pasien mengakui bahwa mereka berharap keluhan yang mereka rasakan akan segera pergi berlalu sehingga mereka menunggu dan tidak pergi ke rumah sakit atau mencari pelayanan kesehatan.

Selain itu, dalam penelitian ini ekspresi emosional pasien juga muncul seperti takut, menangis, tidak mau membebani hingga pasrah terhadap keluhan yang dirasakan. Studi kuantitatif yang dilakukan oleh Walsh *et al.* (2004) terhadap 61 pasien STEMI bahwa respon emosional memiliki hubungan yang signifikan untuk mempengaruhi lamanya fase *prehospital* pasien. Respon emosional yang tampak biasanya kecemasan, khawatir, gelisah, tegang, kaget, terkejut atas kondisi yang mereka rasakan. Pasien yang memiliki kecemasan/ketegangan dan khawtir tinggi akan memiliki masa *prehospital* yang lebih pendek.

Dengan melewati banyak tahapan dimulai dari penolokan hingga menerima kondisinya pada akhirnya partisipan juga melakukan penanganan awal untuk mengurangi keluhan dan gejala yang dirasakannya. Penanganan awal yang dilakukan oleh partisipan antara lain pengobatan mandiri, mengunjungi pelayanan kesehatan, tatalaksana yang didapatkan pasien dan terakhir kesan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diterima.

Thuresson *et al.* (2012) juga menjelaskan bahwa partisipan cenderung mengalihkan perhatian mereka dengan melakukan aktivitas lain seperti meregangkan otot-otot lengan dan anggota tubuh bagian atas, selain itu mereka mencoba memijatnya. Partisipan cenderung menjadikan keluhan yang mereka rasakan seperti keluhan sakit biasa pada umumnya.

Setelah pengobatan mandiri yang dilakukan tidak berhasil partisipan cenderung segera mengunjungi pelayanan kesehatan seperti Puskesmas atau Polindes, dokter praktik umum, dan rumah sakit terdekat yang dapat dijangkau oleh partisipan dan keluarga dengan cepat.

Di Indonesia tingginya angka mortalitas akiubat penyakit jantung tidak dibarengi dengan peningkatan mutu layanan *prehospital*. Pada situasi tersebut Puskesmas dengan Unit Gawat Darurat 24 jam dapat mengoptimalkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di area pinggiran kota/wilayah kota yang daya jangkauan ke pusat layanan kesehatan lainnya cukup jauh.

Perjalanan Mendapatkan Pelayanan Kesehatan

Perjalanan mendapatkan pelayanan kesehatan digambarkan dari kemudahan akses, lamanya waktu transport, dan kendala selama proses transportasi. Kemudahan akses yang mereka rasakan selama proses transportasi diantaranya diungkapkan dalam bentuk jarak ke pelayanan kesehatan, perjalanan lancar, tidak ada masalah dalam perjalanan dan alat transportasi yang cepat. Penurunan keterlambatan dapat memberikan hasil akhir yang maksimal dalam penanganan STEMI (O'Gara, 2013; Steg *et al.*, 2012).

Implikasi Keparawatan

Penelitian ini dapat menjadi rujukan bagi tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi kebutuhan *health education,* sosialisasi terkait penyakit jantung terutama STEMI dan membangun pelayanan keperawatan yang terintegrasi dimulai dari *Primary Care* sebagai penyedia pelayanan *prehospital* hingga pelayanan keperawatan di rumah sakit pada pasien dengan STEMI.

KESIMPULAN

Penelitian ini menghasilkan delapan tema yaitu ketidaknyamanan fisik, ketidaktepatan menafsirkan gejala, keputusan mencari pertolongan, perilaku terhadap keluhan, ungkapan penolakan, reaksi psikologis, penanganan awal, dan perjalanan mendapatkan pelayanan kesehatan. Kedelapan tema tersebut mampu menggambarkan tujuan khusus penelitian. Secara umum keluhah yang dirsakan pasien dengan STEMI pertama adalah adanya ketidaknyamanan fisik. Munculnya ketidaktepatan menafsirkan keluhan dapat disebabkan karena keterbatasan pengetahuan pasien terkait keluhan dan gejala STEMI sehingga mampu menunda keputusan pasien dalam mencari pelayanan kesehatan.

SARAN

Perlu adanya penelitian lanjutan terkait lama *prehospital time* pasien STEMI di Indonesia menggunakan Triangulasi antara metode kualitatif dan kuantitatif sehingga dapat yang didapatkan lebih lengkap. Perlu adanya tindak lanjut dari rumah sakit sebagai pihak terkait untuk mulai mengaktifkan EMS ataupun ambulan sehingga penanganan *prehospital* pasien STEMI dapat lebih cepat.

DAFTAR PUSTAKA

Aaronson, P. I and Ward, J. P. T. (2010). At a Glance Sistem Kardiovaskular. Edisi Ketiga. *Jakarta: Erlangga Medical Series.*

Isaksson, R. M., Brulin, C., Eliasson, M., Naslund, Ulf., Zingmark, K. (2011). Prehospital experiences of older men with a first myocardial infraction; a qualitative analysis within the Northern Sweden MONICA study. *Scandinavian Journal of Caring Science. 25; 787-797.*

Leslie, W. S., Urie, A., Hooper, J., Morrison, C. E. (2000). Delay in calling for help during myocardial infraction reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. *Heart. 84; 137-141.*

Mussi, F. C., Gibaut, M. A. M., Damasceno, C. A., Mendes, A. S., Guimaraes, A. C., Santos, C. A. (2013). Sociodemographic and clinical factors associated with the decision time for seeking care in acute myocardial infraction. *Rev.Latino-Am. Enfermagem. Forthcoming.*

Ostrzyki, A., Sosnowski, C., Borowiec, A., Zera, T., Pienkowska, K., Drop, D., Chwyzko, T., Kowalik, I., Szwed, H. (2008). Pre-hospital delay of treatment in patients with ST segmen elevation myocardial infraction undergoing primary percutaneous coronary intervention: experience of cardiac centre located in the vicinity of the centre of Warsaw. *Kardiol Pol. 66; 609-614.*

Pattenden, J., Watt, I., Lewin, R. J. P., and Standford. (2002). Decision making process in people with symptoms of acute myocardia; infraction: qualitative study. *BMJ. 324; 1006-1009.*

Perkins, P. L., Whitehead, D. L., Strike, P. C., Steptoe, A. (2009). Prehospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home to hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs. 8(1); 26-33.*

Pitsavos, C., Kourlaba, G., Panagiotakos, D., Stefanadis, C. (2006). Factors associated with delay in seeking helath care for hospitalized patients with acute coronary syndrome: the GREECS study. *Hellenic J Cardiol. 47; 329-336.*

Priyanto Ade. (2011). The Role of Nurse in Acute Coronary Syndrome. *Jakarta: Univeritas Muhamadiyah Jakarta.*

Steg, G., James, S. K., Atar, D., Badano, L. P., Lundqvist, C. B., Borger, M., et al.. *(2012). ESC Guidlines for the management of acute myocardial infraction inpatients presenting with ST-segment elevation.* Euroopean Heart Journal. 33; 2569-2619.

Thuresson Marie. (2012). *The initial phase of an acute coronary syndrome; symptoms, patients' response to symptomes and opportunity to reduce time to seek care and to increase ambulance use*. Orebro University.

REFLEKSI KATARSIS TERHADAP MASYARAKAT PURWODADI-GROBOGAN PASCA BENCANA BANJIR

Agustina Ari Handayani S.Kep, S.Si, M.Si[1]

[1)]Praktisi, Akademisi Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES AN NUR, Purwodadi-Grobogan
Email:moleculargustin@yahoo.com

Abstrak

Latar Belakang-Bencana banjir di Purwodadi merupakan salah satu peristiwa yang berdampak pada kualitas hidup individu. Kejadian ini dapat dilihat sebagai ancaman bagi kesejahteraan individu secara holistik bahkan masih memunculkan permasalahan manajemen pasca bencana yang tidak berkesinambungan. Hal ini terkait dengan beban pasca bencana yang masih tertinggal. Pelepasan beban atau katarsis dilakukan dengan teknik meditasi. Proses refleksi katarsis diperlukan untuk mendorong pola pikir masyarakat sehingga mempunyai perencanaan yang lebih baik dalam upaya meningkatkan kualitas hidupnya. **Tujuan**-Menganalisa dampak latihan meditasi terhadap kualitas hidup masyarakat dan mengekplorasi refleksi katarsis pasca bencana banjir. **Metode**-Penelitian ini menggunakan desain *mixed method*. Tahap pertama dilakukan secara kuantitatif dengan pretest-postest design. Tahap kedua dilakukan secara kualitatif dengan pendekatan etnografi. Sampel purposive sebanyak 16 responden, didapatkan dari hasil penelitian sebelumnya. Kriteria Inklusi: tinggal di wilayah kota Purwodadi minimal 8 tahun, pernah mengikuti sosialisasi bencana banjir, pernah terlibat dalam kepengurusan warga, pengetahuan tentang manajemen bencana kurang dan kualitas hidup tidak baik. Kriteria Eksklusi: anggota Badan Penanggulangan Bencana Daerah. Proses katarsis pada responden dilakukan dengan latihan meditasi sebanyak 4 kali selama 1 bulan dan Focus Group Discussion. Analisa data kuantitatif pre-post design dengan uji Wilcoxon (CI 95%) untuk kualitas hidup (WHO-QOL) dan kualitatif dengan metode Miles dkk (2014). **Hasil**-Berdasarkan uji Wilcoxon, pre-post perlakuan meditasi terhadap kualitas hidup nilai p value 0,002 < 0,05 (mean 0,81 ± SD 0,4), artinya terdapat perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah perlakuan. Temuan berdasarkan analisa kualitatif terdapat 6 tema, yaitu ketersediaan perumahan, keterjangkauan perumahan, keterlibatan dalam kegiatan kemasyarakatan, pemulihan lingkungan, pekerjaan, program dan kebijakan pemerintah. **Simpulan dan Saran**-Perlakuan meditasi merupakan bentuk pelepasan beban yang dapat meningkatkan pola pikir anggota masyarakat sehingga kualitas hidupnya meningkat. Hasil temuan pada fokus grup diskusi merupakan penguatan dan refleksi katarsis tentang manajemen pasca bencana banjir. Masyarakat menemukan cara-cara menarik, bermanfaat dan memuaskan dalam proses katarsis pasca bencana.

Kata Kunci: katarsis, masyarakat, pasca banjir

LATAR BELAKANG

Banjir adalah salah satu bencana alam yang paling umum, terlepas dari keadaan pembangunan manusia dan kondisi alam. Hal ini berdampak terhadap kondisi fisik, ekonomi, sosial, geografis, psikologis, dan budaya usaha manusia (Agbola et al, 2012).

Dampak banjir pada kesehatan manusia berpengaruh terhadap sebaran epidemiologi. Hasil capaian kesehatan yang dikategorikan ke dalam jangka pendek dan jangka panjang juga tergantung pada karakteristik banjir dan kerentanan masyarakat. Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa efek kesehatan jangka panjang tidak dipahami dengan baik. Tekanan psikologis pada korban meningkat (prevalensi 8,6% ke 53% pada tahun berikutnya), keadaan ini juga dapat memperburuk penyakit fisik mereka (Alderman et al, 2012).

Purwodadi telah mengalami banjir secara berulang. Wilayahnya dekat Derah Aliran Sungai (DAS), disertai dengan elevasi rendah dan konversi hutan.

Secara geografis Purwodadi merupakan kecamatan di Kabupaten Grobogan, Jawa Tengah, terletak di tenggara Semarang. Sisi timur kabupaten adalah daerah lembah antara Pegunungan Kendeng di selatan dan Kapur Utara di utara. Kedua gunung merupakan hutan jati dan mahoni yang berfungsi sebagai waduk curah hujan dan juga sebagai ladang dan area peternakan. Lembah ini dihuni oleh penduduk dan ada banyak sungai.

Banjir lokal terjadi sebagai akibat dari hujan deras "di bawah daerah" Purwodadi. Genangan air setelah hujan cukup tinggi. Tingkat ketinggian air berkisar 30 cm sampai 50 cm berlangsung selama 1 sampai 3 jam.

Gambar 1. Banjir di area sawah

Menurut Handayani (2015), bencana banjir di Purwodadi-Grobogan merupakan salah satu peristiwa yang berdampak pada kualitas hidup individu. Kejadian ini dapat dilihat sebagai ancaman bagi kesejahteraan individu secara fisik, emosional, sosial dan lingkungan. Johari dan Najib (2013), menyatakan bahwa kerusakan dan kehilangan membuat seseorang merasa tertekan juga khawatir. Bahkan lebih buruk ketika korban menjadi depresi sebagai akibat dari insiden tersebut.

Masyarakat memerlukan berbagai kebijakan pemerintah yang efektif untuk mencegah dan mengurangi menurunnya kualitas hidup yang akibat banjir. Langkah-langkah tersebut sangat bergantung pada pemahaman yang lebih baik pada kualitas hidup pasca bencana.

Tren kebijakan pemerintah di Purwodadi harus tercermin dalam manajemen risiko banjir yang lebih baik. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisa dampak latihan meditasi terhadap kualitas hidup masyarakat dan mengekplorasi refleksi katarsis pasca bencana banjir.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain mixed method. Proses penelitian ini sudah melalui persetujuan dewan etik dan proses peer review. Tahap pertama dilakukan secara kuantitatif dengan pretest-postest design. Tahap kedua dilakukan secara kualitatif dengan pendekatan etnografi. Sampel purposive sebanyak 16 responden, didapatkan dari hasil penelitian sebelumnya. Kriteria Inklusi: tinggal di wilayah kota Purwodadi minimal 8 tahun, pernah mengikuti sosialisasi bencana banjir, pernah terlibat dalam kepengurusan warga, pengetahuan tentang manajemen bencana kurang dan kualitas hidup tidak baik. Kriteria Eksklusi: anggota BPBD.

Proses katarsis pada responden dilakukan dengan latihan meditasi sebanyak 4 kali selama 1 bulan. Jenis meditasi yang dipergunakan berdasarkan tahapan MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*) dari Handayani (2013) dan Teasdale dkk (2014) dengan modifikasi. MBCT secara singkat, terdiri empat kali pertemuan untuk setiap kelompok (terdapat 4 kelompok, per kelompok 4 orang) berlangsung 90 menit. Teknik meditasi termasuk *body scan*, *mindfulness yoga*, dan *sitting meditation*. Selama tahap *body scan*, responden duduk bersila dengan mata tertutup, mengamati seluruh tubuh tanpa menggali sensasi yang mengenai panca indra dan diakhiri dengan kesadaran membuka mata. Tahap *mindfulness yoga* berisi latihan peregangan lembut dan gerakan lambat. Gerakan ini untuk berkoordinasi dengan napas dan sikap tubuh yang ergonomis. *Sitting meditation,* hampir sama seperti *body scan* dimulai dengan menggali sensasi bernapas dalam, kemudian berevolusi untuk memasukkan modalitas kesadaran (seperti suara, penglihatan, rasa, sensasi tubuh lainnya, pikiran dan emosi). Akhir dari MBCT adalah membuka kesadaran sederhana dan memahami eksistensinya saat ini. Selama proses meditasi, peserta mendengarkan musik rekaman audio dari *www.soundstrue.com*.

Pengukuran kualitas hidup responden menggunakan kuesioner WHO-QOL (Bref-Indonesia) sebelum dan setelah perlakuan meditasi MBCT. Kuesioner berisi pernyataan sebanyak 26 item dengan versi bahasa Indonesia, dengan indikator: kesehatan fisik, psikologis, relasi sosial dan lingkungan. Analisa data kuantitatif pre-post design dengan uji Wilcoxon (CI 95%) untuk kualitas hidup (WHO-QOL)

Focus Group Discussion dilakukan sebanyak dua kali selama 1-1,5 jam. FGD dalam dua kelompok yang terdiri dari 8 orang untuk tiap kelompok. Tim FGD terdiri dari observer, moderator dan notulen, sebanyak 6 orang untuk 2 kelompok. Mereka yang terlibat dalam tim FGD adalah subyek dari penelitian sebelumnya "Dampak manajemen bencana banjir terhadap kualitas hidup masyarakat kota Purwodadi-Grobogan, Jawa-Tengah" dengan tingkat pengetahuan baik dan kualitas hidup baik (Handayani, 2015). Pengumpulan data dalam FGD dilakukan dengan panduan topik pertanyaan semistruktural (Tabel 1. Panduan FGD).

Analisa data kualitatif dengan metode Miles dkk (2014). Proses pengumpulan data dilakukan dengan perekaman dengan media audiotape selama proses diskusi berlangsung, kelengkapan catatan dari notulen dan hasil pertemuan dari observer dengan moderator untuk semakin melengkapi informasi dari kedua grup diskusi.

Analisa dimulai dengan membaca semua transkrip yang tersedia. Kedua observer juga dilibatkan agar tidak ada bagian yang terlewatkan. Kode mulai dikembangkan pada setiap tema.

Tabel 1. Panduan FGD

No	Pertanyaan

1	**Ketersediaan Perumahan** Bagaimana keberadaan rumah anda ketika musim hujan? (genangan, saluran pembuangan air) Bagaimana sistem peresapan air hujan di rumah anda?
2	**Keterjangkauan Perumahan** Bagaimana jangkauan tranportasi ke rumah anda ketika musim hujan?
3	**Keterlibatan dalam Kegiatan Masyarakat** Bagaimana keterlibatan anda terhadap kegiatan masyarakat untuk mencegah banjir? (keaktifan) Bagaimana kontrol anda untuk mencegah banjir? (berkelanjutannya)
4	**Kepedulian Lingkungan** Bagaimana cara anda menciptakan lingkungan yang tahan banjir?
5	**Pekerjaan** Bagaimana sosialisasi bencana banjir di tempat kerja anda? (penanggulan dan dampaknya) Bagaimana kepedulian tempat anda bekerja terhadap bencana banjir?
6	**Program dan Kebijakan Pemerintah** Apa yang telah pemerintah lakukan untuk mencegah banjir? Bagaimana jalannya program tersebut? Bagaimana keterlibatan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan?

HASIL

1. Dampak Meditasi Terhadap Kualitas Hidup

Tabel 2. Uji Wilcoxon

n	mean	SD	Z (two tail)
16	0,81	0,4	0,002 < 0,05

Berdasarkan hasil uji Wilcoxon bahwa nilai p value 0,002 < 0,05, terdapat perbedaan kualitas hidup responden sebelum dan sesudah perlakuan terapi meditasi. Hal ini dapat diasumsikan bahwa kualitas hidup masyarakat mengalami peningkatan setelah dilakukan terapi meditasi.

Secara bertahap, terapi meditasi membantu untuk mengubah faktor fisiologis penting (sinkronisasi pernapasan dan detak jantung) yang mudah terganggu oleh stres dan menciptakan rasa integrasi fisik yang memuaskan. Ritme yang lambat dalam tahapannya, memberikan pengaturan yang indah untuk latihan kesadaran, menawarkan kekayaan isyarat kinestetik, proprioseptif, dan interoceptif terhadap sebuah perhatian terfokus (Omidi dkk, 2013).

Meditasi dipilih karena dapat menjadi metode dalam katarsis. Secara psikologi katarsis merupakan pembebasan atau pelepasan ketegangan dan kecemasan dengan jalan mengalami kembali dan mencurahkan keluar kejadian

traumatis di masa lalu, yang semula dilakukan dengan cara menekan emosi ke dalam "ketidaksadaran" (Heron, 2001).

Berdasarkan penelitian Handayani (2015), sebelumnya bahwa masyarakat di kota Purwodadi yang kualitas hidupnya tidak baik, mempunyai keluhan terhadap infrastruktur jalan yang kurang memadai. Hal ini merupakan dampak dari bencana banjir dan banjir ulangan. Keadaan ini menimbulkan frustasi karena waktu tempuh menjadi cukup panjang. Pernyataan ini juga diperkuat oleh penelitian Papanikolau dkk (2012), kualitas hidup pasca bencana dapat mengalami pemulihan dengan cepat untuk indikator selain lingkungan.

Frustasi ini menimbulkan ketegangan baik secara fisik ataupun mental. Terapi meditasi diterapkan sebagai bentuk pelepasan atas ketegangan yang muncul. Motivasi dari responden sangat besar karena mereka berkeinginan kuat mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Masih terdapat 4 (empat) responden yang belum mengalami peningkatan kualitas hidup secara signifikan. Latihan meditasi pada keempatnya perlu ditingkatkan atau diperpanjang waktunya, untuk meningkatkan beban pelepasan.

2. Refleksi Katarsis

Berdasarkan panduan dari enam topik yang tersedia. Terdapat enam tema utama yang ditemukan, yaitu:

a. Perumahan yang tersedia belum memperhatikan saluran pembuangan dan sumur peresapan.
b. Keterjangkauan perumahan saat hujan memiliki waktu tempuh lebih lama karena infrastruktur yang kurang baik.
c. Keterlibatan secara parsial, baru dipergunakan untuk lingkungan sekitar belum terintegrasi secara luas dan bersifat temporer.
d. Kepedulian lingkungan perlu ditingkatkan dengan penyampaian informasi yang lebih nyata karena masih ada anggapan bahwa risiko banjir yang ditimbulkan berdampak rendah.
e. Jenis pekerjaan akan membuat seseorang lebih peduli terhadap risiko, dampak dan bencana banjir.
f. Program dan kebijakan pemerintah setempat untuk bencana banjir hanya diketahui sebagian masyarakat sehingga keterlibatannya masih terbatas pada proses sosialisasi.

SIMPULAN DAN SARAN

Perlakuan meditasi merupakan bentuk pelepasan beban yang dapat meningkatkan pola pikir anggota masyarakat sehingga kualitas hidupnya meningkat. Hasil temuan pada fokus grup diskusi merupakan penguatan dan refleksi manajemen pasca bencana banjir. Masyarakat menemukan cara-cara menarik, bermanfaat dan memuaskan pasca bencana banjir.

Ucapan Terimakasih

1. Segenap masyarakat kota Purwodadi-Grobogan, Jawa-Tengah yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
2. STIKES AN NUR Purwodadi yang senantiasa memberikan dorongan dalam terselenggaranya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Agbola, B.S. et al. 2012, Flood in Ibadan, Nigeria: Anthropogenic Causes and Consequences. *International Journal of Disaster Risk Science*, 3 (4): 207–217

Alderman, Katarzyna, Turner, Lyle, & Tong, Shilu. 2012 Floods and human health : a systematic review. *Environment International*, 47, pp. 37-47.

Handayani AA. 2013, Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Therapy in High School Environment, *Proceeding International Conference on Environment and Health*, Unika Soegijapranata-United Board for Christian Higher Educations in Asia.

Handayani AA. 2015, The Impact of The Flood Disaster Management on Community Quality of Life in Purwodadi-Grobogan, Central Java. *Proceeding 11th International Seminar On Disaster*, Departemet of Nursing Faculty of Medicine-Universitas Gadjah Mada and Kobe University.

Heron J. 2001, *Helping The Client: A Creative Practical Guide*. 5th edition. SAGE Publications, Inc.

Johari.J and Najib A.M. 2013, Relating Stress, Anxiety and Depression among Flood Victims'Quality of Life in Malaysia: A Theoretical Perspective International. *Journal of Social Science and Humanity*, Vol. 3, No. 6, pp:543-547

Miles BW, et all. 2014, *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Third Edition. SAGE Publications, Inc.

Omidi A, et all. 2013. *Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction on Mood States of Veterans With Post-Traumatic Stress Disorder*. Archive of Trauma Research. Copyright Kashan University of Medical Sciences. Published by Kowsar Corp.

Papanikolaou V, et all. 2012. Long term quality of life after a wildfire disaster in a rural part of Greece. *Open Journal of Psychiatry*, Vol 2, pp: 164-170

Teasdale, JD, et all. 2014. *The mindful Way Workbook : an 8-week program to free yourself from depression and emotional distress*. The Guilford Press

GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA ANAK USIA PRASEKOLAH TERHADAP PROSEDUR PEMASANGAN CAIRAN INTRAVENA DI RSUD AMBARAWA

Iin Rakhmawati, Siti Haryani, Eka Adimayanti
Email : banjar_tiut@yahoo.com

Abstrak

Latar Belakang: Hospitalisasi pada anak adalah proses karena suatu alasan darurat atau berencana mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangan kembali ke rumah. Anak juga memiliki rasa kecemasan yang tinggi saat dilakukan prosedur invasif seperti pemasangan cairan intravena atau perawatan yang dilakukan di rumah sakit dengan reaksi mereka yang cenderung bermacam-macam. Berdasarkan pengalaman peneliti hal tersebut juga terjadi di RSUD Ambarawa. **Metode:** Penelitian ini merupakan penellitian *deskriptif* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional.* Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak usia prasekolah yang akan dilakukan prosedur pemasangan cairan intravena (infus) dengan teknik pengambilan *accidental sampling*, alat pengukuran data berupa observasi untuk mengukur tingkat kecemasan pada anak usia prasekolah. Analisa statistik menggunakan distribusi frekuensi. **Hasil:** Hasil penelitian pada 28 anak usia prasekolah yang dilakukan prosedur pemasangan cairan intravena (infus) di RSUD Ambarawa menunjukan bahwa anak mengalami cemas berat sejumlah 10 anak (35,7%), sedangkan anak yang mengalami panik sejumlah 7 anak (25,0%), yang mengalami cemas sedang sejumlah 6 anak (21,4%), dan yang mengalami cemas ringan sejumlah 5 anak (17,9%). **Kesimpulan** penelitian ini adalah sebagian besar anak usia prasekolah yang dilakukan prosedur pemasangan cairan intravena (infus) di RSUD Ambarawa mengalami kecemasan berat. Saran untuk pelayanan kesehatan RSUD Ambarawa dapat dijadikan sebagai masukan dalam membuat strategi seperti melakukan terapi bermain seperti *role play* dan melibatkan orang – orang terdekat untuk menurunkan kecemasan.

Kata kunci : Kecemasan, Anak Usia Prasekolah, Prosedur Pemasangan Cairan Intravena

PENDAHULUAN

Sakit dan hospitalisasi menimbulkan krisis pada kehidupan anak. Di rumah sakit, anak harus menghadapi lingkungan yang asing, pemberi asuhan yang tidak dikenal, dan gangguan terhadap gaya hidup mereka (Wong, 2004 : 741). Anak akan mengalami stres akibat perubahan dan merasa cemas baik terhadap status kesehatannya maupun lingkungan sehari-hari dan anak mengalami keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian yang bersifat menekan (Nursalam, 2005 : 18). Anak juga memiliki rasa kecemasan yang tinggi saat perawatan dirumah sakit. Terutama pada mereka yang baru pertama kali masuk rumah sakit atau pun anak yang sudah memiliki pengalaman buruk saat di rawat di rumah sakit akan menunjukan rasa kecemasanya dengan bermacam-macam reaksi mereka.

Kecemasan merupakan stres psikis yang dialami anak selama dirawat di rumah sakit. Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang tidak jelas dan

gelisah disertai respon otonom (sumber terkadang tidak sepesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan yang was-was untuk mengatasi bahaya (Nanda, 2006 : 165). Rasa cemas ditandai oleh kekhawatiran ketidakenakan dan perasaan yang tidak baik yang tidak dapat di hindari oleh seseorang, disertai dengan perasaan tidak berdaya. Pada kecemasaan yang mengambang ini anak akan mengalami rasa takut setiap menghadapi situasi yang dianggap sebagi ancaman yang potensial. Kecemasan merupakan hasil dari proses psikologis dan fisiologis dalam tubuh manusia, kecemasan tidak sama dengan rasa takut sekalipun memang ada kaitannya, cemas dapat berupa perasaan khawatir, perasaan tidak enak, perasaan tidak pasti atau rasa sangat takut sebagai suatu ancaman atau perasaan yang mengancam dimana sumber nyata dari kecemasan tersebut tidak dapat diketahui secara pasti. Gambaran kajian kecemasan secara biologis menunjukan kesehatan umum seseorang mempunyai akut nyata sebagai predisposisi terhadap kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor. Perawatan dirumah sakit seringkali di persepsikan anak prasekolah sebagai hukuman sehingga anak akan merasa malu, berasalah atau takut. Ketakutan anak terhadap perlukaan akan muncul karena anak menganggap tindakan atau prosedurnya mengancam intergitas tubuhnya (Struart Sundeen, 2001 : 166).

Pada anak usia prasekolah kecemasan yang paling besar dialami adalah ketika pertama kali mereka masuk sekolah dan kondisi sakit yang dialami anak. Apabila anak mengalami kecemasan tinggi saat di rawat di rumah sakit maka besar sekali kemungkinan anak mengalami disfungsi perkembangan. Anak akan mengalami gangguan, seperti ganguan somatik, emosional dan psikomotor (Nelson, 2006 : 75). Kelompok anak usia prasekolah juga dapat menunjukan kecemasan perpisahan melalui menolak makan, kesulitan dalam tidur, menangis kuat-kuat pada orang tuanya. Mereka dapat mengekspresikan kemarahannya dengan merusak permainannya, pemukulan terhadap anak yang lain atau menolak untuk kooperatif selama aktifitas *self care* yang rutin. Kelompok ini mempunyai kebutuhan khusus yaitu menyempurnakan banyak dari keterampilan yang telah di peroleh dan ini dapat di capai di rumah sakit (Nita, 2009 : 52). Menurut peneliti yang dilakukan sebelumnya oleh Petrus Dominggo Riberu (2012), hasil penelitian dengan judul "Pengaruh Terapi Bermain *Puzzle* Terhadap Kecemasan Pada Anak Prasekolah (3-6 Tahun) Selama Menjalani Perawatan Di Ruang Anak RSUD Ambarawa" berdasarkan hasil penguji dengan hasil pengujian hipotesis dengan analisis univariat dapat diketahui bahwa ternyata ada pengaruh yang bermakna (signifikan) antara gambaran kecemasan sebelum diberikan terapi bermain *puzzle* pada anak usia prasekolah (3-6 tahun) dan sesudah diberikan terapi bermain *puzzle*, selama menjalani perawatan di Ruang anak RSUD Ambrawa Kabupaten Semarang.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti terdapat informasi dari rekam medik bahwa dalam tiga bulan terakhir ini pasien anak yang masuk di RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang terdapat 566 pasien dan anak usia prasekolah berjumlah 75 pasien. Dalam studi pendahuluan ini peneliti mengambil 10 responden sebagai sampel dan ternyata hasilnya sangat komplek antara kecemasan anak yang satu dengan yang lainnya yaitu 40 % anak mengalami kecemasan sedang, 30 % anak mengalami kecemasan ringan dan 30 % mengalami kecemasan berat.

Berdasarkan pengalaman-pengalaman yang peneliti alami selama praktik di rumah sakit khususnya di Instalasi Gawat Darurat atau IGD RSUD Ambarawa terdapat beberapa anak yang akan dilakukan pemasangan intravena memiliki kecemasan, dan kecemasan anak tersebut berbeda-beda. Kecemasan yang terjadi pada anak ada

antisipasi, ringan, berat bahkan ada yang sampai panik. Saat dilakukan pemasangan intravena anak tersebut ada yang berespon diam, nangis, berteriak bahkan ada yang berontak.

Berdasarkan fenomena – fenomena diatas peneliti tertarik untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan pada anak usia prasekolah terhadap pemasangan intravena yang dilakukan di Rumah Sakit dengan judul "Gambaran Tingkat Kecemasan Anak Usia Prasekolah Terhadap Prosedur Pemasangan Cairan Intravena Di RSUD Ambarawa". Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendiskripsikan gambaran tingkat kecemasan pada anak usia prasekolah terhadap prosedur pemasangan cairan intravena yang dilakukan di RSUD Ambarawa.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penellitian *deskriptif* yaitu menggambarkan frekuensi satu variabel, sehingga dapat diketahui seberapa frekuensi variabel tersebut (Nursalam, 2005 : 162). Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam peneliti ini adalah seluruh anak usia prasekolah yang akan dilakukan prosedur pemasangan cairan intravena (infus). Adapun jumlah populasi pada penelitian ini adalah sebanyak 28 responden. Penelitian ini ditentukan dengan menggunakan *accidental sampling*. Sampling dalam penelitian ini adalah anak usia prasekolah yang akan dilakukan prosedur pemasang cairan intravena (infus) di IGD RSUD Ambarawa.

Sedangkan untuk melakukan penelitian pada variabel tingkat kecemasan anak usia prasekolah menggunakan lembar observasi kecemasan. Hasil perhitungan tiap-tiap item akan dibandingkan dengan tabe nilai *product moment* instrumen dikatakan valid apabila nilai r hitung > r tabel dimana untuk N = 20 pada taraf signifikansi 5 %, r tabelnya adalah 0,444 (Sugiyono, 2008).

Berdasarkan hasil uji validitas kuesioner tingkat kecemasan diperoleh nilai r hitung dari item no. 1 sampai dengan 20 terletak antara 0,462-0,647. Terlihat bahwa nilai-nilai ini lebih besar dari r tabel 0,444. Dengan demikian disimpulkan bahwa semua item dalam kuesioner tersebut dapat dinyatakan valid untuk digunakan sebagai bahan penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah dilakukan penelitian terhadap 28 responden di RSUD Ambarawa di dapatkan hasil bahwa sebagian besar anak usia prasekolah mengalami cemas berat terhadap prosedur pemasangan cairan intravena (infus) di RSUD Ambarawa, yaitu sejumlah 10 anak (35,7%), sedangkan anak yang mengalami panik sejumlah 7 anak (25,0%), yang mengalami cemas sedang sejumlah 6 anak (21,4%), dan yang mengalami cemas ringan sejumlah 5 anak (17,9%).

Kecemasan anak usia prasekolah di IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang dalam kategori cemas berat (35,7%) salah satunya di sebabkan oleh ketakutan terhadap prosedur yang akan menyakitkan. Hal tersebut ditandai dengan nadi anak cenderung cepat, kringat dingin, ingin selalu di dampingi oleh orang tua atau orang terdekatnya, mencoba membuang benda atau alat yang menempel di tubuhnya, menangis bahkan sampai berontak minta pulang dan pada dasarnya sakit dan hospitalisasi menimbulkan krisis pada kehidupan anak. Di rumah sakit, anak harus menghadapi lingkungan yang asing, pemberian asuhan yang tidak dikenal, mereka harus mengalami prosedur yang menimbulkan nyeri, adanya perubahan gaya hidup, kehilangan kemandirian dan berbagi hal yang diketahui. Interprestasi mereka terhadap pengalaman dan signifikan yang

mereka tempatkan pada pengalaman ini secara langsung berhubungan dengan tingkat perkembangan (Wong, 2009 : 769)

Kecemasan anak usia prasekolah di IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang dalam kategori panik (25,0%) salah satunya di sebabkan oleh ketakutan dan teror. Hal tersebut di tandai dengan adanya anak tidak mau diam di tempat tidur bahkan sampai lari dari ruangan dan menangis minta pulang. Karena mengalami kehilangan kendali orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Dengan panik, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran rasional (Suyitno, 2010 : 11).

Kecemasan anak usia prasekolah di IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang dalam kategori cemas sedang (21,4%) salah satunya di sebabkan oleh rasa tidak nyaman akan perubahan yang terjadi. Hal tersebut di tandai dengan anak cenderung memalingkan muka, berusaha menjauh ketika di dekati perawat, tampak mudah marah dan menyerang ketika di ajak bicara. Bagi anak usia prasekolah, sakit adalah suatu yang menakutkan. Selain itu, perawatan di rumah sakit dapat menimbulkan cemas karena akan merasa kehilangan lingkungan yang dirasakan aman, penuh kasih sayang, dan menyenangkan. Anak juga harus meninggalkan lingkungan rumah yang dikenalnya, permainan, dan teman sepermainannya. Beberapa hal tersebut membuat anak menjadi stres atau tertekan. Sebagi akibatnya, anak merasa gugup dan tidak tenang, bahkan pada saat menjelang tidur (Supartini, 2004 : 139).

Kecemasan anak usia prasekolah di IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang dalam kategori cemas ringan (17,9%) salah satunya di sebabkan oleh penjelasan prosedur tindakan oleh orang tua kepada anak. Apabila anak tidak mempunyai koping yang efektif, maka hal tersebut akan menimbulkan cemas yang di tandai dengan wajah anak tampak bingung, merasa takut dengan orang yang baru di kenal seperti perawat, dokter dan pasien lain, dan terkadang juga anak akan menangis minta pulang. Hal ini dapat dicegah dengan cara memberikan penjelasan kepada anak, seperti membawa anak berkeliling rumah sakit atau melalui pertunjukan boneka. Ketika anak didaftarkan untuk dirawat, perawat sebaiknya menjelaskan mengenai prosedur-prosedur yang akan dilakukan pada anak (Nursalam, 2005 : 25).

Sesuai dengan pendapat Whaley dan Wong (2004 :778) tentang sakit anak mempersepsikan sakit sebagai suatu hukuman untuk perilaku buruk, hal ini terjadi karena anak masih mempunyai keterbatasan tentang dunia disekitar mereka. Anak mempunyai kesulitan dalam pemahaman mengapa mereka sakit, tidak bisa bermain dengan temannya, mengapa mereka terluka, dan nyeri sehingga membuat mereka harus pergi kerumah sakit dan harus mengalami hospitalisasi. Reaksi anak tentang hukuman yang diterimanya dapat bersifat pasive, cooperative, membantu atau mencoba menghindari dari orang tua, dan anak menjadi cepat marah.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rizki Wahyu Cipta (2012) yang dilakukan Di Ruang Anak Rumah Sakit Prikasih, Pondok Labu, Jakarta, bahwa anak yang di hospitalisasi dan mengalami prosedur invasif ini mempunyai tingkat kecemasan yang berbeda – beda dan dapatkan disimpulkan bahwa anak yang mengalami hospitalisasi dengan prosedur invasif ini cenderung mengalami tingkat kecemasan berat yaitu dari 30 responden yang di teliti 8 responden (26,7%) mengalami tingkat kecemasan sedang, 15 responden (50%) mengalami tingkat kecemasan berat dan 7 responden (23,3%) mengalami tingkat kecemasan panik.

Peneliti beranggapan bahwa kejadian tersebut sejalan dengan apa yang peneliti pikirkan, bahwa tingkat kecemasan yang dialami oleh anak ketika di lakukan prosedur pemasangan cairan intravena (infus) sangatlah berbeda – beda ada yang mengalami cemas ringan, sedang, berat bahkan sampai ada yang panik.

SIMPULAN DAN SARAN

Peneliti dapat menyimpulkan dari 28 responden diperoleh bahwa sebagian besar anak usia prasekolah mengalami cemas berat terhadap prosedur pemasangan cairan intravena (infus) di RSUD Ambarawa, yaitu sejumlah 10 anak (35,7%), sedangkan anak yang mengalami panik sejumlah 7 anak (25,0%), yang mengalami cemas sedang sejumlah 6 anak (21,4%), dan yang mengalami cemas ringan sejumlah 5 anak (17,9%).

Saran bagi pelayanan kesehatan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi tentang gambaran kecemasan anak usia prasekolah terhadap prosedur pemasangan cairan intravena (infus) dan dapat menjadi masukan yang bisa digunakan dalam melakukan prosedur pemasangan infus pada anak usia prasekolah di IGD RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang sehingga dapat meningkatkan citra RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.

DAFTAR PUSTAKA

Adriana, D. (2011). *Tumbuh Kembang & Terapi Bermain pada Anak.* Jakarta : Salemba Medika.

Arikunto. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Prakek.* Jakarta : Rineka Cipta.

Arya. (2009), http://aryawitl.blogspot.com/2009/02/prosedur-pemasangan-infus-intra-vena.html, diperoleh tanggal 15 Maret 2013.

Cipta, R. W. (2012). Gambaran Kecemasan Pada Anak Usia Sekolah Terhadap Hospitalisai Di Ruang Anak Dumah Sakit Prikasih Jakarta, *Skripsi* : Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta.

Dalami. et al. (2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Psikososial*. Cetakan I. Jakarta : Penerbit Trans Info Media.

Hidayat, A.A.A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Tehnik Analisa Data.* Jakarta: Salemba Medika.

Hidayat, A.A. (2005) Buku I. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1.* Cetakan I. Jakarta : Penerbit Selemba Medika.

Hidayat, A, et al. (2005). *Buku Saku : Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia.* Jakarta: EGC.

Kartono. (2007). *Psikologi Anak – Psikologi Perkembanga.* Edisi 6. Bandung : Mandar Maju.

Nanda. (2006). *Panduan Diagnosa NANDA 2005-2006 : Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC.

Nelson WE. (2006). *Ilmu Kesehatan Anak*. Samik Wahab. Jakarta : EGC.

Nita, F. (2009). *Prinsip Dasar Dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan Dan Strategi Pelaksanaan Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta : Salemba Medika.

Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan.* Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika.

Nursalam, S. et al. (2005) *Asuhan Keperawatan Bayi Dan Anak (untuk Perawat dan Bidan)*. Cetakan I. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.

Riberu, P, D. (2012). Pengaruh Terapi Bermain Puzzle Terhadap Kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah (3-6 Tahun) Selama Menjalani Perawatan Di Ruang Anak RSUD Ambarawa, *Skripsi* : Stikes Ngudi Waluyo Ungaran.

Riyanto, A. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Saraswati. (2009). *Mini Seri Self Healing Cara Holistik Dan Praktis Atasi Ganguan Kesuburan Wanita*. Jakarta : PT Bhuana Ilmu Populer.

Smeltzer. S.c & Bare, B.G (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah (Terjemahan)*. Edisi 3. Jakarta : EGC.

Stuart, S. (2001). *Buku Saku Keperawatan Jiwa.* Edisi 4. Alih Bahasa. Monica Ester. Jakarta : EGC.

Stuart. G. W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa (Terjemahan).* Edisi 3. Jakarta : EGC.

Sugiyono. (2007). *Statistika Untuk Penelitian.* Cetakan 9. Bandung : Alfa Beta.

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

Suyitno, B. (2010). Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Saat Pengangkatan Jahitan Pada Pasien Pasca Bedah Di Rumah Sakit Umum Ungaran, *Skripsi* : Stikes Ngudi Waluyo Ungaran.

Swearingen, P. et al. (2001). *Seri Pedoman Praktis : Keseimbangan Cairan, Elektrolit dan Asam Basa.* Edisi 2. Jakarta: EGC.

Wasis. (2008). *Pedoman Riset Praktis (Untuk Profesi Perawat).* Jakarta : EGC.

Weinstein, S. (2001). *Buku Saku : Terapi Intravena*. Edisi 2. Jakarta: EGC.

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

Wong, D.L. et al. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Edisi 6. Jakarta : EGC.

PENGARUH PEMBERIAN AIR REBUSAN SELEDRI PADA LANSIA PENDERITA TEKANAN DARAH TINGGI (HIPERTENSI) DI DUSUN GOGODALEM BARAT

Ni Nengah Mini Arie*,Ummu Muntamah**,Trimawati ***

Akademi Keperawatan Ngudi Waluyo Ungaran
Email: nyfa_izza@yahoo.com

ABSTRAK

Hipertensi atau yang sering disebut tekanan darah tinggi adalah tekanan darah peristen dimana tekanan sistoliknya diatas 140 mmHg dan tekanan diastoliknya diatas 90 mmHg. Seledri (Apium graveolens L) merupakan salah satu dari jenis terapi herbal untuk menangani penyakit hipertensi. seledri memiliki kandungan apigenin yang sangat bermanfaat untuk mencegah penyempitan pembuluh darah dan tekanan darah tinggi. Selain itu, seledri juga mengandung flavonoid, vitamin C, apiin, kalsium, dan magnesium yang dapat membantu menurunkan tekanan darah tinggi. Penelitian ini menggunakan experiment one-group pre- post tes design. Sampel yang diambil sebanyak 10 orang penderita hipertensi yang ada di Dusun Gogodalem Barat dengan teknik pengambilan sampel yaitu secara simple random sampling. Instrument pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sphygmomanometer air raksa, stetoskop dan lembar tabulasi. Analisa data dilakukan dengan bantuan software SPSS dengan menggunakan uji Wilcoxon. Hasil penelitian menunjukkan uji wilcoxon didapatkan nilai Z hitung untuk tekanan darah sistole sebesar -2,911 dengan p- value sebesar 0,004. Oleh karena p-value 0,004 < α (0,05), dan Z hitung untuk tekanan darah diastole sebesar -2,000 dengan p-value 0,046 . Oleh karena kedua p-value tersebut < α (0,05) maka Ho ditolak. Hal ini disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian air rebusan seledri terhadap penurunan tekanan darah baik sistole maupun diastole pada lansia penderita hipertensi di Dusun Gogodalem Barat.

Kata Kunci : Seledri, Tekanan darah Tinggi (Hipertensi), Lansia

Pendahuluan

Hipertensi atau yang sering disebut dengan tekanan darah tinggi adalah tekanan darah persisten dimana tekanan sistoliknya di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi lanjut usia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg. Hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal.(Brunner & Suddarth, 2002). Menurut Hardiman (2007), orang yang beresiko terkena hipertensi adalah pria berusia di atas 45 tahun atau wanita di atas usia 55 tahun serta ada riwayat keturunan. Faktor lainnya yaitu kegemukan (obesitas), merokok, minum alkohol, mengkonsumsi garam berlebih, kurang berolah raga, menderita diabetes mellitus, stress dan lain-lain.Sedangkan tanda - tanda orang yang menderita tekanan darah tinggi menurut (Budhi Setianto, 2007)adalah sakit kepala, jantung berdebar - debar, sakit di tengkuk, mudah lelah, penglihatan kabur dan mimisan (perdarahan hidung).

Hipertensi memang dapat dikatakan sebagai "pembunuh diam-diam' atau The Silent Killer.Hipertensi umumnya terjadi tanpa gejala (Asimptomatis). Sebagian besar orang tidak merasakan apa pun, meski tekanan darahnya sudah jauh di atas normal. Hal ini dapat berlangsung bertahun- tahun sampai akhirnya penderita jatuh ke dalam kondisi darurat dan terkena penyakit jantung, stroke, atau rusak ginjalnya.Komplikasi ini banyak berujung pada kematian sehingga yang tercatat sebagai penyebab kematian adalah komplikasinya (Http://health.kompas.com, diperoleh 20 Maret, 2013). Penderita tekanan darah tinggi akan mendapatkan obat penurunan tekanan darah bila menemui dokter. Obat - obatan tersebut diantaranya jenis -jenis obat golongan diuretik, penghambat adrenergik,ACE-Inhibitor, ARB, antagonis kalsium, dan lain sebagainya (Junaidi, 2010).

Pengobatan modern atau yang biasa disebut obat kimia tentunya akan menimbulkan komplikasi yang tidak baik bagi tubuh apabila digunakan dalam jangka panjang, sehingga diperlukan cara lain untuk mengatasi penyakit hipertensi diantaranya dengan menggunakan obat tradisional. Beberapa tanaman yang bisa digunakan sebagai bahan baku obat tekanan darah tinggi diantaranya adalah bawang putih, mentimun, seledri, daun salam dan lain sebagainya (Nazaruddin, 2009).

Seledri (Apium graveolens L) merupakan salah satu dari jenisterapi herbal untuk menangani penyakit hipertensi.Masyarakat Cina tradisional sudah lama menggunakan seledri untuk menurunkan tekanan darah. Seledri memiliki kandungan yang lebih banyak untuk menurunkan tekanan darah dari pada tumbuhan lain yang dapat juga digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi seperti daun salam yang hanya memiliki kandungan minyak asiri dan flavonoid untuk menurunkan tekanan darah dan mahoni yang hanya memiliki kandungan flavonoida untuk menurunkan tekanan darah sedangkan seledri memiliki kandungan apigeninyang sangat bermanfaat untuk mencegah penyempitan pembuluh darah dan tekanan darah tinggi. Selain itu, seledri juga mengandung flavonoid, vitamin C, apiin, kalsium, dan magnesium yang dapat membantu menurunkan tekanan darah tinggi Http://health.kompas.com, diperoleh 20 Maret, 2013). Tahun 1985, Dondokambey telah melakukan penelitian pemberian ekstrak seledri dengan cara peras dan hasilnya menunjukkan penurunan tekanan darah pada kucing dan dari hasil penelitian lainnya telah dibuktikan juga, sari seledri menurunkan tekanan darah pada hewan percobaan kucing. Telah pula dibuktikan, air rebusan seledri menurunkan kadar kolesterol darah hewan percobaan tikus. Beberapa orang yang telah mengunakannya untuk tujuan menurunkan tekanan darah juga telah merasakan manfaat tersebut. Efek farmakologis dan beberapa hasil penelitian tentang seledri, yakni sebagai berikut : Infus daun seledri dengan kadar 10 % sebanyak 5 ml/kg bb akan memberikan efek penurunan kadar asam urat darah kera secara nyata, jika dibandingkan dengan pemberian probenecid 20 mg/kg bb pada 3,4,5 dan 6 jam pemberian. Akan tetapi, akan berbeda nyata jika dibandingkan dengan probenecid pada 7,5, dan 9 jam pemberian Junaidi (2010).

Selain itu ada juga penelitian tentang pemberian ekstrak seledri dengan cara peras maupun refluks yang menunjukkan penurunan tekanan darah kucing (Junaidi (Dondokambey, 1985)). Alkaloid yang terkandung dalam biji seledri mempunyai efek sedatif dan antikonvulsan pada tikus.Minyak menguap pada biji seledri dapat menghambat perkembangan jamur, seperti Histoplasma capsulatum dan Candida albicans.

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian dengan menggunakan design eksperimental. Penelitian ini menggunakan one-group pre-post tes design. Ciri tipe penelitian ini adalah mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek. Kelompok subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi. Responden dilakukan pre-test yakni melakukan pengukuran tekanan darah sebelum diberikan air rebusan seledri dan setelah diberikan air rebusan seledri, satu jam kemudian responden diperiksa kembali tekanan darahnya sebagai hasil post-test.

Bentuk rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut :

	One-Group Pre-Post Tes Design		
Kelompok	Pre-test	Perlakuan	Post-test
Eksperimen	O1	x	O2

Hasil Penelitian

Hasil dari penelitian ini terdiri dari dua bagian, yaitu analisis univariat dan analisis bivariat yang disajikan berikut ini.

Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian digunakan untuk memberikan gambaran tekanan darah lansia sebelum dan sesudah diberikan air rebusan seledri di Dusun Gogodalem Barat.

Gambaran Tekanan Darah Lansia Sebelum Diberikan Air Rebusan Seledri

Tabel 1.1 Tekanan Darah Lansia Sebelum Diberikan Air Rebusan Seledri Di Dusun Gogodalem Barat, 2013

No Res	Umur	Sistole	Diastole
1	70 th	160 mmHg	100 mmHg
2	70 th	180 mmHg	100 mmHg
3	65 th	150 mmHg	90 mmHg
4	63 th	150 mmHg	90 mmHg
5	84 th	160 mmHg	100 mmHg
6	74 th	160 mmHg	100 mmHg
7	84 th	170 mmHg	100 mmHg
8	60 th	150 mmHg	80 mmHg
9	59 th	180 mmHg	90 mmHg
10	67 th	150 mmHg	100 mmHg

Gambaran Tekanan Darah Lansia Sesudah Diberikan Air Rebusan Seledri

Tabel 1.2 Tekanan Darah Lansia Sesudah Diberikan Air Rebusan Seledri Di Dusun Gogodalem Barat, 2013

No Responden	Umur	Sistole	diastole
1	70 th	155 mmHg	100 mmHg
2	70 th	170 mmHg	90 mmHg
3	65 th	140 mmHg	90 mmHg
4	63 th	140 mmHg	80 mmHg
5	84 th	150 mmHg	100 mmHg
6	74 th	152 mmHg	90 mmHg
7	84 th	150 mmHg	100 mmHg
8	60 th	140 mmHg	80 mmHg
9	59 th	170 mmHg	90 mmHg
10	67 th	140 mmHg	90 mmHg

Tabel 1.3 Analisis Deskriptif Berdasarkan Tekanan Darah Lansia Penderita Hipertensi Sebelum Diberikan Air Rebusan Seledri di Dusun Gogodalem Barat 2013

Variabel	N	Mean (mmHg)	SD (mmHg)	Min (mmHg)	Max (mmHg)
TD Sistole	10	161.00	11.972	150	180
TD Diastole	10	95.00	7.071	80	100

Berdasarkan tabel 1.3, dapat diketahui bahwa rata-rata tekanan darah sistole lansia penderita hipertensi di Desa Gogodalem Barat sebelum diberikan air rebusan seledri sebesar 161,00 mmHg dengan standar deviasi sebesar 11,972. Sedangkan rata-rata tekanan darah diastolenya sebesar 95,00 mmHg dengan standar deviasi 7,071.

Tabel 1.4 Analisis Deskriptif Berdasarkan Tekanan Darah Lansia Penderita Hipertensi Sesudah Diberikan Air Rebusan Seledri di Dusun Gogodalem Barat, 2013

Variabel	N	Mean (mmHg)	SD (mmHg)	Min (mmHg)	Max (mmHg)
TD Sistole	10	150,70	11,662	140	170
TD Diastole	10	91,00	7,379	80	100

Berdasarkan tabel 1.4, dapat diketahui bahwa rata-rata tekanan darah sistole lansia penderita hipertensi di Desa Gogodalem Barat sesudah diberikan air rebusan seledri sebesar 150,70 mmHg dengan standar deviasi sebesar 11,662. Sedangkan rata-rata tekanan darah diastolenya sebesar 91,00 mmHg dengan standar deviasi 7,379.

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui pengaruh pemberian air rebusan seledri terhadap tekanan darah pada penderita tekanan darah tinggi di Dusun Gogodalem Barat. Untuk menguji pengaruh ini digunakan uji Wilcoxon, hal ini dikarenakan data yang diperoleh tidak berdistribusi normal dengan p-value 0,028, 0,002, 0,029, dan 0,036 < α (0,05). Hasil uji Wilcoxon disajikan berikut ini.

Tabel 1.5 Pengaruh Pemberian Air Rebusan Seledri Terhadap Tekanan Darah pada Penderita Tekanan Darah Tinggi di Dusun Gogodalem Barat, 2013

Variabel	Perlakuan	N	Mean	SD	Z	p-value
TD Sistole	Sebelum	10	161,00	11,97	-2,911	0,004
	Sesudah	10	150,70	211,6		
				62		
TD Diastole	Sebelum	10	95,00	7,071	-2,000	0,046
	Sesudah	10	91,00	7,379		

Berdasarkan tabel 1.5 di atas, dapat diketahui bahwa rata-rata tekanan darah systole lansia sebelum diberikan air rebusan seledri sebesar 161,00 mmHg kemudian turun menjadi 150,70 mmHg sesudah diberikan air rebusan seledri. Sedangkan tekanan darah diastolenya juga mengalami penurunan dari 95,00 mmHg sebelum diberikan air rebusan seledri menjadi 91,00 mmHg sesudah diberikan air rebusan seledri.

Berdasarkan uji wilcoxon didapatkan nilai Z hitung untuk tekanan darah sistole sebesar -2,911 dengan p-value sebesar 0,004. Oleh karena p-value 0,004 < α (0,05), dan Z hitung untuk tekanan darah diastole sebesar -2,000 dengan p-value 0,046 . Oleh karena kedua p-value tersebut < α (0,05) maka Ho ditolak. Hal ini disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian air rebusan seledri terhadap penurunan tekanan darah baik sistole maupun diastole pada lansia penderita hipertensi di Dusun Gogodalem Barat.

Pembahasan

Seledri memiliki kandungan yang lebih banyak untuk menurunkan tekanan darah dari pada tumbuhan lain yang dapat juga digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi. seledri memiliki kandungan apigenin yang sangat bermanfaat untuk mencegah penyempitan pembuluh darah dan tekanan darah tinggi. Selain itu, seledri juga mengandung flavonoid, vitamin C, apiin, kalsium, dan magnesium yang dapat membantu menurunkan tekanan darah tinggi. Berdasarkan uji wilcoxon didapatkan nilai Z hitung untuk tekanan darah sistole sebesar -2,911 dengan p-value sebesar 0,004. Oleh karena p-value 0,004 < α (0,05), dan Z hitung untuk tekanan darah diastole sebesar -2,000 dengan p-value 0,046 . Oleh karena kedua p-value tersebut < α (0,05) maka Ho ditolak. Hal ini disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian air rebusan

seledri terhadap penurunan tekanan darah baik sistole maupun diastole pada lansia penderita hipertensi di Dusun Gogodalem Barat.

Menurut Dalimartha (2000), Kandungan kimia dari herba seledri adalah flavonoid, saponin, tanin 1 %, minyak asiri 0,033 %, flavor-glukosida (apiin), apigenin, kolin, lipase, asparagines, zat pahit, vitamin (A, B, dan C). Setiap 100 g herba seledri mengandung air sebanyak 93 ml, protein 0,9 g, lemak 0,1 g, karbohidrat 4 g, serat 0,9 g, kalsium 50 mg, besi 1 mg, fosfor 40 mg, yodium 150 mg, kalium 400 mg, magnesium 85 mg, vitamin A 130 IU, vitamin C 15 mg, riboflavin 0,05 mg, tiamin 0,03 mg, dan nikotinamid 0,4 mg. Akar mengandung asparagin, manit, zat pati, lender, minyak asiri, pentosan, glutamin, dan tirosin. Biji mengandung apiin, minyak menguap, apigenin, dan alkaloid. Apigenin berkhasiat hipotensif. Peneliti membuat air rebusan seledri yang dibuat dengan cara mencuci 100 gr seledri seutuhnya sampai bersih, lalu dipotong-potong kasar, lalu dimasukan ke dalam panci. Tambahkan 1 gelas air bersih 200ml lalu rebus sampai airnya tersisa 3/4 nya. Setelah dingin, airnya diminum.diberikan 2 kali sehari masing- masing yaitu70ml kepada 10 responden untuk melihat pengaruh pemberian air rebusan seledri pada penderita tekanan darah tinggi.

Peneliti memberikan air rebusan seledri untuk membantu mengatasi tekanan darah tinggi yang dialami oleh responden, karena seledri memiliki beberapa kandungan yang dapat menurunkan tekanan darah tinggi yakni, antara lain: flavanoid, flavanoid dapat menghalau penyakit degeneratif. Flavanoid dapat bertindak sebagai quencer atau penstabil oksigen singlet. Salah satu flavonoid yang berkhasiat seperti itu adalah quercetin. Senyawa ini beraktivitas sebagai antioksidan dengan melepaskan atau menyumbangkan ion hidrogen kepada radikal bebas peroksi agar menjadi lebih stabil. Aktivitas tersebut menghalangi reaksi oksidasi kolesterol jahat (LDL) yang menyebabkan darah mengental, sehingga mencegah pengendapan lemak pada dinding pembuluh darah (Jupiter, 2008).

Apigenin, yang terdapat di seledri sangat bermanfaat untuk mencegah penyempitan pembuluh darah dan tekanan darah tinggi (Majalah Sekar, 2010). Vitamin C, vitamin C merupakan salah satu antioksidan yang dapat menurunkan tekanan darah sekitar 5 mmHg, melalui perannya memperbaiki kerusakan arteri karena hipertensi. Vitamin C membantu menjaga tekanan darah normal dengan cara meningkatkan pengeluaran timah dari tubuh terpapar timah secara kronis dapat meningkatkan tekanan darah. Jadi, dengan dikeluarkannya timah dari dalam tubuh, tekanan darah pun akan turun. Vitamin C memulihkan elastisitas pembuluh darah (Junaidi, 2010). Apiin, bersifat diuretik yaitu membantu ginjal mengeluarkan kelebihan cairan dan garam dari dalam tubuh, sehingga berkurangnya cairan dalam darah akan menurunkan tekanan darah (Wartawarga, 2009).

Kalsium, merupakan mineral yang sangat diperlukan untuk mendapatkan tekanan darah yang normal karena dapat menjaga keseimbangan antara sodium dan kalium/potasium (Junaidi, 2010). Magnesium, magnesium menurunkan tekanan darah dengan cara melebarkan arteri (vasodilator) (Junaidi, 2010).

Kesimpulan

Hasil penelitian menggunakan uji wilcoxon didapatkan nilai Z hitung untuk tekanan darah sistole sebesar -2,911 dengan p-value sebesar 0,004. Hal ini disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian air rebusan seledri terhadap penurunan tekanan darah baik sistole maupun diastole pada lansia penderita hipertensi di Dusun Gogodalem Barat.

Daftar Pustaka

Anonim, (2007). Laporan pendahuluan hipertensi pada lansia. http://nurlaelyn07.alumni.ac.id

Asyiyah, (2009). Laporan pendahuluan hipertensi pada lansia. http://nurlaelyn07.alumni.ac.id

Ayuni, R. (2012). Khasiat selangit daun-daun ajaib tumpas beragam penyakit. Yogyakarta: Araska

Beevers, D.G. (2002). Seri kesehatan bimbingan dokter pada tekanan darah. Jakarta: Dian Rakyat

Dalimartha, S. (2000). Atlas tumbuhan obat Indonesia. Jilid 2. Jakarta: Trubus Agriwidya_____

Damayanti, D. (2013). Pintar meracik sendiri ramuan herbal untuk penyakit. Yogyakarta: Araska

Dinkes. (2007). Hipertensi penyebab utama penyakit jantung. dinkes-sulsel.go.id/view.php?id=134&jenis =Berita

Hartono, B. (2011). Hipertensi pembunuh diam-diam. http://health.kompas.com

Junaidi, I. (2010). Hipertensi: pengenalan, pencegahan, dan pengobatan. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer Kelompok Gramedia

Jupiter. (2008). Buah jeruk untuk anti- agieng. http://www.indomp3z.us/archive/ index.php/t-72744.html

La ode, Sharif. (2012). Asuhan keperawatan gerontik. Yogyakarta: Nuha medika

Majalah Sekar. (2010). Seledri, penyedap yang berkhasiat. http://kesehatan. kompas.com/read/2010/04/15/12494 641/Seledri..Penyedap.yang.Berkhas iat

Nazaruddin. (2009). Obat murah, alami dan berkhasiat . Jakarta: Better Book

Notoatmojo S. (2010). Metode penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka cipta Nursalam. (2011). Konsep penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Edisi 2. Jakarta: Selemba medika Potter, P. A. & Anne G. Perry. (2005).

Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik. Volume 2. Jakarta: ECG

Setiadi. (2013). Konsep praktik penulisan riset keperawatan. Edisi 2. Yogyakarta: Selemba medika

Smeltzer, S. C. & Brenda G. Bare. (2002). Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth. Volume 2. Jakarta: EGC

Sugiyono. (2009). Metode penelitian kualitatif R & D. bandung: Alfabeta Susenas. (2009). Profil penduduk lanjut usia. Jakarta:

Susenas. (2011). Profil penduduk lanjut usia. Jakarta: Susenas

Susilo, Y., & Wulandari, A. (2011). Cara jitu mengatasi hipertensi. Yogyakarta: Andi

Tapan. Erick. (2004). Kesehatan keluarga penyakit ginjal dan hipertensi. Jakarta: PT. Elex. Media komputindo kelompok gramedia.

Wartawarga. (2009). Seledri dapat menurunkan hipertensi. http://wartawarga. gunadarma.ac.id/2009/10/seledri- dapat-menurunkan-hipertensi/

PENGARUH KOMPRES HANGAT TERHADAP NYERI SENDI PADA LANSIA (60-74 TAHUN)

Henricha Evalina Sinaga[1)] , Chandra Bagus Ropyanto[2]

1) Mahasiswa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
2) Dosen Pengajar Keperawatan Medikal Bedah Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email : chandra_undip@yahoo.com)

Abstrak

Nyeri sendi menduduki peringkat pertama penyakit degeneratif yang diderita lansia. Nyeri sendi akan mengakibatkan ketidaknyamanan bahkan kecacatan yang menjadi penyebab utama menurunnya kualitas hidup lansia. Upaya yang dilakukan untuk mengurangi nyeri sendi dilakukan dengan intervensi farmakologis dan nin farmakologis. Terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri sendi, yaitu dengan aplikasi panas pada persendian yang sakit berupa kompres hangat. Penelitian ini bertujaun mengetahui pengaruh kompres hangat terhadap nyeri sendi pada lansia usia 60-74 tahun. Rancangan penelitian adalah *true eksperiment*, dengan desain penelitian *randomized control group pre test post test design*. Tehnik pengambilan sampling berupa *systematic random sampling* dengan jumlah responden pada penelitian adalah 15 responden kelompok kontrol dan 15 responden kelompok intervensi dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan. Rata-rata tingkat nyeri pada kelompok kontrol saat pre-test sebesar 2,13 dan 1,67 saat post-test dengan nilai p=0,004. Rata-rata tingkat nyeri pada kelompok intervensi sebesar 2,93 saat pre-test dan 0,73 saat post-test dengan nilai p=0,001. Kompres hangat dapat digunakan sebagai alternatif mengurangi nyeri sandi pada lansia untuk meminimalkan penggunaan pengobatan farmakologis yang dapat meningkatkan resiko efek samping medikasi. Perawat dapat diajarkan untuk melakukan kompres hangat dan sebagai prosedur tetap mengurangi nyeri sendi pada lansia sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan.

Kata kunci : nyeri sendi, kompres hangat, lansia

PENDAHULUAN

Nyeri sendi umumnya menyerang penderita berusia lanjut pada sendi-sendi penopang berat badan, terutama sendi lutut, panggul, lumbal dan servikal (Joern, Klaus, & Peer, 2010). Nyeri sendi merupakan penyakit tulang degeneratif yang ditandai oleh pengeroposan kartilago articular (sendi) (Corwin, 2009). Badan Kesehatan Internasional (WHO) mengatakan nyeri sendi paling banyak diderita oleh individu yang berusia diatas 60 tahun. Kasus nyeri sendi pada lansia di dunia diperkirakan mencapai 9,6% pada pria dan 18 % pada wanita. Kasus tersebut akan terus meningkat akibat bertambahnya usia harapan. Secara keseluruhan, sekitar 10-15% orang dewasa lebih dari 60 tahun menderita nyeri sendi (Tangtrakulwanich, Geater, & Chongsuvivatwong, 2006). Prevalensi nyeri sendi total di Indonesia 34,3 juta orang pada tahun 2002 dan mencapai 36,5 juta orang pada tahun 2007. Diperkirakan 40% dari populasi usia di atas 65 tahun menderita nyeri sendi, dan 80 % pasien nyeri sendi mempunyai keterbatasan gerak dalam berbagai derajat dari ringan sampai berat.

Keterbatasan pergerakan serta penurunan kemampuan muskuloskeletal dapat menurunkan aktivitas fisik dan latihan sehingga akan mempengaruhi lansia dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (*activity daily Living*/ ADL) yang akan berpengaruh terhadap *Quality of Life* lansia yang sifatnya kronik-progresif (Stanley & Beare, 2007). Nyeri sendi yang akan mengakibatkan ketidaknyamanan bahkan hingga mengakibatkan kecacatan menjadi penyebab utama menurunnya kualitas hidup lansia karena sangat mengganggu aktivitas sehari-hari (Effendi, 2009).

Mengingat besarnya kerugian yang ditimbulkan nyeri sendi maka perlu dilakukan upaya untuk meminimalkan dampak yang ditimbulkan. Terdapat dua intervensi yang digunakan dalam meminimalkan dampak nyeri sendi yaitu intervensi non farmakologi dan intervensi farmakologi (Cavalieri, 2002). Pengobatan non farmakologi untuk mengurangi nyeri sendi yaitu dengan aplikasi panas pada persendian yang sakit (Kozier & Erb, 2009; Strickland, 2007). Aplikasi panas pada persendian dapat diberikan dengan kompres hangat. Menurut penelitian Fanada kompres hangat efektif dalam mengurangi nyeri sendi (Fanada, 2012).

Penggunaan terapi panas permukaan pada tubuh dapat memperbaiki fleksibilitas tendon dan ligament, mengurangi spasme otot, meredakan nyeri, meningktakan aliran darah dan meningkatkan metabolisme (Wachjudi, Dewi, Hamijaya, & Pramudiyo, 2006; Kozier & Erb, 2009). Mekanismenya dalam mengurangi nyeri tidak diketahui dengan pasti walaupun para peneliti yakin bahwa panas dapat menonaktifkan serabut saraf, melepaskan endorphin, opium yang sangat kuat yang dapat memblok transmisi nyeri Kozier & Erb, 2009).

Penelitian tersebut menjadi bahan pembanding dalam penelitian yang akan dilakukan. Terapi panas yang akan diberikan yaitu dengan menggunakan *hot pack gel* pada suhu 37- 40^0C karena secara umum peningkatan aliran darah dapat terjadi pada bagian tubuh yang dihangatkan, kompres diberikan 2 kali dengan masing-masing durasi 10-15 menit dengan jeda 5 menit hal ini dilakukan untuk menghindari kekakuan pada sendi yang sedang dikompres. Aplikasi panas pada persendian dapat diberikan dengan menggunakan alat yang disebut dengan *hot pack gel* (Strickland, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Stricland, 2007 yaitu tentang kegunaan *hot pack gel* dalam aplikasi panas terhadap tubuh cukup efektif (Strickland, 2007). Hal ini disebabkan karena *hot pack gel* mampu menahan suhu panas lebih lama sehingga dapat meningkatkan vasodilatasi pembuluh darah ke daerah persendian yang terinjuri sehingga mampu meredakan nyeri. Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi pengaruh kompres hangat terhadap nyeri sendi pada lansia.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan bentuk rancangan eksperimen sungguhan (*True Eksperiment*) dengan desain penelitian *randomized control group pre test post test design*. Sampel penelitian ini adalah lansia yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 responden yang masing-masing 15 responden dari tiap panti kemudian dari ke 15 responden tersebut diambil secara acak dengan menggunakan teknik *systematic random* yaitu penarikan sampel berdasarkan nomor urut untuk dibagi kedalam kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan cara pada saat penelitian dilakukan lansia yang datang dengan keluhan nyeri sendi diberikan nomor urut responden setelah itu lansia yang mendapat nomor urut ganjil dijadikan kelompok kontrol dan lansia dengan nomor urut genap dijadikan kelompok intervensi. Kriteria inklusi pada penelitian adalah lansia dengan rentang umur 60-74 tahun, lansia

dengan nyeri sendi, dan belum mendapat analgetik. Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini antara lain : lansia alergi terhadap terapi panas, lansia dengan *bed rest* total, dan penderita tidak kooperatif.

Instrumen penelitian ini *Facial Pain Scale* yang tercantum dalam penelitian Ellen Flaherly dengan judul *Pain Assesment For Older Adult*.(Flaherly, 2012). Konsistensi internal *Facial Pain Scale* menunjukkan reliabiltas *croncbach α* antara 0,85-0,89 dan juga pada uji validitasnya menunjukkan r = 0,44-0,94 (Flaherly, 2012).

Responden yang telah memenuhi kriteria penelitian dijelaskan mengenai maksud dan tujuan penelitian sebelum meminta persetujuan (*informed consent*) pasien untuk berpartisipasi. Setelah pasien setuju, peneliti menjelaskan prosedur penelitian yang harus dilakukan oleh responden, hak-hak responden dan hak-hak peneliti. Selanjutnya peneliti melakukan *pre-test* dengan mengamati dan memberikan lembar pengukuran skala nyeri terhadap responden. Setelah lembar skala nyeri sendi selesai diisi maka dilanjutkan dengan pemberian intervensi kompres hangat pada daerah lutut dengan menggunakan *hot pack gel* pada suhu 37-40^{0}C sebanyak dua kali dengan masing-masing waktu intervensi 15 menit dengan jeda selama 5 menit. Setelah intervensi diberikan peneliti meminta responden mengisi kembali lembar observasi dengan kriteria perubahan tingkat nyeri sendi yang dirasakan dengan prosedur tindakan. Sementara pada kelompok kontrol peneliti hanya melakukan pengukuran pertama tingkat nyeri kemudian setelah 30 menit peneliti kembali mengukur skala nyeri lansia.

HASIL PENELITIAN

1. Tingkat Nyeri Sebelum Diberikan Kompres Hangat pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Tabel 1 Skala nyeri sendi lansia (60-74 tahun) sebelum diberikan kompres hangat pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi (n=30), Mei 2014

Variabel	Kelomok	Skala Nyeri	%	Mean	Median	SD	95% CI	P *value*
Nyeri Sendi	Kontrol	1	26,6	2,13	2,00	0,834	1,67-2,60	0,774
		2	33,3					
		3	40,0					
	Intervensi	2	40,0	2,93	2,0	0,961	2,40-3,47	
		3	33,3					
		4	20,0					
		5	6,7					

Tabel 1 menunjukkan skala nyeri sendi saat pengukuran pertama pada kelompok kontrol yaitu antara skala 1 sampai 3 yang artinya tingkat nyeri sendi paling tinggi sebelum perlakuan pada kelompok kontrol berada pada skala 3 dengan kriteria nyeri "agak mengganggu" dan paling rendah pada skala 1 dengan kategori nyeri "sedikit sakit. Sedangkan pada kelompok intervensi skala nyeri sendi berada antara skala 2 sampai 5 yang artinya tingkat skala nyeri sendi saat pengukuran pertama pada kelompok intervensi berada pada skala nyeri 5 dengan kriteria nyeri "mengganggu aktivitas" dan paling rendah berada pada skala 2 dengan kategori "sedikit sakit". Hasil uji juga menunjukkan nilai *mean* pada kelompok intervensi lebih tinggi yang

artinya bahwa tingkat skala nyeri sendi sebelum perlakuan paling tinggi berada pada kelompok intervensi.

2. Tingkat Nyeri Setelah Diberikan Kompres Hangat pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Tabel 2 Skala nyeri sendi lansia (60-74 tahun) setelah diberikan kompres hangat pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi (n =30), Mei 2014

Variabel	Kelompok	Skala % Nyeri		*Mean*	Median	SD	95% CI	*P value*
Nyeri Sendi	Kontrol	0	6,7	1,66	2,00	0,816	1,21-2,12	0,905
		1	33,3					
		2	56,7					
		3	13,3					
	Intervensi	0	46,7	0,73	1,00	0,799	0,29-1,18	
		1	33,3					
		2	20,0					

Tabel 2 menunjukkan skala nyeri sendi saat pengukuran kedua pada kelompok kontrol yaitu berada pada skala 0 sampai 3 dengan jumlah nyeri paling banyak terdapat pada skala 2 dengan kriteria nyeri " sedikit sakit" yaitu sebanyak 56,7% dan skala nyeri paling tinggi berada di skala 3 dengan kriteria nyeri yaitu "agak mengganggu" sedangkan pada kelompok intervensi skala nyeri mengalami penurunan yaitu berada antara skala 0 sampai 2 dengan jumlah nyeri paling banyak terdapat pada skala 0 dengan kriteria "tidak sakit" yaitu sebanyak 46,7% dan skala nyeri paling tinggi pada kelompok intervensi berada pada skala 2 dengan kriteria nyeri "sedikit sakit". Hasil uji juga menunjukkan nilai *mean* pada kelompok kontrol lebih tinggi dibanding pada kelompok intervensi yang artinya tingkat skala nyeri sendi setelah perlakuan berada pada kelompok kontrol.

3. Perbedaan Tingkat Nyeri Sebelum dan Setelah Diberikan Kompres Hangat pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

Tabel 3 Perbedaan tingkat nyeri sendi lansia (60-74 tahun) pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan setelah kompres hangat (n=30), Mei 2014

Kelompok	Selisih *Mean*	Standar Deviasi	*Standar Eror Mean*	Min-maks	*p-Value*
Kontrol	0,466	0,516	0,133	0-3	0,004
Intervensi	2,200	0,560	0,144	0-5	0,001

Tabel 3 membandingkan selisih nilai rata-rata nyeri sendi lansia setelah perlakuan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Hasil uji menunjukkan selisih *mean* pada kelompok intervensi lebih tinggi yaitu sebesar 2,200 dibanding dengan kelompok kontrol dengan selisish mean 0,466 yang artinya penurunan skala nyeri sendi lansia pada kelompok intervensi jauh lebih tinggi dibanding kelompok kontrol. Hasil uji menunjukkan saat pengukuran kedua ada perbedaan skala nyeri dalam kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukan pada pengukuran awal rata-rata tingkat nyeri sendi ringan pada semua kelompok penelitian. Efek penuaan dan efek mekanis menjadi salah satu penyebab utama nyeri sendi pada lansia. Nyeri kronik yang paling umum diderita oleh lansia yaitu nyeri sendi yang sifatnya degeneratif yang sering disebut dengan nyeri sendi osteoarthritis. Nyeri sendi ini merupakan penyakit degeneratif dengan etiologi dan pathogenesis yang belum jelas serta mengenai populasi yang luas (Nugroho, 2008; Joern, Klaus, & Peer, 2010). Gambaran mendasar pada nyeri sendi ini adalah degenerasi tulang rawan sendi yaitu perubahan struktural selanjutnya yang terjadi di tulang bersifat sekunder (Martono & Pranaka, 2009). Pada sebagian besar kasus, penyakit ini muncul tanpa faktor predisposisi yang jelas sehingga disebut primer. Sebaliknya, nyeri sendi sekunder adalah perubahan degeneratif yang terjadi pada sendi yang sudah mengalami deformitas, atau degenerasi sendi yang terjadi dalam konteks penyakit metabolik tertentu, seperti hemokromatis atau diabetes melitus.

Nyeri merupakan keadaan subjektif dimana seseorang memperlihatkan rasa tidak nyaman baik *verbal* maupun *non verbal* atau bahkan keduanya. Karena pengalaman nyeri seorang bersifat alami dan unik, lansia dapat merasa sendirian dan cemas. Mereka merasa takut kalau nyeri tersebut tidak akan pernah pergi, jika hal itu terjadi nyeri akan kembali lagi. Ansietas mereka mungkin dikombinasikan dengan depresi karenanya akan menggangu kendali nyeri lebih lanjut (Stanley & Beare, 2007). Jika kondisi ini berkelanjutan tentu mengganggu kemampuan seseorang untuk beristirahat, konsentrasi dan kegitan-kegiatan lain yang biasa dilakukan. Nyeri sendi yang paling umum dialami lansia yaitu nyeri kronik (Felson, 2008). Lansia yang mengalami nyeri kronik seringkali mengalami periode remisi (gejala hilang sebagian atau keseluruhan) dan eksaserbasi (keparahan meningkat). Sifat nyeri kronik yang tidak dapat diprediksi ini membuat klien frustasi dan seringkali mengarah pada depresi psikologi. Penyebabnya mungkin diketahui progresif atau persisten atau tidak diketahui bahkan sulit untuk ditemukan. Lansia tersebut cenderung mengalami ketidakmampuan akibat nyeri yang sedang dirasakan.

Respon seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh emosi, tingkat kesadaran, latar belakang budaya, pengalaman masa lalu tentang nyeri dan pengertian nyeri (Davey, 2005). Nyeri mengganggu kemampuan seseorang untuk beristirahat, konsentrasi dan kegiatan-kegiatan yang biasa dilakukan.

Pengukuran kedua menunjukan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan pada kedua kelompok setelah diberikan kompres hangat kelompok hal ini disebabkan karena pengaruh eksternal variabel. Variabel eksternal akan memengaruhi data yang diperoleh.[43]

Setelah intervensi diberikan selama 30 menit jika dilihat dari nilai *mean* kedua kelompok yaitu nilai *mean* pada kelompok intervensi jauh lebih rendah dibanding dengan kelompok kontrol yang artinya penurunan skala nyeri sendi lansia lebih tinggi pada kelompok intervensi dibanding dengan kelompok kontrol.

Stimulasi kulit mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C delta-A berdiameter kecil. Gerbang sinap menutup transmisi impuls nyeri. Kompres menggunakan air hangat akan meningkatkan aliran darah, dan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi, seperti bradikinin, histamin dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri lokal. Panas akan merangsang serat saraf yang menutup gerbang sehingga transmisi nyeri ke medulla spinalis dan ke otak dihambat.[35] Hal tersebut disebabkan karena setelah 30 menit pemberian kompres hangat pada daerah tubuh akan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang. Ketika reseptor yang peka terhadap panas di hipotalamus dirangsang, sistem efektor mengeluarkan sinyal yang memulai berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah diatur oleh pusat vasomotor pada medulla oblongata dari tungkai otak, di bawah pengaruh hipotalamik bagian anterior sehingga terjadi vasodilatasi. Terjadinya vasodilatasi ini menyebabkan aliran darah ke setiap jaringan khususnya yang mengalami radang dan nyeri bertambah sehingga mengalami penurunan skala nyeri pada jaringan yang meradang.

Menurut penelitian yang dilakukan Wahida 2012 penurunan nyeri sendi pada lansia baik kelompok kontrol maupun intervensi disebabkan oleh koping individu dalam merepon stimulus. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal akan bberdampak baik terhadap tingkatan adaptasi individu dan meningkatkan tingkat rangsanga dimana individu dapat merspon secara positif. Pada saat individu berpersepsi positif akan terjadi kondisi relaksasi dan perubahan kimia, saraf atau endokrin pada tubuh sehingga akan lebih mudah menerima suggesti penyembuhan yang diberikan.

Hasil penelitian menunjukan bahwa terdapat perbedaan signifikan setelah diberikan kompres hangat terhadap nyeri sendi lansia (60-74 tahun). Pada neuromuscular terapi panas meningkatkan ambang nyeri dan meningkatkan kecepatan konduksi saraf. Pada sendi dan jaringan ikat dapat meningkatkan ekstensibilitas tendon dan menurunkan kekauan sendi. Hasil penelitian tersebut membuktikan kompres hangat dapat mengurangi nyeri sendi dalam menurunkan skala nyeri sendi pada lansia. Kompres hangat pada penderita nyeri sendi berfungsi untuk mengatasi atau mengurangi nyeri yang menyebabkan dilatasi pembuluh darah sehingga panas dapat meredakan iskemia dengan menurunkan kontraksi otot dan melancarkan pembuluh darah sehingga dapat meredakan nyeri dengan mengurangi ketegangan serta meningkatkan aliran darah di daerah persendian dengan menurunkan viskositas cairan sinovial dan meningkatkan distensibilitas jaringan.[13,30] Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan pelebaran pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler (Kozier & Erb, 2009).

Penelitian ini mendukung penelitian Fanada pada tahun 2012 dengan judul Pengaruh Kompres Hangat Dalam Menurunkan Skala Nyeri Pada Lansia Yang Mengalami Nyeri Rematik Di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang, yang menggunakan 20 responden dengan alat ukur FPRS. Hasi penelitian tersebut menunjukkan nilai $p<0,05$ yang artinya bahwa ada pebedaan yang signifikan, artinya bahwa kompres hangat yang dilakukan sesuai dengan aturan dapat menurunkan tingkat nyeri pada lansia yang mengalami rematik (Fanada,2012).

Kompres hangat merupakan salah satu pengobatan non farmakologi yang dapat membantu meredakan rasa nyeri, kaku dan spasme otot (Chandra, 2002). Efek fisiologis terapi panas terhadap hemodinamik mampu meningkatkan aliran darah, vasodilatasi

meningkatkan penyerapan nutrisi, leukosit dan anti bodi dan meningkatkan pembuangan sisa metabolik dan sisa jaringan sehingga membantu resolusi kondisi inflamasi (Chandra, 2002).

Penggunaan terapi panas permukaan pada tubuh dapat memperbaiki fleksibilitas tendon dan ligament, mengurangi spasme otot, meredakan nyeri, meningkatkan aliran darah dan meningkatkan metabolisme (Wachjudi, Dewi, Hamijaya, & Pramudiyo, 2006; Kozier & Erb's, 2009). Mekanismenya dalam mengurangi nyeri tidak diketahui dengan pasti walaupun para peneliti yakin bahwa panas dapat menonaktifkan serabut saraf, melepaskan endorphin, opium yang sangat kuat yang dapat memblok transmisi nyeri (Kozier & Erb's, 2009).

Hasil Penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Soedibyo Chandra dengan judul Perbandingan Efek Terapi Panas Dengan Terapi Dingin Terhadap Pengurangan Nyeri pada Penderita Osteoarthtritis Lutut Di Instalasi Rehabilitasi Medik, RSUP DR. Kariadi, Semarang. Penelitian tersebut menggunakan alat *Packheater* 451 pada kelompok intervensi selama 20 menit, sekali sehari sebanyak 4 kali berturut-turut dan kelompok terapi dingin mendapat terapi dengan *Criojet Air* "C 50 E" pada daerah lutut selama 7 menit sekali sehari sebanyak 4 kali berturut-turut selama 4 hari dengan menggunakan alat ukur VAS. Penelitian tersebut menyimpulkan baik terapi panas maupun terapi dingin mampu mengurangi nyeri dengan perbedaan yang tidak bermakna (Chandra, 2002).

Menurut Stricland 2007, berkaitan dengan kegunaan *hot pack gel* dalam aplikasi panas terhadap tubuh cukup efektif. Hal ini disebabkan karena *Hot Pack Gel* mampu menahan suhu panas lebih lama sehingga dapat meningkatkan vasodilatasi pembuluh darah ke daerah persendian yang terinjuri sehingga mampu meredakan nyeri sendi. Hal ini disebabkan karena kompres hangat yang disalurkan melalui konduksi atau bantalan panas berupa *hot pack gel* dapat melebarkan pembuluh darah dan dapat meningkatkan aliran darah. Hal ini disebabkan karena *hot pack gel* menyebabkan elevasi suhu dalam kulit jaringan, sendi tangan dan kaki (Strickland, 2007).

Penelitian ini juga mendukung teori bahwa kompres hangat merupakan salah satu metode efektif untuk mengurangi nyeri sendi (Potter, Patricia, & Anne, 2005). Kompres hangat yang disalurkan melalui konduksi seperti kantong karet yang diisi air hangat atau dengan buli-buli panas atau handuk yang telah direndam dengan air hangat ke bagian tubuh yang nyeri dengan suhu air sekitar 37-40^{0}C karena pada suhu tersebut kulit dapat mentoleransi sehingga tidak terjadi iritasi dan kemerahan pada kulit yang dikompres (Kozier & Erb's, 2009).

KESIMPULAN

Terdapat penurunan nyeri sendi secara signifikan baik pada kelompok kontrol maupun intervensi, tetapi pada kelompok intervensi penurunan nyeri sendi lebih besar dibandingkan kelompok kontrol. Kompres hangat merupakan salah satu terapi modalitas dalam intervensi keperawatan yang dapat digunakan untuk meningkatkan rasa nyaman pada lansia dengan nyeri sendi.

SARAN

Penelitian ini dapat diaplikasikan terhadap lansia yang mengalami nyeri sendi dengan memberikan intervensi kompres hangat sehingga dapat membantu mutu pelayanan kesehatan terkait dengan penatalaksanaan nyeri sendi pada lansia. Penerapan kompres

perlu dilakukan dengan mengontrol suhu *hot pack* untuk meminimalkan efek samping sehingga dapat dijadikan dasar untuk pengembangan pemberian asuhan keperawatan pada lansia dengan nyeri sendi.

DAFTAR PUSTAKA

Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan 145 : Konsep dan Aplikasi kebutuhan Dasar Klien.* Jakarta: Salemba Medika.

Cavalieri, T.A. 2002. Pain management in the elderly. *J Am Osteo Ass* . 102; 481-5.7.

Chandra, A.S. 2002. *Perbandingan Efek Terapi Panas Dengan Terapi Dingin Terhadap Pengurangan Nyeri Pada Penderita Osteoartritis Lutut Di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP DR.Kariadi Semarang*. Program Studi Rehabilitasi Medik, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang.

Corwin, E.J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi Ed 3 hal 346.* Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Davey, P. 2005. *At a glance medicine*. Hal.374. Jakarta : Erlangga.

Effendi, F.M. 200. *Keperawatan kesehatan Komunitas : teori dan Praktik dalam Keperawan*. Jakarta : Salemba Medika.

Fanada, M. 2012. *Pengaruh Kompres Hangat Dalam Menurunkan Skala Nyeri Pada Lansia yang Mengalami Nyeri Rematik Di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang.* Badan Diklat Provinsi Sumatera Selatan.

Felson, D.T. 2008. *Osteoarthritis*. Dalam : Fauci, A., Hauser, L.S., Jameson, J.L., Ed. Harrison's Principles of Internal Medicine Seventeenth Edition. New York, United States of America. McGraw-Hill Companies Inc. : 2158-2165.

Flaherly, E. 2012. *Pain Assesment For Older Adults*. The Hart Ford Institute For geriatric Nursing. New York. College of Nursing.

Joern, M., Klaus, S.B., & Peer, E. 2010. The Epidemiology, Etiology, Diagnosis, and Treatment of Osteoarthritis of the Knee. *Dtsch Arztebl International*. 2010. Diakses dari : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841860/pdf/Dtsch_Arztebl. Int-107-0152.pdf diakses pada tanggal 1April 2010

Kozier, B. & Erb, G. 2009. *Buku Ajar Praktik Keperawatan klinis*. Edisi 5.Jakarta : EGC.

Martono, H.H., & Pranaka K. 2009. Geriatry (Ilmu kesehatan usia Lanjut). Ed 4. Jakarta: FKUI.

Myrnawati. 2002. *Waspadai Efek Samping Obat Rematik.* www.suaramerdeka.co.id. Tanggal 30-05-2007.

Nugroho, W.H. 2008. *Keperawatan gerontik dan Geriatrik*, Ed.3.Jakarta: EGC.

Tangtrakulwanich, B., Geater, A.F., & Chongsuvivatwong, V. 2006. Prevalence, Patterns and Risk Factors Of Knee OA In Thai Monks. *J Orth Sc. 11(5) : 439 - 445*.

Stanley, M. & Beare, P.G. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta : EGC.

Strickland, A. 2007. *Hot Packs, Fomentation, Compresses, and other Local Heat Applications.* Page 89. England.

Wachjudi, R.G., Dewi S., Hamijaya L., & Pramudiyo, R. 2006. *Diagnosis dan Terapi Penyakit Reumatik*. Jakarta:CV. Sagung Seto.

Wasis. 2008. *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi keperawatan.* Jakarta: EGC.

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN MEKANISME KOPING PADA PASIEN PENYAKIT GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUD TUGUREJO SEMARANG

Suwaryanti[1)], Wahyu Hidayati[2)]

1) Mahasiswa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: yanti_piton@yahoo.co.id)
2) Dosen Departemen Keperawatan Dewasa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: wahyu.hidayati@gmail.com)

Abstrak

Hemodialisis yang dijalani pasien penyakit ginjal kronik dapat memicu masalah psikologis. Hal tersebut terjadi karena sebagian besar pasien hemodialisis menggunakan koping maladaptif. Dukungan keluarga diperlukan pada pasien hemodiaisis untuk memenuhi fokus koping dalam memecahkan masalah yang telah direncanakan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga dan mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. Metode yang digunakan yaitu metode kuantitatif dengan jenis penelitian deskriptif korelasional melalui pendekatan *cross sectional* melibatkan 64 responden dengan teknik *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dukungan keluarga yang telah dimodifikasi berdasarkan teori House α=0,76 sejumlah 16 *items* dan kuesioner mekanisme koping sebanyak 10 *items* yang telah dimodifikasi berdasarkan *ways of coping scale by* Folkman dan Lazarus. Hasil penelitian ini adalah 60,9% responden berjenis kelamin laki-laki dengan tingkat pendidikan menengah sebesar 50%. Analisis bivariat dengan korelasi *Pearson Product Moment* 0,267 dan p value 0,033 ($p < 0,05$), Ho ditolak, menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dan mekanisme koping pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang dengan kategori sedang. Dukungan keluarga dapat memberikan pengaruh besar terhadap pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dalam mencapai koping efektif yang mengarah pada perbaikan-perbaikan diri pasien.

Kata kunci: hemodialisis, dukungan keluarga, mekanisme koping

PENDAHULUAN

Penyakit ginjal kronik adalah kegagalan fungsi ginjal yang berkelanjutan sehingga mengakibatkan kegagalan pada kemampuan tubuh dalam mempertahankan keseimbangan metabolik dan cairan serta elektrolit (Diane CB, 2000; Marilynn ED, 2000). Survei Pemeriksaan Gizi Amerika Serikat pada tahun 2003 sampai 2006, prevalensi penyakit ginjal kronik meningkat dari 18,8 persen menjadi 24,5 persen (Bethesda, 2012). Data PT Askes tahun 2010, jumlah pasien penyakit ginjal kronik sebanyak 17.507 pasien, tahun 2011 terdapat 23.261 pasien dan tahun 2012 bertambah menjadi 24.141 pasien (Qalbinur N, 2013). Berdasarkan pengkajian data awal yang dilakukan oleh peneliti di RSUD Tugurejo Semarang diperoleh data bahwa jumlah pasien hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang mengalami peningkatan tiap tahun yaitu 4.901 pasien pada tahun 2012 dan hingga bulan November 2013 bertambah

menjadi 5.903 pasien (Arsip Rekam Medik, 2013). Proses hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang memerlukan waktu 1 sampai 3 kali seminggu sekitar 2 hingga 5 jam setiap kali cuci darah (Syamsir A & Iwan H, 2007). Pasien yang menjalani hemodialisa harus mengeluarkan biaya sebesar Rp 600.000,00 sekali cuci darah dan harus dilakukan seumur hidup.

Adanya gangguan fungsi tubuh, lamanya proses cuci darah dan masalah finansial pada pasien hemodialisis dapat memicu terjadinya masalah psikologis dan stres. Masalah psikologis pada pasien hemodialisis dapat berupa perilaku penolakan, marah, sedih, takut, cemas bahkan depresi (Titi S,2011). Risiko memburuknya kondisi karena suatu penyakit dapat dicegah dengan mengurangi tingkat stres yaitu koping. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sebagian besar pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis menggunakan mekanisme koping maladaptif dengan prevalensi sebesar 54,2% (Yemima et al, 2013). Mekanisme koping merupakan cara untuk menghadapi suatu perubahan yang sedang dialami oleh seseorang (Nursalam & Ninuk, 2007). Perilaku negatif atau maladaptif yang sering timbul pada pasien hemodialisis adalah perasaan takut menghadapi masalah finansial, takut kehilangan pekerjaan dan ketakutan akan kematian. Pasien hemodialisis cenderung menyangkal, pasrah terhadap realita, tidak patuh pada diet yang diatur, dan tidak melakukan terapi hemodialisis secara rutin (Yunita et al, 2014).

Koping dapat efektif apabila sesuai dengan strateginya. Salah satu faktor yang mempengaruhi strategi koping adalah dukungan sosial. Dukungan sosial sangat diperlukan pada fokus koping untuk mengurangi tuntutan *stressor* dalam memecahkan masalah yang telah direncanakan dan dapat membantu mencapai manfaat secara emosional dan efek perilaku yang positif (Arliza JL, 2006., Nursalam, 2007 & Rasmun, 2004). Dukungan sosial yang mempunyai pengaruh besar terhadap peningkatan kesehatan pasien hemodialisis adalah dukungan dari keluarga yang meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif (Sheila LV, 2008).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga dan mekanisme koping pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. Manfaat yang didapat dari penelitian ini adalah membantu perawat dalam memberikan perawatan secara holistik baik fisik, psikologi, sosial, maupun spiritual baik kepada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis maupun kepada keluarga pasien untuk selalu membangun komunikasi yang bagus pada pasien guna meningkatkan derajat dan kesejahteraan pasien.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitaif dengan desain deskriptif korelasional melalui pendekatan *cross sectional.* Sampel pada penelitian ini sebanyak 64 responden dengan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan membacakan kuesioner kepada responden. Peneliti menggunakan instrumen berupa kuesioner dukungan keluarga sebanyak 16 *items* berdasarkan teori House yang telah dimodifikasi dan telah diuji validitas dengan α= 0,76 serta reliabel. Peneliti juga menggunakan instrumen kuesioner mekanisme koping berdasarkan *ways of coping scale by* Folkman dan Lazarus yang terdiri dari 10 *items* dan telah dimodifikasi dengan α=0,609 dan reliabel. Berdasarkan analisis univariat, peneliti menggunakan distribusi frekuensi yang meliputi mean, median, standar deviasi, minimum dan maximum untuk

data demografi yang meliputi jenis kelamin dan pendidikan, gambaran mekanisme koping pasien dan gambaran dukungan keluarga pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Analisis bivariat juga peneliti gunakan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dan mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang dengan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment.*

HASIL PENELITIAN

Data demografi berupa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dan pendidikan disajikan dalam tabel distribusi frekuensi. Mayoritas jenis kelamin pasien yang menjalani hemodialisis adalah laki-laki yaitu sebanyak 39 orang (60,9%) dengan tingkat pendidikan menengah (50%).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan, Mei 2014 (n=64)

Data Demografi	f	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	39	60,9
Perempuan	25	39,1
Pendidikan		
Pendidikan rendah	20	31,2
Pendidikan menengah	32	50,0
Pendidikan tinggi	12	18,8

Dukungan keluarga yang terpenuhi lebih banyak daripada dukungan keluarga yang tidak terpenuhi yaitu sebanyak 44 responden (68,8%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis, Mei 2014 (n=64)

Dukungan Keluarga	f	%
Terpenuhi	44	68,8
Tidak terpenuhi	20	31,2

Rata-rata nilai dukungan keluarga pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang adalah 58,89 dengan standar deviasi 6,520.

Tabel 3. Deskripsi Dukungan Keluarga Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis, Mei 2014 (n=64)

Variabel Indepeden	Mean	Median	SD	Min-Max
Dukungan Keluarga	58,89	60,50	6,520	24-64

Kategori dukungan keluarga berdasarkan perhitungan mean, standar deviasi, minimum dan maksimum terdapat 59 responden dengan dukungan keluarga cukup terpenuhi. Jumlah responden dengan nilai maksimum adalah 9 orang.

Tabel 4. Deskripsi Dukungan Keluarga Berdasarkan Mean dan Standar Deviasi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis, Mei 2014 (n=64)

Dukungan Keluarga	Nilai (Mean ± SD)	f
Terpenuhi dengan baik	>65,41	0
Cukup terpenuhi	52,37-65,41	59
Tidak terpenuhi	≤ 52,37	5

Responden laki-laki yang menjalani hemodialisis lebih banyak mendapat dukungan keluarga yaitu 24 responden. Tingkat pendidikan rendah lebih dominan mendapat dukungan keluarga yaitu sebanyak 26 responden.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis, Mei 2014 (n=64)

Dukungan Keluarga	Jumlah	Jenis Kelamin		Pendidikan		
		L	P	Rendah	Menengah	Tinggi
Terpenuhi	44	24	20	26	18	10
Tidak terpenuhi	20	15	5	4	14	2

Responden yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang lebih banyak menggunakan koping adaptif daripada koping maladaptif yaitu sebanyak 35 responden (54,7%).

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Mekanisme Koping Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis, Mei 2014 (n=64)

Mekanisme Koping	f	%
Adapif	35	54,7
Maladaptif	29	45,3

Rata-rata nilai mekanisme koping pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang adalah 31,41 dengan standar deviasi 4,196.

Tabel 7. Deskripsi Mekanisme Koping pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis, Mei 2014 (n=64)

Variabel Depeden	Mean	Median	SD	Min-Max
Mekanisme Koping	31,41	32,00	4,196	16-39

Terdapat 12 responden yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang menggunakan koping adaptif. Jumlah responden dengan nilai maksimum adalah 2 orang dan hanya 1 responden dengan nilai minimum.

Tabel 8. Deskripsi Mekanisme Koping Berdasarkan Mean dan Standar Deviasi pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis, Mei 2014 (n=64)

Mekanisme Koping	Nilai (mean ±SD)	f
Adaptif	> 35,606	12
Maladaptif	≤ 27,214	11

Responden laki-laki lebih banyak yang menggunakan koping maladaptif daripada perempuan yaitu 20 responden. Sebanyak 17 responden menggunakan koping adaptif dengan tingkat pendidikan menengah.

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Mekanisme Koping Berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang, Mei 2014 (n=64)

Mekanisme Koping	Jumlah	Jenis Kelamin		Pendidikan		
		L	P	Rendah	Menengah	Tinggi
Adaptif	35	19	16	12	17	6
Maladaptif	29	20	9	9	14	6

Hasil data statistik melalui uji *Pearson Product Moment* diperoleh besar r=0,267 dan p *value* 0,033<0,05. Hasil tersebut menunjukkan bahwa Ho ditolak, yang berarti ada hubungan antara dukungan keluarga dan mekanisme koping pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang dengan tingkat hubungan sedang atau moderat.

Tabel 10. Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Mekanisme Koping Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang, Mei 2014 (n=64)

Variabel	*Pearson Correlation*	P *value*
Dukungan keluarga* Mekanisme Koping	0,267	0,033

PEMBAHASAN

Responden laki-laki dengan penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis pada penelitian ini lebih dominan daripada responden perempuan yaitu dengan jumlah 39 responden (60,9%). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa responden laki-laki lebih besar daripada responden perempuan yaitu dengan jumlah 42 orang dengan persentase 58,3% (Itoh M, 2010). Hal ini karena anatomi tubuh laki-laki dan kebiasaan hidup yang tidak sehat seperti merokok, minum alkohol, minum kopi, jamu, obat-obatan, atau suplemen sering dilakukan laki-laki yang dapat memicu terjadinya penyakit sistemik dan dapat menyebabakan penurunan fungsi ginjal sehingga harus melakukan terapi hemodialisis (Black JM & Hawks JH, 2008).

Sebesar 50% dari total responden yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang dengan tingkat pendidikan menengah yaitu sebanyak 32 responden. Berdasarkan penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa responden yang berpendidikan SMA atau menengah berjumlah 45,9% (Yudhia K, 2013). Penelitian lain juga menyebutkan bahwa pendidikan responden penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis sebagian besar adalah SMA sebanyak 60% (Chusnul C et al, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan sebanyak 41 responden dengan mekanisme koping sedang atau dalam kategori normal. 12 responden memiliki koping adaptif dan terdapat 11 responden mempunyai mekanisme koping maladaptif. Hal ini terlihat saat penelitian, dari beberapa responden yang mempunyai mekanisme koping

maladaptif terlihat lebih banyak tidur, bersikap pesimis, menyalahkan diri sendiri dan pasrah pada realita di mana hal ini lebih sering dilakukan oleh responden laki-laki. Responden dengan koping sedang yang mengarah pada koping adaptif sering terlihat *sharing* dengan responden lain yang menjalani hemodialisis, berusaha untuk mencari solusi dan hal ini hampir selalu dilakukan oleh responden perempuan saat menjalani hemodialisis. Hasil penelitian lain menyebutkan bahwa mekanisme koping maladaptif pada laki-laki sebanyak 14 orang (82,4%) dan yang melakukan mekanisme koping adaptif hanya 3 orang (17,6%). Responden perempuan dengan mekanisme koping adaptif lebih banyak daripada responden laki-laki yaitu mencapai 11 orang (64,7%) sedangkan hanya 6 orang (35,3%) yang menggunakan mekanisme koping maladaptif (Nursalam & Ninuk, 2007). Laki-laki cenderung lebih emosional daripada perempuan sehingga perempuan lebih mampu dalam menghadapi suatu masalah. Rata-rata pendidikan responden yang menjalani hemodialisis adalah berpendidikan tingkat menengah dengan persentase 50%. Seseorang akan lebih siap menghadapi masalah seiring tingkat pendidikannya yang semakin tinggi sehingga akan semakin banyak pula pengalaman hidup yang dimilikinya (Faye, 1998).

Hasil penelitian ini pun menunjukkan bahwa dari 64 responden sebanyak 59 responden dengan dukungan keluarga cukup terpenuhi. Hal ini terlihat saat penelitian, responden selalu diantar dan ditemani oleh keluarganya. Keluarga juga selalu mengingatkan untuk minum obat, rutin menjalani hemodialisis, dan memperhatikan terkait pengaturan diet makanan baik di rumah maupun sedang menjalani terapi hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. Responden laki-laki lebih banyak mendapat dukungan keluarga terutama dari istrinya yaitu sebanyak 24 responden yang dalam penelitian ini dukungan penilaian atau penghargaan lebih dominan diperoleh responden. Terdapat 7,8% atau sebanyak 5 responden yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang dengan dukungan keluarga kurang terpenuhi.

Berdasarkan hasil perhitungan statistik, peneliti menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan p *value* 0,033 yang menunjukkan bahwa adanya korelasi antara dukungan keluarga dan mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Nilai korelasi *Pearson* sebesar 0,267 yang menunjukkan bahwa kekuatan korelasi sedang. Nilai r 0,267 menunjukkan bahwa hubungan dukungan keluarga dan mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis adalah positif maka korelasi kedua variabel tersebut bersifat searah dengan tingkat hubungan sedang atau *moderat.* Hasil p *value* yang diperoleh sebesar 0,033<0,05, artinya hipotesis pada penelitian ini adalah nol (Ho) ditolak sehingga dapat dikatakan bahwa ada hubungan secara signifikan dan searah dengan kekuatan korelasi sedang antara dukungan keluarga dan mekanisme koping pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang.

Kelebihan penelitian ini adalah penelitian ini merupakan penelitian pertama di RSUD Tugurejo yang meneliti tentang hubungan antara dukungan keluarga dan mekanisme koping pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Kelemahan penelitian ini adalah peneliti tidak mengidentifikasi secara rinci terkait dimensi dukungan keluarga baik dukungan emosional, penghargaan, instrumental maupun informatif. Peneliti juga tidak mengidentifikasi secara lebih detail terkait pihak keluarga antara istri atau anak yang lebih mempunyai peran besar pada pasien hemodialisis.

KESIMPULAN DAN SARAN

Jumlah responden laki-laki yang menjalani hemodialisis lebih banyak daripada perempuan yaitu 39 responden dengan persentase 60,9% dan tingkat pendidikan responden rata-rata berpendidikan menengah yaitu sebesar 50%. Sebanyak 12 responden menggunakan koping adaptif dan 11 responden masih mempunyai mekanisme koping maladaptif, namun sebagian besar responden memiliki rata-rata mekanisme koping sedang atau dalam kategori normal dengan nilai antara 27,214-35,606. Responden yang mendapat dukungan keluarga cukup terpenuhi sebanyak 59 responden dan hanya 5 responden yang kurang mendapat dukungan keluarga. Terdapat hubungan secara signifikan dan searah dengan kekuatan korelasi sedang antara dukungan keluarga dan mekanisme koping pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Tugurejo Semarang. Saran bagi profesi keperawatan sebagai *educator* dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien terkait pentingnya dukungan keluarga baik berupa dukungan emosional, penghargaan, instrumental maupun kognitif atau informatif yang benar-benar dibutuhkan oleh pasien tersebut. Bagi pihak keluarga diharapkan dapat mendampingi, memberikan motivasi dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan pasien sehingga pasien mencapai koping yang efektif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih peneliti ucapkan kepada seluruh responden yang telah bersedia meluangkan waktu untuk ikut serta dalam proses penyusunan penelitian ini, dosen pembimbing, dosen penguji, Kepala Ruang dan perawat Hemodialisa, suami, ibu, almarhum ayah, keluarga besar, sahabat dan teman-teman serta semua pihak yang telah memberikan do'a dan dukungan selama penyusunan hingga selesainya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Arliza Jl.(2006).Dukungan sosial pada pasien gagal ginjal terminal yang melakukan terapi hemodialisa. *USU Repository*.Diakses dari http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/1920/1/06010311.pdf tanggal 31 Oktober 2013 pukul 17.05 WIB.

Arsip Rekam Medik. (2013). *Prevalensi Gagal Ginjal Kronik Hemodialisa Rawat Jalan di RSUD Tugurejo.* Semarang: RSUD Tugurejo.

Bethesda MD. (2012). *National Kidney and Urologic Disease Information Clearinghouse (NKUDIC).*Diakses dari http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/kustats/ pada tanggal 18 Oktober 2013 pukul 15.00 WIB.

Black JM.,Hawks JH.(2008).*Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcome.* Edisi 7.Philadephia:W.Bsaunders Company.

Chusnul,C.,dkk.(2014).Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis di RSUD dr. Abdoer Rahiem Situbondo.*Jurnal*. FKUB.

Diane CB.,Joann CH.(2000).*Keperawatan Medikal Bedah: Buku Saku dari Brunner & Suddarth;* alih bahasa, Yasmin Asih; editor, Monica Ester. Jakarta:EGC.

Faye ZB.(1998).*Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability Among African Americans*. USA: Greenwood Publishing Group Inc.

Itoh,M.(2010).Faktor-faktor yang berhubungan dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati tahun 2009. *Skripsi.* Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

Marilynn ED, Mary FM, Alice CG. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien; edisi 3*. Jakarta:EGC.

Nursalam., Ninuk,DK.(2007).*Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Ed.1.Jakarta:Salemba Medika.

Qalbinur,N.(2013).*Populasi Penderita Gagal Ginjal Terus Meningkat di 2013*. Diakses dari http://health.okezone.com/read/2013/06/28/482/829210/redirect pada tanggal 17 Oktober 2013 pukul 19.07 WIB.

Rasmun.(2004).*Stres, Koping dan Adaptasi.* Jakarta:Sagung Seto.

Sheila LV. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta:EGC.

Syamsir, A.,Iwan,H.(2007).*VitaHealth Informasi Lengkap untuk Penderita dan Keluarganya Gagal Ginjal*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Titi,S.(2011).Persepsi terapi hemodialisis dengan tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik di RSUD Kraton kabupaten Pekalongan. *Skripsi.* Universitas Muhammadiyah Semarang. Diakses dari http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/124/jtptunimus-gdl-titisuprap-6194-1-bab1.pdf pada tanggal 30 Maret 2014 pukul 22.05 WIB.

Yemima,W.,et al.(2013).Mekanisme koping pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di Rumah Sakit Prof. R.D Kandaou Manado. Vol.1, No.1. *Ejournal Keperawatan (e-Kp)*; Diakses melalui http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/2254/1811 pada 13 November 2013 pukul 20.00 WIB.

Yudhia,K.(2013).Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Telogorejo Semarang. *Skripsi*. Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro.

Yunita S et al.(2014).Hubungan tingkat stres dan strategi koping pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa.*Academia edu*. PSIK Universitas Riau, Kampus Brawijaya Pekanbaru. Diakses di http://www.academia.edu/3344571 pada 2 April 2014 pukul 22.12 WIB.

MOTIVATIONAL INTERVIEWING (MI) TERHADAP FISIK DAN PSIKOLOGIS PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 : *LITERATURE REVIEW*

Anna Kurnia[1]

1. Staf Pengajar Departemen Keperawatan Medikal Bedah Program Studi S1 Keperawatan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang, Kampus C : Jalan Kemuning 57 Jombang
Email : anna.kurnia90@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: Prevalensi penyakit Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 mengalami peningkatan yang cepat dikarenakan perilaku gaya hidup yang tidak tepat. Motivational Interviewing (MI) sebagai intervensi yang berpusat pada pasien dalam strategi perubahan perilaku yang meningkatkan persepsi pasien dalam pentingnya perubahan perilaku. **Tujuan:** Tujuan dari sistematik review ini adalah mengevaluasi efek motivational interviewing (MI) terhadap faktor fisik dan psikologis pada pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. **Metode:** Desain penelitian yang digunakan adalah literature review. Artikel penelitian dicari melalui *search engine database journal* berupa *EBSCOhost dan Science Direct*. *Keywords* yang digunakan, antara lain: *insulin therapy, motivational interviewing, self management, diabetes mellitus type 2, lifestyle intervention.* Artikel penelitian yang telah ditemukan kemudian dikelompokkan kembali berdasarkan karakteristik kriteria inklusi dan eksklusi yang telah peneliti tentukan. **Hasil:** Lima hasil penelitian dengan desain RCTs yang telah dianalisis menunjukkan bahwa MI memeiliki efek positif terhadap faktor fisik dan psikologis pada pasien DM Tipe 2. **Kesimpulan dan Implikasi Hasil:** MI berkaitan erat dengan kemampuan manajemen diri seorang pasien diabetes tipe 2, sehingga dapat dijadikan intervensi terpadu dalam salah satu penatalaksanaan DM yang berkembang secara berkelanjutan sesuai dengan perkembangan penyakit dan kebutuhan pasien.

Kata Kunci : *Motivational Interviewing, Diabetes Mellitus Type 2, Self Management*

PENDAHULUAN

Prevalensi diabetes mellitus tipe 2 meningkat dengan cepat dikarenakan populasi lansia dan perubahan gaya hidup. Manajemen diri adalah dasar untuk pengobatan diabetes tipe 2 dan penting dalam pencegahan komplikasi (Dan Song, et all, 2014). Penyakit diabetes merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan secara total tetapi dapat dikendalikan, sehingga dibutuhkan kedisiplinan dan kepatuhan penderita selama hidupnya untuk menaati perubahan gaya hidup yang dianjurkan guna mempertahankan gula darah normal dan terbebas dari komplikasi. Diabetes mellitus merupakan masalah kesehatan yang serius, diperkirakan tahun 2000 sekitar 177 juta orang di dunia terdiagnosis diabetes, dan angka ini akan meningkat dua kali lipat di tahun 2030. Penyakit jantung merupakan penyebab utama kematian pada pasien diabetes. Baik penyakit jantung dan diabetes berhubungan dengan faktor risiko yang sama, yaitu diet

yang tidak sehat, merokok serta gaya hidup buruk yang menetap atau terus menerus (Laura MC Welschen,et all, 2007).

Diabetes Mellitus adalah salah satu penyakit degeneratif di dalam sepuluh besar penyakit di Indonesia. Prevalensi penyakit ini mengalami peningkatan setiap tahunnya. Dimana pada tahun 2000 diperkirakan sekitar 150 juta orang di dunia mengidap diabetes mellitus. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi dua kali lipat pada tahun 2005, dan sebagian besar peningkatan itu akan terjadi di negara-negara yang sedang berkembang seperti Indonesia.

Kebutuhan perawatan penyakit kronis telah memulai perubahan. Redesain penyediaan layanan kesehatan, lebih fokus pada pemberdayaan pasien dan *self management* dikombinasikan dengan *evidence based*. protokol intervensi diarahkan menjadi perawatan pro-aktif untuk orang-orang dengan kondisi kronis. Fokus pada pendekatan pro-aktif menuntut keterampilan khusus pasien (misalnya manajemen diri) dan profesional kesehatan (misalnya keterampilan motivasi) dan oleh karena itu, hasil intervensi tidak hanya harus fokus pada hasil medis, seperti tekanan darah atau kadar hemoglobin terglikasi, tetapi juga psikologis pasien. Gaya hidup memiliki dampak penting terhadap jalannya diabetes. Peningkatan toleransi glukosa dan gaya hidup menyebabkan perubahan resistensi insulin yang sangat erat kaitannya dengan profil asam lemak. Salah satu komponen untuk meningkatkan gaya hidup sehat adalah perilaku pasien diabetes (Yvonne J.L van Eijk-Hustings, et all , 2010).

Pengendalian gaya hidup yang tepat bagi pasien DM tipe 2 perlu menggunakan pendekatan terbaru yang efektif. Pendekatan ini akan membantu pasien dalam meningkatkan kemampuannya untuk memanajemen gaya hidup yang sesuai. Motivational Interviewing (MI) sebagai intervensi yang berpusat pada pasien merupakan strategi perubahan perilaku dalam meningkatkan persepsi pasien tentang pentingnya perubahan perilaku. Penelitian-penelitian terdahulu telah membuktikan bahwa MI mampu meningkatkan kemampuan manajemen diri pada pasien diabetes mellitus tipe 2. (MI) adalah gaya konseling yang berpusat pada klien, yang dirancang untuk memperoleh perubahan perilaku dengan membantu orang-orang untuk mengeksplorasi, mengklarifikasi dan menyelesaikan tantangan perubahan (Yvonne J.L van Eijk-Hustings, et all, 2010).

Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut, maka perlu dilakukan suatu *literature review* yang menganalisis Pengaruh *Motivational Interviewing* (MI) Terhadap Fisik (Indeks Massa Tubuh, Tekanan Darah, HbA1c dan Serum Lipid) dan Psikologis (*self management, self efficacy*, Kualitas Hidup dan Depresi) Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2.

TUJUAN

Menganalisis Pengaruh *Motivational Interviewing* (MI) Terhadap Fisik (Indeks Massa Tubuh, Tekanan Darah, HbA1c dan Serum Lipid) dan Psikologis (*self management, self efficacy*, Kualitas Hidup dan Depresi) Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2.

METODE PENELITIAN

1. Design

Literature review merupakan suatu metode penelitian dengan melakukan identifikasi melalui analisis beberapa jurnal dengan topik sama sesuai kriteria inklusi dan

eksklusi yang telah peneliti tentukan. Hasil-hasil penelitian tersebut kemudian dirangkum sehingga tersaji fakta yang lebih komprehensif dan relevan.

2. Kriteria inklusi dan ekslusi

i. Tipe studi

Randomized controlled trials (RCTs) yang disesuaikan dengan kriteria inklusi.

ii. Tipe partisipan/responden

Kriteria inklusi :

a. Pasien yang didiagnosa diabetes mellitus tipe 2
b. Pasien dengan rentang umur 40-70tahun
c. Pasien dengan HbA1c > 7%

Kriteria eksklusi :

a. Pasien dengan kondisi medis tertentu atau komplikasi, seperti : stroke, tumor, penyakit hati, penyakit ginjal, ketoasidosis atau kondisi kritis.
b. Pasien dengan gangguan kognitif dan keterbatasan dalam komunikasi
c. Pasien yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian

iii. Tipe intervensi

Motivational Interviewing (MI)

Secara khusus, MI menekankan pentingnya memahami perspektif dan prioritas unik setiap pasien saat mengembangkan rencana pengobatan. Konsisten dengan pendekatan berpusat pada pasien, MI menggunakan cara dengan mendengarkan reflektif, komunikasi terapeutik, dan keterampilan membangun hubungan untuk memberdayakan pasien dalam melakukan perubahan perilaku.

Terdapat tiga prinsip utama dalam pelaksanaan MI, yaitu : **prinsip pertama** : Teknik yang digunakan adalah mendengarkan reflektif, **prinsip kedua** : menciptakan sebuah 'gap' antara perilaku saat klien dan tujuan yang lebih luas, sehingga budidaya motivasi untuk perubahan gaya hidup, **prinsip ketiga** : mempertimbangkan perspektif baru self-efficacy / kepercayaan seseorang dalam kemampuan untuk mengubah perilaku tertentu dalam keadaan sulit, hal ini harus terus didukung karena merupakan salah satu prediktor terbaik dari hasil pengobatan. Self-efficacy dapat diperkuat dengan menegaskan kesuksesan masa lalu (yaitu, penguatan), menyajikan kisah sukses orang lain (misalnya, pemodelan), dan mengekspresikan kepercayaan potensi klien untuk berubah (Laura MC Welschen,et all, 2007).

Secara umum pasien dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok yang diberi perlakuan/intervensi dan kelompok kontrol. Intervensi Motivational Interviewing (MI) diberikan oleh perawat yang terlatih dan professional. MI diberikan dalam beberapa tahapan. Sedangkan kelompok kontrol diberikan metode pendidikan kesehatan konvensional.

iv. Tipe outcome yang diukur

Outcome yang diukur meliputi indikator fisik sebagai *primary outcome* dan indikator psikologis sebagai *secondary outcome*. Indikator fisik, seperti : Indeks Massa Tubuh, Tekanan Darah, HbA1c dan Serum Lipid dan Psikologis, seperti : *self management, self efficacy*, Kualitas Hidup dan Depresi.

3. Strategi pencarian *literature*

Strategi pencarian literatur menggunakan EBSCOhost dan Science Direct. Rentang tahun yang digunakan dalam pencarian literatur yaitu tahun 2007-2014. Bentuk jurnal yang termasuk dalam pencarian yaitu *full text* dan *advanced search* dengan beberapa kata kunci sebagai berikut : *insulin therapy, motivational interviewing, self management, diabetes mellitus type 2, lifestyle intervention.*

4. Metode pengkajian kualitas studi

Metode pengkajian kualitas studi menggunakan *CASP (Critical Appraisal Skill Programe) Tools*. CASP yang digunakan yaitu khusus untuk metode RCT, terdiri dari 11 pertanyaan skrining sebagai penilaian akhir dari sebuah studi.

5. Ekstraksi data

Ekstraksi data yang digunakan dalam studi ini menggunakan bentuk standar yang dibuat tabel. Ekstraksi data mencakup sitasi, metodologi, sampel, intervensi, kontrol, waktu intervensi dan indikator serta pengukurannya.

Tabel 1. Kualitas studi dalam *literature review*

No	Sitasi	Clearly Focused Issue (PICO)	Random Effect	Blinding	Treated Equally	Treatment Effect	Dropout and Loss	Applicability (Benefit)	Grade
1	Laura MC Welschen,et all (2007)	Yes	Yes	Yes (only researcher)	Yes	Yes	Yes	Yes	A
2	Heather L Stuckey, et all (2009)	Not	Yes	Not	Yes	Yes	Not	Not	B
3	Yvonne J.L van Eijk-Hustings, et all (2010)	Not	Yes	Not	Yes	Yes	Not	Yes	B
4	Shu Ming Chen, et all (2011)	Yes	Yes	Not	Yes	Yes	Yes	Yes	A
5	Meng Ling, et all (2014)	Yes	Yes	Not	Yes	Yes	Yes	Yes	A

HASIL

1. Karakteristik studi

Setelah melalui skrining beberapa judul dan abstrak, teridentifikasi 5 jurnal yang eligible (sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditentukan). Hasil dari pengkajian kelima jurnal tersebut kemudian dikelompokkan dan dianalisis untuk menemukan kesimpulan. Kualitas studi dapat dilihat di tabel 1.

Ada beberapa model intervensi yang membedakan antara penelitian yang satu dengan yang lain. Pada penelitian ke-1 oleh Laura MC Welschen,et all (2007) menggunakan CBT (*Cognitive Behaviour Therapy)* sebagai modifikasi MI (*Motivational Interviewing*) dengan PST (*Problem Solving Treatment*) pada kelompok intervensi, sedangkan kelompok kontrol diberikan perlakuan berupa manajemen diabetes yang telah biasa dilakukan. Pada penelitian ke-4 (Shu Ming Chen, et all, 2011), ke-5 (Meng Ling, et all, 2014), dan ke-6 (Dan Song, et all, 2014) memiliki karakteristik studi yang sama yaitu MI pada kelompok intervensi dan pendidikan kesehatan konvensional pada kelompok kontrol, hanya saja memiliki perbedaan waktu pelaksanaan. Penelitian ke-4 (Shu Ming Chen, et all, 2011) dilakukan selama 3 bulan, sedangkan penelitian ke-5 (Meng Ling, et all, 2014) dilakukan selama 6 bulan.

2. Outcome

Indikator Fisik

Pengaruh MI terhadap HbA1c dijelaskan dalam dua penelitian. Pertama, penelitian ke 4 oleh Shu Ming Chen, et all (2011) yang menunjukkan bahwa MI dapat menurunkan kadar HbA1c secara signifikan setelah intervensi selama 3 bulan. Uji statistik yang digunakan yaitu independent two sample t-test dengan (t=5.38, p-Value 0.14 (<0.01)). Kedua, penelitian ke 5 oleh Meng Ling, et all (2014) menunjukkan bahwa kadar HbA1c menurun tetapi tidak signifikan di kedua kelompok (intervensi dan kontrol) dengan p-value 0.521 (<0.05) dan p-value 0.738 (<0.05). Penelitian ke 6 oleh dan song dkk menggunakan *literature review (meta-analysis)* mengindikasikan bahwa MI jangka pendek (<6 bulan) lebih efektif dalam menurunkan level HbA1c.

Pengaruh fisik yang lain yaitu BMI, tekanan darah dan serum lipid. Hal ini dapat dilihat pada penelitian ke 2 oleh Laura MC Welschen,et all (2007) menunjukkan bahwa nilai mean pada masing-masing indikator BMI, tekanan darah dan serum lipid mengalami perubahan. Nilai mean BMI yaitu 34,8 pada kelompok kontrol dan 33,9 pada kelompok intervensi. Nilai mean tekanan darah sistolik yaitu 139,0 pada kelompok kontrol dan 135,7 pada kelompok intervensi, sedangkan nilai mean tekanan darah diastolik 76,1 pada kelompok kontrol dan 78,8 pada kelompok intervensi. Nilai mean kadar LDL yaitu 112,2 pada kelompok kontrol dan 115,5 pada kelompok intervensi.

Indikator Psikologis

1. Pengaruh MI terhadap manajemen diri

   Terdapat dua penelitian yang menunjukkan hasil sama mengenai pengaruh MI terhadap manajemen diri. Pertama, penelitian ke 4 oleh Shu Ming Chen, et all (2011) menunjukkan bahwa MI mampu meningkatkan manajemen diri pasien

DM (kuosioner DSMI) setelah intervensi selama 3 bulan. Uji statistik yang digunakan yaitu independent two sample t-test dengan (t=-5.70, p-Value 0.40 (<0.01)). Kedua, penelitian ke 5 oleh Meng Ling, et all (2014) menunjukkan bahwa manajemen diri yang diukur menggunakan SDSCA (Summary of Diabetes Self Management Activities) mengalami peningkatan di kedua kelompok, walaupun pada kelompok intervensi MI nilainya lebih signifikan (p value :,004).

2. Pengaruh MI terhadap efikasi diri
   Penelitian oleh Shu Ming Chen, et all (2011) menunjukkan bahwa MI mampu meningkatkan efikasi diri pasien DM (kuosioner C-DMSES) setelah intervensi selama 3 bulan. Uji statistik yang digunakan yaitu independent two sample t-test dengan (t=-6.40, p-Value 0.99 (<0.01)).
3. Pengaruh MI terhadap kualitas hidup pasien
   Dua penelitian menunjukan hasil yang sedikit berbeda mengenai pengaruh MI terhadap kualitas hidup pasien. Penelitian ke 4 oleh Shu Ming Chen, et all (2011) menunjukkan bahwa MI mampu meningkatkan kualitas hidup pasien DM (kuosioner WHOQOL) setelah intervensi selama 3 bulan. Uji statistik yang digunakan yaitu independent two sample t-test dengan (t=-4.49, p-Value 0.65 (<0.01)). Sedangkan penelitian ke 5 oleh Meng Ling, et all (2014) menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien yang diukur menggunakan DSQL (Diabetes Spesific Quality of Life scale) tidak memiliki perbedaan signifikan diantara kedua kelompok, baik intervensi dan kontrol.
4. Pengaruh MI terhadap distress emosional dan depresi
   Satu penelitian yang dilakukan oleh Heather L Stuckey, et all (2009) menunjukkan nilai mean distress emosional yang diukur menggunakan kuosioner PAID (problem Area In Diabetes) yaitu 29,6 pada kelompok kontrol dan 28,7 pada kelompok intervensi, sedangkan nilai mean dari depresi yang diukur menggunakan CES-D yaitu 21,9 pada kelompok kontrol dan 21,4 pada kelompok intervensi.

PEMBAHASAN

Status klinis ditentukan oleh konsentrasi hemoglobin terglikasi (HbA1c,%), Body Mass Index (BMI, kg / m2), tekanan darah sistolik dan diastolik (mm Hg), kadar kolesterol puasa total, HDL dan LDL-kolesterol dan trigliserida (mmol / l) (Yvonne J.L van Eijk-Hustings, et all, 2010).

Motivational interviewing (MI) merupakan strategi perubahan perubahan perilaku yang berpusat pada pasien dimana bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengurangi tantangan yang berhubungan dengan perubahan perilaku kesehatan serta meningkatkan persepsi pasien tentang pentingnya perubahan perilaku (Dan Song, et all, 2014).

Kekuatan pada literatur review ini yaitu indikator fisik dan psikologis dari masing-masing penelitian hampir sama, sehingga dapat dicapai pembahasan yang sistematik. Secara garis besar, MI memiliki pengaruh positif pada BMI, kadar HbA1c, tekanan darah dan serum lipid. Sedangkan, ditinjau dari faktor psikologis MI mampu memberikan pengaruh positif pada meningkatkan *self management, self efficacy*, kualitas hidup dan menurunkan distress emosional.

Keterbatasan pada literatur review ini yaitu jumlah sampel yang digunakan pada penelitian relatif sedikit serta durasi penelitian terlalu sebentar. *Blinding* pada kelima penelitian (jurnal) tidak dijelaskan secara detail sehingga peneliti kesulitan untuk melakukan penilaian pada item tersebut.

Implikasi hasil review ini bagi pelayanan maupun pembuat kebijakan, antara lain :

1. Pasien dan tenaga kesehatan profesional memiliki pandangan berbeda dalam menyikapi diabetes. Kebanyakan tenaga kesehatan profesional menganggap diabetes lebih serius daripada anggapan pasien sendiri. Sehingga penting untuk menjembatani informasi yang benar antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan melalui komunikasi yang efektif.
2. Seringkali, kita tidak dapat hanya mengatakan kepada pasien untuk beraktivitas lebih banyak atau sedikit dengan informasi yang sifatnya cepat. Perubahan perilaku pada pasien dibutuhkan komitmen, energi dan motivasi pasien itu sendiri. Hal tersebut menjadi landasan seorang perawat untuk mempertimbangkan MI sebagai suatu gaya komunikasi efektif yang berpusat pada pasien.
3. MI sebaiknya dipertimbangkan sebagai intervensi efektif dalam perubahan perilaku pasien dan peningkatan manajemen diri pasien. Sebagai pasien diabetes degan kontrol gula darah yang buruk pada umunya memiliki masalah dengan pengaturan diabetes dan perilaku yang tidak sesuai, MI mungkin dapat digunakan sebagai pendekatan untuk perawatan pasien. (Shu Ming Chen, et all, 2011).
4. Peningkatan strategi efektif dan efisien untuk mempromosikan manajemen diri menjadi sangat penting untuk mencegah komplikasi yang serius. Walau bagaimanapun manajemen diri diabetes tidak hanya bergantung pada keterampilan tehnik pengobatan, akan tetapi juga tingkat motivasi seseorang untuk mempertimbangkan manajemen diri penyakitnya. (Shu Ming Chen, et all, 2011).
5. Manajemen diri adalah tujuan utama dari intervensi edukasi diabetes, sehingga biaya dan komplikasi yang terkait dengan diabetes (yaitu stadium akhir penyakit ginjal, kebutaan, dan amputasi) dapat dicegah, sehingga MI sebagai langkah awal manajemen diri yang baik menajdi sangat perlu untuk diimplikasikan (Heather L Stuckey, et all, 2009).

KESIMPULAN

Penelitian yang akan datang diharapkan mampu meneliti dengan batasan waktu yang lebih panjang. *Literature* review ini telah dapat menjadi bukti ilmiah bahwasanya intervensi MI mampu membantu perubahan perilaku gaya hidup pada pasien DM tipe 2, penelitian selanjutnya tidak hanya pasien DM tipe 2 yang menjadi sampel, akan tetapi pasien DM tipe 2 yang mendapat beberapa intervensi khusus seperti terapi insulin.

Ada beberapa data kualitatif yang dapat diukur melalui penelitian ini, sehingga pengembangan kedepan penelitian-penelitian kualitatif dibutuhkan untuk mengetahui keuntungan-keuntungan intervensi MI baik ditinjau secara fenomenologis maupun etnografi.

DAFTAR PUSTAKA

Li, Meng., Li, Ting., Shi, Bing,Yin., Gao, & Cui-Xia. (2014). *Impact of motivational interviewing on the quality of life and its related factors in type 2 diabetes mellitus patients with poor long-term glycemic control.* International Journal of Nursing Science (2014) 250-254.

Chen, Shu Ming., Creedy, Debra., Lin, Huey-Shyan., & Wollin, Judy. (2012). *Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes : A randomised controlled trial* .International Journal of Nursing Studies 49 (2012) 637-644.

Pouwer, F., & Snoek, F. J. (2002). *Patients' Evaluation of the Quality of Diabetes Care (PEQD): Development and validation of a new instrument.* Quality & Safety in Health Care, 11(2), 131-136.

Shaw, J.E, Sicree,R.A., & Zimmet, P.Z. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Research And Clinical Practice, 87 (1).

Song, Dan., Xu, Tu-Zhen., & Sun, Hua-Qiu.(2014) 291-297. *Effect of Motivational Interviewing on Self Management in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus : A Meta-Analysis.*International Journal of Nursing Science I.(2014) 291-297.

Stuckey, L Hether., Dellasega, Cheryl., Graber, J Nora., Mauger, T David., Lendel, Irina., & Gabbay, A Robbert. (2009). *Diabetes Nurse Case Management and Motivational Interviewing for Change (DYNAMIC) : Study Design and Baseline Characteristics in The Chronic Care Model for Type 2 Diabetes.* Contemporary Clinical Trials 30 (2009) 366-374.

Welschen, Laura MC., Oppen, Patricia Van., Dekker, Jaqualine M., Bouter, Lex M., Stalman, Wim AB., & Nijpels, Giel. (2007). *The effectiveness of adding cognitive behavioural therapy aimed at changing lifestyle to managed diabetes care for patients with type 2 diabetes : design of a randomised controlled trial.* BMC public health.

EFEKTIFITAS PEMBERIAN TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF DAN TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENURUNAN INSOMNIA PADA LANSIA DI UNIT REHABILITASI SOSIAL DEWANATA CILACAP

Dwi Astuti [1)], Made Suandika [2)]
Email : astutidwi20@yahoo.co.id

Email : gelansatria@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Insomnia merupakan permasalahan yang paling sering dialami oleh lansia. Di Indonesia, angka penduduk yang mengalami insomnia paling banyak dialami oleh kelompok lansia yaitu sebesar 59%. Tingginya masalah tidur yang terjadi pada lansia memerlukan penanganan yang sesuai untuk meningkatkan pemenuhan kebutuhan tidur, diantaranya pemberian terapi relaksasi otot progresif dan relaksasi napas dalam.
Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan efektifitas pemberian terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia pada lansia di Unit Rehabilitasi Sosial Dewanata Cilacap. Desain penelitian ini adalah *quasy eksperimental* dengan rancangan *two group comparation pretest-posttest design,* dengan jumlah sampel sebanyak 20 responden yang diambil dengan teknik *quota sampling.*
Metode: Dari hasil penelitian didapat jumlah umur responden terbanyak yang diberikan terapi relaksasi otot progresif yaitu pada kelompok umur 60-74 sebanyak 6 (60%) responden. Sedangkan jumlah umur responden terbanyak yang diberikan terapi relaksasi napas dalam yaitu pada kelompok umur 60-74 tahun sebanyak 8 (80%) responden. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yang diberikan terapi relaksasi otot progresif didapatkan hasil 3 (30%) jenis kelamin laki-laki dan 7 (70%) jenis kelamin perempuan. Sedangkan yang diberikan terapi relaksasi napas dalam sebanyak 6 (60%) jenis kelamin laki-laki dan 4 (40%) jenis kelamin perempuan.
Hasil: Hasil uji statistik menggunakan *uji Mann-Whitney* menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan efektifitas antara terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia pada lansia di Unit Rehabilitasi Sosial Dewanata Cilacap. Terlihat dari nilai probabilitas sebesar 0.965 yang artinya lebih besar dibandingkan nilai signifikansi (0.05).

Kata kunci : Insomnia, terapi relaksasi otot progresif, terapi relaksasi napas dalam

Latar Belakang

Lansia merupakan individu berusia diatas 60 tahun dimana memiliki tanda-tanda penurunan fungsi biologis, psikologis, sosial dan ekonomi yang berlangsung terus menerus secara alamiah (Maryam, 2008). Berdasarkan data WHO, di kawasan Asia Tenggara yang berusia di atas 60 tahun berjumlah 142 juta orang dan diperkirakan akan terus meningkat hingga 3 kali lipat di tahun 2050. Rata-rata usia harapan hidup di negara-negara kawasan Asia Tenggara adalah 70 tahun, sedangkan usia harapan hidup

di Indonesia sendiri termasuk cukup tinggi yaitu 71 tahun, berdasarkan Profil Data Kesehatan Indonesia tahun 2011 (WHO, 2012).

Proses menua cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan jiwa secara khusus pada lansia. Secara umum kondisi fisik seseorang yang sudah memasuki masa lansia mengalami penurunan secara berlipat ganda. Hal ini semua dapat menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik, psikologik maupun sosial, yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan ketergantungan kepada orang lain (Anwar, 2009).

Perubahan-perubahan tersebut merupakan hal yang normal selama kualitas tidur lansia baik, namun sebaliknya jika kualitas tidur lansia terganggu akan menimbulkan masalah kesehatan lainnya yang berbahaya bagi lansia (Erliana, 2008). Jika seseorang tidak mendapatkan tidur yang baik maka akan menimbulkan kerusakan pada fungsi otot dan otak karena tidak adekuatnya kebutuhan tidur (Stanley, 2006 dalam Fitriasya, 2012).

Di Indonesia, kelompok lanjut usia (di atas 40 tahun) dijumpai 7% kasus yang mengeluh mengenai masalah tidur (hanya dapat tidur tidak lebih dari 5 jam sehari). Hal yang sama dijumpai pada 22% pada kelompok usia 75 tahun. Demikian pula kelompok lanjut usia lebih banyak mengeluh terbangun lebih awal. Selain itu, terdapat 30% kelompok usia 70 tahun yang banyak terbangun di waktu malam hari. Angka ini ternyata tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok usia 20 tahun (Bandiyah, 2009).

Tingginya masalah tidur yang terjadi pada lansia memerlukan penanganan yang sesuai untuk meningkatkan pemenuhan kebutuhan tidur (Kuswati, 2009). Peningkatan pemenuhan kebutuhan tidur dapat dilakukan dengan mengajarkan cara-cara yang dapat menstimulus dan memotivasi tidur. Salah satu cara yang bisa dilakukan adalah relaksasi.

Hasil *pra survey* menunjukkan dari jumlah populasi 90, didapatkan data dari 10 orang lansia, 3 diantaranya mengalami gangguan tidur setelah dilakukan *skrinning* sebelumnya. Selain itu, peneliti juga menemukan bahwa lebih dari 20 orang lansia ternyata terbukti mengalami insomnia setelah peneliti melakukan *pretest*, seminggu sebelum penelitian dimulai. Angka ini termasuk yang paling tinggi bila dibandingkan dengan Panti Rehabilitasi lain di wilayah Banyumas. Mereka mengeluhkan berbagai macam keluhan yang berhubungan dengan tidur diantaranya, tidur hanya sebentar, sering terbangun pada malam hari dan susah untuk kembali tidur, merasa lelah di siang hari.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Kuswati, dkk (2009) tentang pengaruh senam lansia terhadap penurunan skala insomnia pada lansia di Unit Rehabilitasi Sosial Dewanata Cilacap, didapatkan hasil bahwa terdapat penurunan tingkat insomnia pada responden yaitu sebesar 11 responden (68,75%) tidak ada insomnia, 5 responden dengan tingkat insomnia sedang menjadi insomnia ringan sebanyak 3 responden (18,75%) dan 2 responden (12,5%) dengan tingkat insomnia berat menjadi insomnia sedang. Peneliti ingin menggunakan metode penanganan insomnia yang berbeda dengan

metode yang pernah dilakukan sebelumnya khususnya di Unit Rehabilitasi Sosial Dewanata Cilacap.

Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti mengambil rumusan masalah, bagaimana efektifitas pemberian terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia pada lansia di unit rehabilisasi sosial dewanata cilacap?

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan efektifitas pemberian terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia pada lansia di Unit Rehabilitasi Sosial Dewanata Cilacap.

Metodologi Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *Quasi Eksperimental* dengan pendekatan *2 group comparation pretest-posttest design* untuk membandingkan antara efektifitas pemberian terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia pada lansia di Unit Rehabilitasi Sosial Dewanata Cilacap.

Jumlah populasi dari penelitian ini adalah sebanyak 90 responden dengan jumlah sampel sebanyak 20 responden yang diambil dengan menggunakan teknik *quota sampling,* , yaitu teknik penentuan sampel dengan cara menetapkan sejumlah anggota sampel secara jatah yang telah ditentukan oleh peneliti (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai instrumen penelitiannya. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner insomnia dari Kelompok Studi Psikiatri Biologi Jakarta (KSPBJ-IRS). Kuesioner ini terdiri dari 11 pertanyaan yang menggunakan skala ordinal 1, 2, 3, 4 dengan penjelasan sebagai berikut:

a. Tidak pernah : 1
b. Kadang-kadang : 2
c. Sering : 3
d. Selalu : 4

Dimana jumlah total dari setiap item pertanyaan dapat dikategorikan sebagai berikut:

a. 11-19 : tidak ada keluhan insomnia
b. 20-27 : insomnia ringan
c. 28-36 : insomnia berat
d. 37-44 : insomnia sangat berat

Pada penelitian ini, uji statistik yang digunakan adalah *Mann-whitney test.* Uji statistik ini digunakan untuk melihat perbedaan tingkat insomnia pada kelompok yang diberikan terapi relaksasi otot progresif dengan tingkat insomnia pada kelompok yang diberikan terapi relaksasi napas dalam. Taraf signifikansi (α) yang digunakan pada uji ini adalah 0,05.

Hasil Penelitian

1. Analisis univariat
   a. Karakteristik responden

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden yang diberikan terapi relaksasi otot progresif dan relaksasi napas dalam berdasarkan jenis kelamin dan umur

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase (%)
Relaksasi Otot Progresif		
Jenis Kelamin		
Laki-laki	3	30.0
Perempuan	7	70.0
Total	**10**	**100.0**
Umur		
60-74 (*elderly*)	6	60.0
75-90 (*old*)	4	40.0
Total	**10**	**100.0**

Karakteristik Responden	Jumlah	Presentase (%)
Relaksasi Napas Dalam		
Jenis Kelamin		
Laki-laki	6	60.0
Perempuan	4	40.0
Total	**10**	**100.0**
Umur		
60-74 (*elderly*)	8	80.0
75-90 (*old*)	2	20.0
Total	**10**	**100.0**

Responden yang diberikan terapi relaksasi otot progresif terdiri dari 3 (30%) laki-laki dan 6 (60%) perempuan. Frekuensi umur paling banyak adalah kelompok umur 60-74 tahun sebanyak 6 responden (60%). Responden yang diberikan terapi relaksasi napas dalam terdiri dari 6 (60%) laki-laki dan 4 (40%) perempuan. Frekuensi umur yang paling banyak adalah kelompok umur 60-74 tahun sebanyak 8 responden (80%).

   b. Karakteristik tingkat insomnia responden
      1) Karakteristik tingkat insomnia responden yang diberikan terapi relaksasi otot progresif.

Tabel 4.2 Distribusi statistik tingkat insomnia responden sebelum dan setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif

Tingkat Insomnia Responden	Jumlah	Persentase (%)
Sebelum Perlakuan		
Tidak insomnia		0
Ringan	0	60.0
Berat	6	30.0
Sangat berat	3	10.0
Total	1	**100.0**
Tingkat Insomnia Responden	10 **Jumlah**	**Presentase (%)**
Setelah Perlakuan		
Tidak insomnia	6	60.0
Ringan	3	30.0
Berat	1	10.0
Sangat berat	0	0.0
Total	**10**	**100.0**

Berdasarkan tabel 4.2 di atas dapat diketahui bahwa setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif, seluruh responden mengalami penurunan tingkat insomnia. Sebanyak 6 responden (60%) berubah menjadi tidak ada keluhan insomnia, 3 responden (30%) mengalami insomnia ringan, dan 1 responden (10%) mengalami insomnia berat.

2) Karakteristik tingkat insomnia responden yang diberikan terapi relaksasi napas dalam

Tabel 4.3 Distribusi statistik tingkat insomnia responden sebelum dan setelah diberikan terapi relaksasi napas dalam

Tingkat Insomnia Responden	Jumlah	Persentase (%)
Sebelum Perlakuan		
Tidak insomnia	0	0.0
Ringan	7	70.0
Berat	2	20.0
Sangat berat	1	10.0
Total	**10**	**100.0**

Tingkat Insomnia Responden	Jumlah	Presentase (%)
Setelah Perlakuan		
Tidak insomnia	6	60.0
Ringan	3	30.0
Berat	0	0.0
Sangat berat	1	10.0
Total	**10**	**100.0**

Berdasarkan tabel 4.3 di atas dapat diketahui bahwa setelah diberikan terapi relaksasi napas dalam, 90% responden mengalami penurunan tingkat insomnia. Sebanyak 6 responden (60%) berubah menjadi tidak ada keluhan insomnia dan 3 responden (30%) mengalami insomnia ringan.

2. Analisis bivariat
   a. Efektifitas terapi relaksasi otot progresif

Tabel 4.4 *uji Mann-Whitney* efektifitas pemberian terapi relaksasi otot progresif terhadap penurunan insomnia

Perlakuan Terapi Relaksasi Otot Progresif	N	Mean Rank	Sum Of Rank	*P*
Sebelum	10	13.85	138.50	0.007
Sesudah	10	7.15	71.50	

Berdasarkan tabel 4.4 di atas, diperoleh nilai probabilitas sebesar 0.007 yang artinya lebih kecil dibandingkan nilai signifikansi (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat insomnia antara sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi otot progresif.

   b. Efektifitas terapi relaksasi nafas dalam

Tabel 4.5 *uji Mann-Whitney* efektifitas pemberian terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia

Perlakuan Terapi Relaksasi Otot Progresif	N	Mean Rank	Sum Of Rank	*P*
Sebelum	10	13.50	135.00	0.014
Sesudah	10	7.50	75.00	

Berdasarkan tabel 4.5 diperoleh nilai probabilitas sebesar 0.014 yang artinya lebih kecil dibandingkan nilai signifikansi (0,05). Sehingga dapat

disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat insomnia antara sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi napas dalam.

c. Perbedaan efektifitas terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia

Tabel 4.6 *uji Mann-Whitney* perbedaan efektifitas pemberian terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia

Perlakuan	N	Mean Rank	Sum Of Rank	*P*
Terapi realaksasi otot progresif	10	10.45	104.50	0.965
Terapi relaksasi napas dalam	10	10.55	105.50	

Berdasarkan tabel 4.6 di atas diperoleh nilai probabilitas sebesar 0.965 yang artinya lebih besar dibandingkan nilai signifikansi (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan efektifitas antara terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia.

Pembahasan

1. Umur

Berdasarkan tabel 4.1, frekuensi umur responden yang diberikan terapi relaksasi otot progresif, paling banyak adalah kelompok umur 60-74 tahun sebanyak 6 responden (60%) sedangkan sisanya adalah kelompok umur 75-90 tahun sebanyak 4 responden (40%). Demikian pula dengan frekuensi umur responden yang diberikan terapi relaksasi napas dalam paling banyak adalah kelompok umur 60-74 tahun sebanyak 8 responden (80%) sedangkan sisanya adalah kelompok umur 75-90 tahun sebanyak 2 responden (20%) sesuai dengan tabel 4.2.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kuswati, dkk (2009) yang berjudul "pengaruh senam lansia terhadap penurunan skala insomnia pada lansia di Panti Wredha Dewanata Cilacap", dimana dalam penelitian tersebut membuktikan bahwa tingkat insomnia sangat berat dan berat banyak dialami oleh kelompok usia 75-90 tahun (*old*).

2. Jenis kelamin

Dari hasil penelitian didapatkan jenis kelamin responden yang diberikan terapi relaksasi otot progresif terdiri dari 3 (30%) laki-laki dan 6 (60%) perempuan. Sedangkan jenis kelamin responden yang diberikan terapi relaksasi napas dalam terdiri dari 6 (60%) laki-laki dan 4 (40%) perempuan. Dari seluruh responden yang berjumlah 20 orang, 11 orang berjenis kelamin perempuan sedangkan sisanya yaitu 9 orang berjenis kelamin laki-laki. Perbedaan jenis kelamin ini tidak terlalu signifikan antara laki-laki dan perempuan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Erliana (2008) yang berjudul "perbedaan tingkat insomnia lansia sebelum dan sesudah latihan relaksasi otot progresif (*progressive muscle relaxation*) di BPSTW Ciparay Bandung", dimana dari 29 orang responden 22 diantaranya (75,86 %) yang mengalami insomnia adalah berjenis kelamin perempuan

3. Tingkat insomnia responden sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi otot progresif

   Berdasarkan hasil penelitian, dapat diketahui bahwa 10 responden yang diberikan terapi relaksasi otot progresif, seluruhnya mengalami penurunan tingkat insomnia setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif sebanyak 2x sehari selama 1 minggu

   Sedangkan berdasarkan *uji Mann-Whitney* diperoleh nilai probabilitas sebesar 0.007 yang artinya lebih kecil dibandingkan nilai signifikansi (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi relaksasi otot progresif efektif dalam menurunkan insomnia lansia karena terdapat perbedaan tingkat insomnia antara sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi otot progresif.

   Hasil penelitian ini juga sependapat dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Erliana (2008) yang berjudul "perbedaan tingkat insomnia lansia sebelum dan sesudah latihan relaksasi otot progresif (*progressive muscle relaxation*) di BPSTW Ciparay Bandung", dimana terdapat penurunan tingkat insomnia terlihat dari hasil analisa statistik dengan menggunakan *Wilcoxon Match Pair Test* diperoleh *Z*hitung sebesar -4,706 dan Ztabel sebesar 1,96. karena (4,706) > *Z*tabel (1,96) dan *Pvalue* = 0,000 < = 0,05 pada taraf signifikan 5% maka Ha diterima, artinya terdapat perbedaan tingkat insomia lansia sebelum dan sesudah latihan relaksasi otot progresif di BPSTW Ciparay Bandung.

4. Tingkat insomnia responden sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi napas dalam

   Berdasarkan hasil penelitian, dapat diketahui bahwa dari 10 responden yang diberikan terapi relaksasi napas dalam, 8 diantaranya mengalami penurunan tingkat insomnia setelah diberikan terapi relaksasi napas dalam sebanyak 2x sehari selama 1 minggu.

Sedangkan dari *uji Mann-Whitney* diperoleh nilai probabilitas sebesar 0.014 yang artinya lebih kecil dibandingkan nilai signifikansi (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi relaksasi napas dalam efektif dalam menurunkan insomnia karena terdapat perbedaan tingkat insomnia antara sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi napas dalam.

Hasil yang serupa juga didapatkan pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Lestari (2009) yang berjudul "Pengaruh Terapi Relaksasi Napas Dalam terhadap Penurunan Insomnia pada Lansia". Jenis penelitian ini adalah *pre eksperimen* yang menggunakan rancangan *pretest & posttest* pada satu kelompok, serta menggunakan uji statistic *Wilcoxon.* Didapatkan hasil bahwa terdapat penurunan insomnia antara sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi napas dalam.

5. Perbandingan efektifitas pemberian terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam terhadap insomnia

   Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada masing-masing 10 responden yang diberikan terapi relaksasi otot progresif dan 10 lainnya diberikan terapi relaksasi napas dalam di Unit Rehabilitasi Sosial Dewanata Cilacap, diperoleh nilai probabilitas sebesar 0.965 yang artinya lebih besar dari taraf signifikansi (0.05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan efektifitas antara teknik relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia lansia di Unit Rehabilitasi Sosial Dewanata Cilacap.

   Secara umum, hasil penelitian ini sejalan dengan kebenaran teori mengenai teknik relaksasi yang dapat mengatasi masalah gangguan tidur atau insomnia. Diantaranya dengan menggunakan teknik relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi napas dalam, dimana kedua terapi relaksasi ini dapat melatih pasien untuk mengenali dan mengendalikan ketegangan sehingga tubuh menjadi relaks dan mudah untuk tidur (Astuti, 2010).

Kesimpulan

1. Karakteristik responden dalam penelitian ini berjumlah 20 responden, dengan jumlah sampel laki-laki 9 orang dan perempuan 11 orang. Usia responden berkisar antara 60-80 tahun dengan frekuensi umur paling banyak adalah 60-74 tahun yaitu sebanyak 14 responden.
2. Sebelum diberikan terapi relaksasi otot progresif, tingkat insomnia responden paling banyak adalah insomnia ringan yaitu sebanyak 6 orang.
3. Terdapat perbedaan tingkat insomnia antara sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi otot progresif. Dapat dilihat dari *p value* yaitu sebesar (0.007).
4. Sebelum diberikan terapi relaksasi napas dalam, tingkat insomnia responden paling banyak adalah insomnia ringan yaitu sebanyak 7 orang.

5. Terdapat perbedaan tingkat insomnia antara sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi napas dalam. Hal ini dapat dilihat dari *p value* yaitu (0.014).
6. Tidak ada perbedaan efektifitas yang signifikan antara terapi relaksasi otot progresif dengan terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan insomnia. Hal ini dapat dilihat dari *p value* sebesar (0.965).

Daftar Pustaka

A, Aziz Alimul Hidayat, 2007. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data.* Jakarta: Salemba Medika

Alim, M.B. 2010. *Langkah-langkah Relaksasi Otot Progresif*. Diakses tanggal 11 Desember 2013. http://www.psikologizone.com/langkah-langkah-relaksasi-otot-progresif.

Astuti, Ni Made Hindri. 2010. *Penatalaksanaan Insomnia Pada Lanjut Usia*, (jurnal). Universitas Udayana

Bandiyah, Siti. 2009. *Lanjut Usia Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika

Depkes RI. 2013. *Jumlah Lansia Indonesia Lima Besar Terbanyak di Dunia*, diakses tanggal 5 November 2013. http://www.menkokesra.go.id/content/jumlah-lansia-indonesia-lima-besar-terbanyak-di-dunia

Erliana, Erna. 2008. *Perbedaan Tingkat Insomnia Lansia Sebelum dan Sesudah Latihan Relaksasi Otot Progresif (Progressive Muscle Relaxation) di BPSTW Ciparay Bandung*. Diakses tanggal 5 November2013.http://pustaka.unpad.ac.id/wp.content/uploads/2009/07/perbedaan_tingkat_insomnia_lansia.pdf

Fitrisyia, R. 2012. *Relaksasi Otot Progresif Dengan Pemenuhan Kebutuhan Tidur Lansia,* (skripsi). Fakultas Keperawatan USU

Hikari, Dwi. 2010. *Teknik Relaksasi Napas Dalam*. Diakses tanggal 5 November 2013.

PENGARUH *MASSAGE* TERHADAP NYERI *LOW BACK PAIN: LITERATURE REVIEW*

Ika Silvitasari

Mahasiswa Program Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
Dosen STIKES Áisyiyah Surakarta,
Email : mouse_02april@yahoo.com

Abstrak

Latar belakang : *Low back pain* merupakan pengalaman general yang sering dialami oleh orang dewasa. Nyeri yang dirasakan dapat mempengaruhi aktivitas klien. Intervensi yang dapat diberikan untuk mengurangi tingkat nyeri salah satunya dengan memberikan terapi non farmakologi berupa *massage*. **Metode** : Penelusuran artikel dilakukan pada populasi klien yang mengalami *low back pain*, intervensi *massage* dengan pembanding terapi/tindakan selain *massage* dan tipe dari *massage.* Outcome berupa tingkat nyeri. Penelusuran dilakukan menggunakan EBSCO, Sciencedirect, Pubmed, serta *gen.lib.rus.ec,* artikel dibatasi terbitan 2006-2014 dan menggunakan *Randomised Control Trial*. **Hasil** : Ada beberapa jenis *massage* dapat menurunkan nyeri pada pasien dengan *low back pain,* yaitu *Swedish massage, chinese massage, deep tissue massage, therapeutic massage,structural massage, relaxation massage dan automatic termomecanic massage. Massage* juga dapat merelaksasikan otot, mengurangi kecemasan dan meningkatkan kamampuan fungsional penderita *low back pain* sehingga akan berdampak pada kualitas hidup penderita. **Kesimpulan** : *Massage* sebagai terapi komplementer non farmakologi untuk mengurangi nyeri dapat diberikan pada penderita *low back pain* dan mempunyai efek samping yang kecil. **Rekomendasi** : Identifikasi jenis *massage* dan klasifikasi *low back pain* yang spesifik digunakan untuk mendapatkan terapi yang valid.

Kata kunci : *Low back pain, Massage,* Nyeri

PENDAHULUAN

Data dari Departemen Kesehatan Indonesia tahun 2007 nyeri pinggang merupakan gangguan otot rangka yang paling sering di antara gangguan otot rangka lainnya. Patel (2007) menyebutkan di Amerika Serikat, nyeri pinggang akut menduduki urutan ke-5 dari penyebab terbanyak berobat kepada tenaga medis. Sembilan dari 10 orang dewasa pernah mengalami nyeri pinggang sepanjang hidupnya dan 5 dari 10 orang mengalaminya setiap tahun.

Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan dalam tubuh, dapat menimbulkan stres yang menyebabkan pelepasan hormon seperti katekolamin dan steroid. Hormon ini dapat menyebabkan terjadinya ketegangan otot polos dan vasokontriksi pembuluh darah. Hal ini dapat mengakibatkan aliran darah dan oksigen ke otak menjadi berkurang dan timbuk iskemi jaringan yang membuat impuls nyeri bertambah banyak. Nyeri

bersifat subjektif sehingga respon nyeri yang dirasakan berbeda (Murray, Robert dkk. 2009). Nyeri menimbulkan ketidaknyamanan yang berpengaruh pada kebutuhan dasar, sehingga pemenuhan kebutuhan dasar fisik dan psikologis dapat tidak tercapai (Alligood, 2006).

Manajemen nyeri secara garis besar ada dua yaitu manajemen nyeri farmakologis dan non farmakologis. Manajemen nyeri non farmakologi dapat berupa terapi Es, terapi hangat, distraksi, relaksasi, hypnosis dan *massage.* Wei-Ling Chen (2013) mengungkapkan bahwa *Massage* dapat mengurangi rasa sakit, menurunkan *Blood Pressure*, menurunkan denyut jantung, mengendalikan hormone kortisol, memperbaiki kualitas tidur dan kekebalan tubuh.

Shocker (2008) pengaruh yang dapat ditimbulkan dari *Slow – Stroke Back Massage* adalah pelebaran pembuluh darah dan memperbaiki peredaran darah dalam jaringan sehingga aktivitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit dan menunjang proses penyembuhan luka. Pada otot dapat mengurangi ketegangan, meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis, sedangkan Mook & Chin (2004) *Slow – Stroke Back Massage* dapat menurunkan intensitas nyeri, menurunkan kecemasan, menurunkan tekanan darah dan menurunkan denyut jantung secara bermakna.

Manfaat dari *massage* tersebut membuat penulis tertarik untuk melakukan studi literature tentang pengaruh massage terhadap *low back pain.*

METODE

1. **Design**
   Literature review adalah ulasan, rangkuman dan pemikiran penulis tentang beberapa sumber pustaka tentang topic yang akan dibahas.
2. **Kriteria inklusi dan ekslusi**
   a. Kriteria inklusi :
      1) Tipe studi: studi yang dipilih semuanya adalah *Randomized Control Trial* (RCT).
      2) Tipe partisipan: Sampel/ responden yang digunakan dalam artikel adalah semua klien dewasa sampai lansia yang mengalami *Low Back pain* baik yang specific *low back pain* ataupun yang *non specific low back pain*
      3) Tahun publikasi: publikasi artikel dibatasi tahun 2006 – 2014 maksimal 10 tahun terakhir.
      4) Tipe intervensi: intervensi yang diberikan berupa *massage.*
      5) Tipe *outcome* yang diukur: *low back pain.*
   a. Kriteria eksklusi :
      1) Tipe partisipan: klien dengan kontraindikasi untuk dilakukan *massage*, mempunyai penyakit menular (seperti penyakit HIV/AIDS), mempunyai penyakit kulit, ibu hamil dan pasien post operasi abdominal atau tulang belakang.
      2) Tipe intervensi : pasien *low back pain* yang tidak diiberikan intervensi *massage*
3. **Strategi Pencarian Literatur**
   Pencarian database ini dilakukan dengan penelusuran jurnal dibeberapa electronik jurnal internasional yang diakses melalui database Universitas Diponegoro yaitu di EBSCO, Sciencedirect, Pubmed, serta *gen.lib.rus.ec* dengan

kata kunci yang dipilih. Jurnal yang sama pada electronik jurnal akan dipilih salah satu saja.

HASIL

1. **Karakteristik**
   Jurnal yang didapat dicari menggunakan mesin pencarian dengan menggunakan kata kunci. Hasil dari penelusuran melalui *searching engine* mendapatkan 7 buah jurnal yang dipilih sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi (*eligible*).

2. ***Massage* Terhadap Nyeri Klien *Low Back Pain***
   Massage dapat mengurangi nyeri pada penderita *low back pain* serta dapat meningkatkan kemampuan fungsional klien, dalam penelitian Netchanok et.al (2013) bahwa Swedish *massage* yang dikombinasikan dengan minyak jahe aromatik dapat mengurangi nyeri dan meningkatkan kemampuan fungsional pada klien dengan *low back pain* dalam jangka waktu yang pendek ataupun lama.Swedish *massage* dapat diberikan selama 30 menit dalam satu kali sesi *massage*, dalam satu minggu diberikan dua kali selama 5 minggu berturut-turut.
   Massage lain selain Swedish *massage*, Deep tissue *massage* juga merupakan salah satu jenis *massage* yang digunakan untuk pasien dengan *low back pain*. Dalam penelitian oleh Mateusz et.al (2012) tentang pengaruh deep tissue *massage* dan therapeutic *massage* terhadap *low back pain* didapatkan hasil bahwa terapi deep tissue *massage* lebih signifikan menurunkan nyeri dibandingkan dengan therapeutic *massage* dengan pemberian *massage* pada kedua percobaan adadalah selama 10 hari dengan lama sesi 30 menit.
   Massage dari China yang dikombinasikan dengan salep herbal selain meampu mengurangi nyeri juga dapat memberikan rasa nyaman dan mengurangi kecemasan pada klien dengan nyeri punggung bawah. Terapi ini dapat digunakan sebagai terapai komplementer pada klien dengan *low back pain* (Lian Juan Kong, 2012).
   Menurut penelitian Paul Litle (2008) latihan dengan tehnik Alexander lebih signifikan untuk mnegurangi nyeri dalam jangka waktu panjang bagi penderita *low back pain* dibandingkan dengan *massage* yang bermanfaat mengurangi nyeri dalam waktu jangka pendek saja.

3. **Kelebihan Dan Kekurangan Jurnal**
   Jurnal yang didapat merupakan hasil pencarian dengan membatasi metode pada *Randomized Control Trial* (RCT) saja karena RCT merupakan tingkatan paling tertinggi dan baik dalam piramida evidence based. Jurnal yang didapat mampunyai populasi yang sama yaitu penderita *low back pain* dan dengan pemberian terapi yang sama yaitu *massage*.
   Tujuh jurnal yang didapat kurang spesifik kerana terapi *massage* masih sangat bervariasi dengan dikombinasikan beberapa terapi yang lain. Populasi juga kurang spesifik karena *low back pain* ada beberapa macam penyakit seperti lumbal pain, lumbalsacral pain, nyeri punggung pada ibu hamil dan lain-lain. Setiap jenis penyakit seharusnya mempunyai intervensi sesuai dengan penyakitnya.

Kualitas Literature Study tidak dilakukan secara peer review hanya dilakukan secara individual oleh penyusun, sehingga subyektifitas masih sangat tinggi.

PEMBAHASAN

Nyeri punggung adalah nyeri yang dirasakan di bagian punggung yang berasal dari otot, persarafan, tulang, sendi atau struktur lain di daerah tulang belakang. Tulang belakang adalah suatu kompleks yang menghubungkan jaringan saraf, sendi, otot, tendon, dan ligamen, dan semua struktur tersebut dapat menimbulkan rasa nyeri (Wikipedia, Huldani 2012). Dalam satu penelitian dikatakan bahwa kurang lebih 60-80% individu setidaknya pernah mengalami nyeri punggung dalam hidupnya. Sebagian besar (75%) penderita akan mencari pertolongan medis dan 25% diantaranya perlu dirawat inap untuk evaluasi lebih lanjut (Sudirman, 2011). Pentingnya penatalaksanaan nyeri punggung dan leher ditandai sebagai berikut: (a) biaya yang dihabiskan selama menderita nyeri punggung ±100 milyar dollar per tahun, termasuk biaya kesehatan secara langsung ditambah biaya karena produktivitas yang menurun, (b) gejala nyeri punggung merupakan penyebab utama disabilitas pada individu yang berusia <45 tahun, (c) nyeri punggung bawah merupakan penyebab paling sering kedua untuk berobat ke dokter di Amerika, (d) ±1% populasi Amerika tidak mampu bekerja dalam waktu yang lama karena menderita nyeri punggung (Fauci, 2008).

Terapi non farmakologis menurut Huldani (2012) yang dapat diberikan pada klien dengan *low back pain:*

1. Aktivitas: lakukan aktivitas normal. Penting untuk melanjutkan kerja seperti biasanya.
2. Tirah baring: tidak dianjurkan sebagai terapi, tetapi pada beberapa kasus dapat dilakukan tirah baring 2-3 hari pertama untuk mengurangi nyeri.
3. Olahraga : harus dievaluasi lebih lanjut jika pasien tidak kembali ke aktivitas sehari-harinya dalam 4-6 minggu.
4. Manipulasi: dipertimbangkan untuk kasus-kasus yang membutuhkan obat penghilang nyeri ekstra dan belum dapat kembali bekerja dalam 1-2 minggu.
5. Modalitas lain: (a) intervensi fisik: orthosis, pemijatan, mobilisasi, manipulasi, traksi, (b) modalitas termal: ultrasound terapeutik, diatermi, bantalan pemanas (kering atau lembab), pemanas inframerah, hidroterapi, kantong es (dengan atau tanpa pemijatan) (c) terapi elektrik: stimulasi galvanic, arus interferensial, arus mikro, stimulasi saraf transkutaneus elektrik, stimulasi neuromuscular, (d) terapi olahraga: terapi rentang gerakan, program penguatan (isometric, kinetik), program latihan aerobic, program latihan aqua, control neuromuscular, koreksi postural, (e) magnet, (f) terapi meridian : akupunktur, elektroakupunktur, (g) terapi laser, (h) terapi lingkungan: biofeedback dan relaksasi, (i) intervensi edukasi, (j) terapi kombinasi atau multimodalitas. *Massage*/ pijat merupakan alternative non farmaklogi yang sering dipakai di Indonesia untuk mengurangi nyeri.

Judul	Hasil
Deep Tissue *Massage* (DTM) dan Obat nonsteroid Anti-inflamasi (NSAID) untuk *Low back pain.* (Marian Majchrzycki, Piotr Kocur, dan Tomasz Kotwicki, 2014)	Penggunaan DTM bersama dengan NSAID mempunyai hasil yang sama dengan pemberian DTM untuk mengurangi nyeri pada pasien dengan nyeri punggung kronis
Efektivitas pijat Swedia dengan minyak jahe aromatik dalam mengobati nyeri kronis punggung bawah pada orang dewasa tua: Sebuah acak uji coba terkontrol (Netchanok Sritoomma, Wendy Moyle, Marie Cooke, Shiobhan O'Dwyer, 2013)	Swedish *Massage* dengan minyak jahe (SMGO) lebih signifikan dibandingkan dengan Thai *Massage* tanpa minyak jahe (TTM) dalam menurunkan intensitas nyeri dan memperbaiki ketidakmampuan fungsional
Dosis - respon dan khasiat manipulasi tulang belakang untuk perawatan nyeri kronis punggung bawah : uji coba terkontrol secara acak (Mitchell Hass DC, Darcy Vavrek ND, David Peterson DC, Nayak Polissar PhD, Moni B Neradilek MS, 2014)	Dosis – respon dan khasiat manipulasi tulang belakang dapat menurunkan tingkat nyeri dan menurunkan ketidakmampuan fungsional pada klien *lowback pain* dengan hasil mencapai sekitar dua poin per enam sesi manipulasi pada 12 dan 52 minggu untuk kedua variabel.
Perbandingan efek *deep tissue massage* dan terapi terapeutik *massage* pada *low back pain.* (Mateusz Romanowski, Joanna Romanowska, Marcin Grezeskowiak, 2012)	*deep tissue massage* (DTM) secara statistic lebih signifikan dibandingkan terapeutik *massage* (TM) dalam menurunkan intensitas nyeri dan disability pada pasien dengan *lowback pain.*
Perbandingan effect dari 2 tipe *massage* dan perawatan biasa pada chronic *low back pain* (Daniel C. Cherkin, PhD; Karen J. Sherman, PhD, MPH; Janet Kahn, PhD; Robert Wellman, MS; Andrea J. Cook, PhD; Eric Johnson, MS; Janet Erro, RN, MN; Kristin Delaney, MPH; and Richard A. Deyo, MD, MPH, 2011)	Struktur masase lebih signifikan mengurangi gejala dan dan meningkatkan kemampuan fungsional dibandingkan dengan relaksasi massage. Sedangkan pemberian perawatan biasa mmepunyai nilai signifikan lebih rendah dibandingkan struktur massage dan telaksasi masase.
Uji coba terkontrol acak dari teknik Alexander, exercise, dan *massage* (ATEAM) untuk *low back pain* berulang. (Paul Little, George Lewith, Fran Webley, Maggie Evans, Angela Beattie, Karen Middleton, Jane Barnett, Kathleen Ballard, Frances Oxford, Peter Smith, Lucy Yardley, Sandra Hollinghurst, Debbie Sharp, 2008).	Latihan dan tehnik Alexander dengan masase terbukti efektif untuk mengurangi nyeri setelah 4 minggu dan signifikan dapat meningkatkan kualitas hidup.
Chinese *Massage* dikombinasikan dengan Salep Herbal untuk Atlet dengan nonspesifik *Low back pain*. (Ling Juni Kong, Min Fang, Hong Sheng Zhan, Wei An Yuan, Jiming Tao, GaoWei Qi, dan YingWuCheng., 2012).	Kombinasi antara Chinese *Massage* dan Salep Herbal pada kelompok eksperimen secara signifikan dapat mengurangi intensitas nyeri dan menurunkan kekakuan otot local dibandingkan kelompok control setelah 4 minggu.

Massage dapat menstimulasi reseptor tidak nyeri dan membuat pasien lebi nyaman karena dapat membuat relaksasi otot (Smeltzer, S.C. & Bare, B.G, 2002). Intervensi yang diberikan dapat menurunkan nyeri klien guna mencapai tingkat kenyamanan dan menjadi alternative terapi guna mencapai kualitas hidup yang baik.

KESIMPULAN

Low back pain merupakan gejala yang umum dialami oleh orang dewasa hingga lansia dengan tanda dan gejala nyeri dan tingkat kekambuhan yang bervariasi. Penanganan nyeri diperlukan guna mendapatkan tingkat kenyamanan, yaitu dengan terapi komplementer nonfarmakologi salah satunya pemberian *massage. Massage* dapat mengurangi nyeri dengan memberikan rasa rileks, meningkatkan kemmapuan fungsional dan mengurangi kecemasan. Terapi ini direkomendasikan untuk mengurangi nyeri tanpa ada efek samping namun dengan kondisi tertentu tanpa ada kontraindikasi seperti tumor, kanker aktif, tulang patologi, arthropathies inflamasi, gangguan autoimun, pemakaian antikoagulan, penyakit neurodegenerative, nyeri memancar di bawah lutut, organik disebut nyeri, kehamilan, dan kompensasi cacat. yang akan memperburuk keadaan.

DAFTAR PUSTAKA

Alligood, M.R & Marriner Tomey, A. (2006). Nursing Theory : Utilization & Aplication, 3 rd, ed. Mosby. St. Louis.

Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2002). Brunner and Suddarth's textbook of medical – surgical nursing. 8th Edition. Alih bahasa : Waluyo, A. Jakarta: EGC.

Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, et al. (2008). Back and Neck Pain. Dalam Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th Edition. New York: McGraw-Hill,.

Daniel C. Cherkin .et.al. (2011). A Comparison of the Effects of 2 Types of Massage and Usual Care on Chronic Low back pain. American College of Physicians.

Ling Jun Kong. (2012). Chinese Massage Combined with Herbal Ointment for Athletes with Nonspecific Low back pain: A Randomized Controlled Trial. Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2012, Article ID 695726, 8 pages doi:10.1155/2012/695726.

Marian Majchrzycki, et al. (2014). Deep Tissue Massage (DTM) dan Obat nonsteroid Anti-inflamasi (NSAID) untuk Low back pain. Hindawi Publishing Corporation Scientific World Journal. Volume 2014, Article ID287597,7pages. http://dx.doi.org/10.1155/2014/287597

Mook, E & Chin, P W. (2004). The Effects of Slow-Stroke Back Massage on Anxiety and Shoulder Pain in Elderly Stroke Patients. Diambil 21 desember 2014 dari http://www.scincedirect.com/science.

Mateusz Romanowski et.al. (2012). A comparison of the effects of deep tissue massage and therapeutic massage on chronic low back pain. Research into Spinal Deformities 8T. Kotwicki and T.B. Grivas (Eds.) IOS Press, 2012 © 2012 The authors and IOS Press. All rights reserved. doi:10.3233/978-1-61499-067-3-411.

Netchanok Sritoomma. (2014). The effectiveness of Swedish massage with aromatic ginger oil in treating chronic low back pain in older adults: A randomized controlled trial. journal home page:

www.elsevierhealth.com/journals/ctim:www.sciencedirect.com: Complementary Therapies in Medicine (2014) 22, 26—33.

Patel AT, Ogle AA. (2007). Diagnosis and Management of Acute Low back pain. American Academy of Family Physicians.. [Disitasi 15 Februari 2011]. Diunduh dari: http://en.wikipedia.org/ wiki/Back_pain.

Paolo, Buselli. (2011). Effectiveness evaluation of an integrated automatic termomechanic massage system (SMATH® system) in nonspecific sub-acute and chronic low back pain - a randomized doubleblindedcontrolled trial, comparing SMATH therapy versus sham therapy: study protocol for a randomized controlled trial. Buselli et al. Trials 2011, 12:216 http://www.trialsjournal.com/content/12/1/216.

Paul Little.(2008). Randomised controlled trial of Alexander technique lessons,exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. Cite this as: BMJ 2008;337:a884 doi:10.1136/bmj.a884.

Shocker, M. (2008). Pengaruh Stimulus Kutaneus: Slow-Stroke Back Massage terhadap Intensitas Nyeri Osteoarthritis. Diambil 20 Februari 2010 dari http://www.scribd.com.

Sudirman S, Hargiyanto. (2011). Kajian teknologi kesehatan atas perbedaan efek analgesia dari elektroakupunktur dengan frekuensi rendah, kombinasi, dan tinggi, pada nyeri punggung bawah. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan; 14(2): 203-208.

Wei-ling chen et.al. (2013). Effect of back massage intervention on anxiety,comfort, and physiologic responses in patients with congestive heart failure. The journal of alternative and complementary medicine. Volume 19, number 5, 2013, pp. 464–47.

Departemen Kesehatan RI, Direktorat Bina Kesehatan Kerja. (2007). Seri Pedoman Tatalaksana Penyakit Akibat Kerja Bagi Petugas Kesehatan. Penyakit Otot Rangka Akibat Kerja. Jakarta. 2007.

Huldani, (2012). Makalah Nyeri Punggung, Banjarmasin : Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat.

OLAH RAGA UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN KANKER PAYUDARA

Khoirunnisa' Munawaroh

*Mahasiswa Magister Keperawatan FK UNDIP. Email : anieza17@gmail.com

Latar Belakang : Adanya fatigue pada pasien kanker payudara akibat proses penyakit maupun pengobatan menyebabkan penurunan aktivitas sehari-hari. Exercise pada pasien kanker payudara bermanfaat untuk meningkatkan mengurangi fatigue. Pemberian exercise yang tepat pada pasien diharapkan mampu meningkatkan kualitas hidup. **Tujuan** : untuk pengaruh *exercise* terhadap kualitas hidup pasien dengan kanker, mengetahui durasi waktu yang tepat, dan stadium kanker yang dapat diberikan exercise. **Metode** : Pencarian artikel menggunakan search engine EBSCO, Proquest, dan google rentang waktu 2005 hingga 2014 Kata kunci yang digunakan antara lain *exercise*, aerobic, *resistance training*, *quality of life*, dan *breast cancer*. Appraisal jurnal menggunakan CASP tools untuk penelitian randomisasi. **Hasil** : Dari kelima jurrnal yang ada menunjukkan bahwa *exercise* memberikan pengaruh terhadap peningkatan kualitas hidup dengan $p < 0,05$. Durasi pemberian exercise adalah 15-45 menit pada stadium 0-3. Pemberian exercise pada pasien kanker terutama untuk rehabilitatif post tindakan. **Kesimpulan** : *Exercise* berupa *aerobic* dan *resistance training* bermanfaat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker payudara. Perlu adanya kolaborasi dengan dokter mengenai pemberian *exercise* pada pasien.

Keywords : exercise, kualitas hidup, kanker payudara

Pendahuluan

Kanker payudara merupakan suatu penyakit tidak menular yang disebabkan oleh pertumbuhan sel yang tidak normal pada jaringan payudara. Kanker ini merupakan salah satu penyebab kematian yang terjadi pada wanita. Data yang diperoleh dari WHO (2012) menunjukkan bahwa kanker payudara merupakan penyebab kematian ke-5 di dunia dengan jumlah kematian sejumlah 521 000 jiwa. Berdasarkan estimasi Globocan, International Agency for Research on Cancer (IARC) tahun 2012, insidens kanker payudara di Indonesia sebesar 40 per 100.000 perempuan, kanker leher rahim 17 per 100.000 perempuan sehingga kanker payudara menempati urutan kedua setelah kanker rahim untuk kejadian pada wanita.

Kanker payudara terbagi menjadi 4 stadium berdasarkan besarnya diameter tumor, metastase ke kelenjar limfe, dan metastase ke organ lain (Harmer, 2011). Pemberian terapi disesuaikan dengan stadium tersebut (Brashers, 2008). Pada stadium 1 dan 2 dilakukan pembedahan dan penyinaran untuk memastikan tidak adanya sel yang tertinggal. Pada stadium 3 diameter tumor 3-5 cm, kelihatan dipermukaan kulit, dan mudah berdarah. Terapi pada stadium 3 diberikan penyinaran dan kemoterapi. Pada stadium 4 sudah terjadi metastase sehingga pengobatan yang diberikan berupa perawatan paliatif.

Adanya *treatment* yang didapatkan oleh penderita kanker menimbulkan beberapa efek samping seperti mual, muntah, nyeri, penurunan berat badan, fatigue (Irvin, 2011). Fatigue merupakan efek yang paling sering muncul yaitu sebanyak 60-96% (Wagner, 2004). Akibat dari adanya fatigue pasien akan mengalami penurunan kualitas hidup yang dapat berdampak pada kehidupan sehari-hari, pekerjaan, seksualitas, dan kehidupan berkeluarga (Curt et al, 2000). Selain itu pada pasien kanker payudara juga akan terjadi lymphedema yang dapat mengakibatkan gangguan pergerakan sendi terutama di bagian ekstremitas atas sehingga semakin menghambat dalam hal aktivitas pada pasien dengan kanker payudara.

Menurut Canadian of cancer (2010) untuk meningkatkan kemampuan aktivitas sehari-hari perlu adanya exercise untuk penderita kanker payudara. *Exercise* dapat berupa Yoga, aerobik, dan resistance training, teadmill. Manfaat dari *exercise* tersebut dapat menurunkan adanya fatigue dan meningkatkan kemampuan otot dan sendi (Rebecca, 2010; Dhilon dkk, 2012, Anne dkk, 2014).

Berbagai exercise tentunya akan menimbulkan beberapa dampak pada pasien. Waktu pemberian exercise dan stadium kanker yang dapat diberikan exersice perlu diketahui oleh seorang perawat untuk mencegah adanya efek samping yang muncul akibat dari exercise.

Adapun tujuan dari penulisan ini antara lain untuk mengetahui manfaat exercise terhadap kualitas hidup , mengetahui stadium kanker yang dapat diberikan *exercise,* dan menegetahui kapan saja waktu yang dapat diberikan *exercise.*

Metode

Design yang digunakan merupakan *literature review*. Kriteria inklusi dan ekslusi yang digunakan dalam literature review ini antara lain;

1. Jenis penelitian yang digunakan menggunakan penelitian intervensi menggunakan design *randomised control trial*. Abstrak dan *study protocol* menjadi kriteria eksklusi.
2. Responden merupakan seorang penderita kanker payudara dengan usia lebih dari 18 tahun dan terdiagnosa kanker payudara yang menjalani terapi atau telah selesai pengobatan (pembedahan, kemoterapi, radioterapi). Kriteria eksklusi adalah penderita kanker payudara yang menjalani terapi dengan paliatif.
3. Intervensi yang diberikan berupa *exercise* pada pasien dengan kanker payudara. *Exercise* dapat berupa *resistance training, aerobic*, atau kombinasi.
4. Hasil yang akan diukur pada penelitian merupakan kualitas hidup pada pasien dengan kanker payudara.

Streategi pencarian literatur menggunakan sumber jurnal elektronik yang menggunakan bahasa ingrris. Jurnal elektronik yang digunakan antara lain EBSCO, Proquest dan google. Literature yang digunakan mulai tahun 2005 hingga 2014. Kombinasi kata kunci yang digunakan antara lain *exercise, aerobic, resistance training, breast cancer, quality of life.* Metode pengkajian kualitas study menggunakan instrumen CASP untuk study randomized control trial. Sintesis data pada literatur review ini berupa stadium kanker, waktu pemberian *exercise* dan dosis

Hasil

1. Karakteristik studi

Hasil penelusuran dengan menggunkan search engine menghasilkan 5 jurnal yang sesuai dengan criteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan oleh penulis. karakteristik studi dalam penelitian ini merupakan penelitian dengan randomized control trial yang dicari menggunakan search engine yaitu ebsco, proquest dan google search dari tahun 2005 hingga tahun 2014

Hasil yang diperoleh pada EBSCO, proquest, dan google terdapat beberapa artikel yang sama sehingga hanya digunakan salah satu saja. Kualitas artikel yang dianalisis menggunakan CASP tool mempunyai kualitas baik.

2. Hasil penelusuran jurnal

Tabel Hasil Penelusuran Jurnal

Author and Year	Purpose	Sample	Measurement	Treatment		Results	Findings
				control	intervention		
Milne, Wallman, Gordon, Courneya (2008)	The end point of this study was overall quality of life	Breast cancer survivor (N =58) within 2 years of completing adjuvant therapy In stage I-II	Fuctional assesment of cancer theraphy breast scale	The DEG n =29 completed the program during next 12 weeks	Exercise group (IEG, n =29) completed 12 weeks of supervise aerobic and resistance excercise	(P < 0.001). Specifically, QoL increased in the IEG from baseline to 12 weeks by 20.8 points compared to a decrease in the DEG of 5.3 points	Combined aerobic and resistance exercise soon after the completion of breast cancer therapy produces large and rapid improvements in health-related outcomes.
Corneya, K., dkk(2008)	To evaluated effect aerobic and resistance training for quality of life	Breast cancer patients initiating adjuvant chemotherapy (N=242) Stage I to IIIA breast cancer	Functional Assessment of Cancer Therapy–Anemia scale	usual care (n=82)	supervised resistance (n=82) or aerobic (n=78) exercise 17 weeks	the follow-up assessment rate for our primary end point was 92.1%, and adherence to the supervised exercise was 70.2%. Unadjusted and adjusted mixed-model analyses indicated that aerobic exercise was superior to usual care for improving self-esteem (*P* = .015), aerobic fitness (*P* = .006), and percent body fat (adjusted *P* = .076). Resistance exercise was superior to usual care for improving self-esteem (*P* = .018), muscular strength (*P* < .001), lean body mass (*P* = .015), and chemotherapy completion rate (*P* = .033).	Neither aerobic nor resistance exercise significantly improved cancer-specific QOL in breast cancer patients receiving chemotherapy, but they did improve self-esteem, physical fitness, body composition, and chemotherapy completion rate without causing lymphedema or significant adverse events.
Murtezani, dkk (2014)	To determine the effect of moderate‑intensity aerobic exercise on the quality of life (QOL) and physical	62 breast cancer survivors in early stage	the functional assessment of cancer therapy‑breast (FACT‑B) scale	Control group : 32 maintain their sedentary lifestyle for 10 weeks	Exercise group n = 30 moderate‑intensity aerobic exercise for ten weeks	In the exercise group significant improvements were demonstrated for the FACT‑B (13.4 points, P < 0.003), functional assessment of cancer therapy‑general (FACT‑G) (9.16 points, P < 0.008), the functional well‑being subscale (P < 0.010), and the emotional well‑being subscale (P < 0.035) compared to the	10 week of moderate‑intensity aerobic exercise program significantly improves QOL and physical functioning in breast cancer survivors

	functioning in breast cancer survivors					control group. No significant changes in body weight or BMI were observed. Exercise group showed a significant increase in 12MWT (P < 0.009).	
Herrero, dkk (2005)	to evaluate the effect of combined ressistance training and cardiopulmonary exercise on muscle capacity, endurance, body compotition and quality of life	16 breast cancer survivor	European for research and treatment in cancer (QLQ 30)	Control group : 8 8 weeks exercise	Exercise group :8 8 weeks exercise	In response to training, QOL, V˙ O2peak (mean 3.9 ml/kg/min; 95% CI, 0.93, 6.90) performance in leg press (17.9 kg; 95% CI, 12.8, 22.4) and sit-stand test (– 0.67 s; 95% CI, – 0.52, – 1.2) improved ($p \leq 0.05$).	combine cardiorespiratory and resistance training improves QOL and overall physical fitness of women breast cancer
ERGUN M., EYIGOR S., KARACA B., KISIM A. & USLU R. (2013)	to explore the effects of exercise on angiogenesis and apoptosis-related molecules, quality of life, fatigue and depression in patients who completed breast cancer treatment	60 female breast cancer patients, aged between 18 and 65 years, who presented to Outpatient Clinic for Oncology and Support Unit of Ege University Tulay Aktas Oncology Hospital and completed treatment	European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life C30	education programme (*n* = 20).	Group 1 – Supervised exercise group (aerobic exercise + resistive exercise + education programme, *n* = 20); Group 2 – Home exercise group (aerobic exercise + education programme, *n* = 20);	Increase in EORTC QOL-C30 global health score after the treatment was also significant in the supervised exercise group ($P = 0.038$).	Exercise programmes are safe and effective on quality of life and depression in breast cancer patients whose treatments are complete.

3. Stadium kanker yang dapat diberikan intervensi

Stadium kanker pada penelitian merupakan stadium 0 hingga 3. Pada penelitian Heleen dkk (2008) dan Herrero dkk (2005) stadium kanker pasien yaitu stadium 1 hingga 2 pada pasien yang berumur lebih dari atau sama dengan 18 tahun. Pada penelitian Murtezani (2014) dan Ergun (2013) responden yang mengikuti penelitian adalah mereka yang telah menyelesaikan terapi (pembedahan, kemoreapi, radioterapi) pada stadium awal. Pada penelitian yang diambil tidak ada responden dengan stadium 4.

4. Pengaruh terhadap kualitas hidup

Pada penelitian Milne dkk (2008) *aerobic* dan *resistance training* bermanfaat dalam peningkatan kualitas hidup dari pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi dengan nilai P value sebesar <0.001. Pada kelompok perlakuan nilai QOL sejumlah 20.8 point sedangkan pada kelompok kontrol hanya 5.8 poin.Pada penelitian Courneya (2008) menunjukkan bahwa kombinasi aerobic dan resistance training bermanfaat pada peningkatan kualitas hidup (r = 0.26; P = .001), fatigue (r = 0.25; P = .002), depression (r = −0.24; P = .003), and anxiety (r = −0.18; P = .025). Pada penelitian Herrero (2005) kombinasi cardiorespiratory dan resistance training memberikan pengaruh secara umum pada kualitas hidup dengan nilai p value yaitu p=0,002 dan memberikan pengaruh kepada fungsi fisik dengan p = 0,04.

Pada penelitian Ergun dkk (2013) meneliti mengenai supervised exercise (kombinasi aerobic+resistance+education programme) yang memberikan pengaruh pada peningkatan kualita hidup dengan p sebesar 0,038 dibandingkan dengan kelompok *homebased exercise* maupun yang hanya mendapatkan program edukasi. Pada penelitian tersebut juga menunjukkan pengaruh pada penurunan depresi dengan nilai p =0,010 pada kelompok supervised

Pada penelitian Murtezani, dkk (2014) intervensi yang diberikan berupa aerobic exercise. *Exercise* tersebut bermanfaat dalam meningkatkan kualitas hidup. nilai P FACT-B (13.4 points, P < 0.003), functional assessment of cancer therapy-general (FACT-G) (9.16 points, P < 0.008), the functional well-being subscale (P < 0.010), and the emotional well-being subscale (P < 0.035).

5. **Waktu pemberian exercise**

Kelima penelitian yang dilakukan review masing-masing memiliki waktu yang berbeda-beda. Pada penelitian Milne dkk (2008) waktu pemberian terapi selama 12 minggu pada pasien yang telah menyelesaikan program terapi. Berbeda halnya dengan penelitian Coerneya (2008) pemberian aerobic dan resistance training selama kurang lebih 18 minggu pada pasien yang akan menjalani kemoterapi pertama. Pada penelitian Ergun waktu telah selesai dalam pengobatan kanker dan dilakukan selama 2 minggu.

Masing-masing dari penelitian juga mempunyai durasi intervensi masing-masing. Pada penelitian Milne (2008) exercise dilakukan selama 20 menit dan dilanjutkan dengan pendinginan selama 5 menit. Pada penelitian Harrero (2005) exercise dilakukan setelah pengukuran cardiorespirasi selama 10 menit. Pada penelitian Murtezani, dkk (2014) waktu pemanasan adalah 5 menit kemudian *aerobic exercise* selama 15 menit dan pendinginan selama 5 menit. Pada penelitian Ergun (2013) pasien pada grup 1 melakukan exercise selama 45 menit dalam seminggu dilakukan selama 3 hari dalam seminggu. Pada penelitian Courneya (2008) durasi awal pemberian adalah 15 menit terdiri dari pemanasan, inti dan pendinginan. Setiap 3 minggu dinaikkan 5 menit hingga durasi total adalah 45 menit pada minggu ke 18.

Pembahasan

Pada systematic review ini membahas mengenai pengaruh *exercise* (*aerobic, resistance training*, dan kombinasi). Aerobik training dapat berupa treadmill, bersepeda, jalan, ataupun lari. Pada *resistance training* lebih kepada peningkatan kemampuan sendi. Dari hasil yang telah disampaikan di awal terlihat bahwa kombinasi antara *aerobic* dan *resistance training* berpengaruh terhadap peningkatan kualitas hidup di samping efek yang lain seperti penurunan kelelahan, penurunan depresi maupun kecemasan. Dari kelima jurnal tersebut 4 diantaranya terapi diberikan setelah menjalani *treatment.* Hal tersebut sejalan dengan hasil systematic review oleh Rebecca (2010) bahwa aktivitas fisik dilakukan setelah selesai menjalani *treatment*. Pelaksanaan *exercise* setelah treatment diupayakan sebagai upaya rehabititatif pada pasien kanker (Spence, 2009).

Durasi atau waktu pemberian *exercise* cukup bervariasi pada kelima jurnal. Rata-rata antara 8 hingga 12 minggu. Menurut American sport (2010) rentang waktu tersebut merupakan rentang waktu yang ideal untuk mendapatkan outcome dari suatu exercise. Waktu pemberian intervensi antara 15 menit hingga 45 menit. Pertimbangan waktu *exercise d*itujukan untuk menghindari adanya efek samping dari terapi seperti pusing, hipotensi, maupun limfedema (Courneya, 2008). Pada jurnal responden yang mengalami efek samping terapi dilakukan penghentian terapi.

Stadium kanker yang dapat menerima tindakan exercise adalah stadium awal yaitu dari 0 hingga 3. Awal pemberian exercise diharapkan dapat mencegah adanya menurunan densitas tulang, meningkatkan kekuatan otot (Stone, 2012). Meningkatnya kekuatan otot akan memperbaiki aktivitas klien dan meningkatkan kualitas hidup. Pada pasien dengan stadium 4 akan lebih baik jika dilakukan perawatan paliatif yang tidak memberikan beban pada otot maupun berefek pada lymfedema.

Pada systematic review penggunaan intervensi kombinasi antara *aerobic dan resistance training* karena kerebatasan pada search engine yang hanya memunculkan abstrak ataupun study protocol sehingga jumlah jurnal yang digunakan hanya 5 saja. Penelitian *resistance training* terhadap kualitas hidup juga masih terbatas dalam abstrak dan study protokol sehingga tidak memenuhi kriteria yang ditentukan oleh penulis.

Penelitian yang digunakan dalam systematic review ini merupakan penelitian dengan design randomised control trial. Dari level study penelitian yang digunakan dalam sistematic review ini adalah pada tingkat kedua. Kualitas dari masing-masing RCT setelah dilakukan dengan CASP dengan kualitas baik. Akan tetapi metodologi ada yang masih belum mencantumkan kejelasan mengenai *blinding*. Dua penelitian yaitu Murtezani, dkk (2014) dan Harrero (2005) mennggunakan single blinding dimana partisipant tidak mengetahui pada kelompok kontrol atau perlakuan. penelitian Corneya dkk (2008) dan Milne dkk (2008) menggunakan stratified dengan menggunakan komputer sedangkan pada penelitian Ergun dkk (2013) menggunakan nomer pada tabel. Proses blinding merupakan syarat utama pada penelitian RCT untuk meminimalkan adanya bias pada hasil penelitian. Dalam penelitian dengan RCT *double blinding* merupakan cara pemilihan yang paling direkomendasikan karena kedua pihak antara presponden dan peneliti tidak mngetahui mana yang menjadi kelompok perlakuan dan kontrol (lobiondo, 2014).

Uji validitas instrumen merupakan suatu pengukuran dimana item yang digunakan dalam penilaian variabel sesuai dengan yang dihapkan dalam penelitian (lobiondo, 2014). Pada jurnal yang digunakan pengukuran qualitas hidup menggunakan instrumen FACT-B maupun FACT-G, *European for research* and treatment in cancer (QLQ 30), *Functional assesment of cancer theraphy breast scale*. Pada penelitian tersebut tidak tercantumkan nilai uji validitas dan reliabilitas merupakan keterbatasan metode dalam sistematik revew ini.

Kesimpulan

Exercise berupa aerobic, resistance, atau kombinasi keduanya memberikan dampak pada peningkatan kualitas hidup pada penderita kanker payudara. Exercise dapat diberikan pada saat pasien mendapatkan kemoterapi atau pada saat pasien selesai menjalani terapi sebagai upaya rehabilitatif. Walaupun exercise memberikan pengaruh positif pada kualitas hidup namun perlu adanya konsultasi dengan dokter untuk mengenai stadium kanker dan kemungkinan efek exercise yang akan muncul.

Ucapan Terimakasih

Ucapan terimakasih penulis haturkan kepada program studi magister keperawatan UNDIP khususnya departemen keperawatan dewasa untuk kesempatan dalam publikasi ilmiah. Terimakasih kepada Ibu Reni Sulung, M.Sc. atas bimbingan dan arahan dalam penulisan literature review.

Daftar Pustaka

Brashers, V.L. (2008). *Aplikasi Klinis Penatalaksanaan Patofisiologi*. Jakarta : EGC.

Becker, dkk (2008). Long Term Follow ip after cancer rehabilitation using high-intensity resistance training : persistenst improvement of physical performance and quality of life. *British journal of cancer*, 99 : 30-36

Canadian Partnership Against Cancer. (2010). *Manage Cancer Related to Fatigue : For People Affected by Cancer*. Kanada : CPAC.

Coerneya, K., dkk. (2008). Effects of Aerobic and Resistance Exercise in Breast Cancer Patients Receiving Adjuvant Chemotherapy: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of oncology*, 25 (28) : 4396-4404. Retrieved from : www. ascopubs.org.

Curt G, Breitbart W, Cella D *et al.* Impact of cancer related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist* 5, 353–360 (2000)

Ergun, dkk. (2013). Effects of exercise on angiogenesis and apoptosis-related molecules, quality of life, fatigue and depression in breast cancer patients, *European Journal of Cancer Care*, 22 :, 626–637. Retrieved from : www.search.epnet.com

Harmer, V. (2011). *Breast Cancer, Nursing Care and Management*. Second Edition. United Kingdom : Blackwell Publishing

Herrero, F. (2005). Combined Aerobic and Resistance training in breast cancer survivor : A randomised, Control Trial, International jornal sport med. Retrieved from : www.googlescholar.com

Irvin, W., Muss, H.,B., Mayer, D.K. (2011) Symptom Management in Metastatic Breast cancer.*Journal Oncologist*, 16(9), 1203-1214.

Lobiondo & Haber. (2014). *Nursing Research: Methode and Critical Appraisal for Evidence Based Practice*. Eighth edition. St louis : elsivier.

Milne, H., Wallman, K., Gordon, S. & Courneya, K. (2008). Effect of combined aerobic and resistance exercise program in breast cancer survivor : a randomised controlled trial. *Breast cancer res treat*, 108 : 279-288. Retrieved from : www.Proquest.com

Murtezani, A., Bakalli, A., Ibraimi, Z., Disha, Kurtishi. (2014). The effect of aerobic exercise on qualityof life among breast cancer survivors: A randomized controlled trial. Journal of Cancer Research and Therapeutics, 10 (3) : 658-644.

Rebecca, M. Kerry, S. Louise,C.Duval, S., Schmitz K. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal Cancer Survive,* 4:87–100.

Spence, R. Heesch, K., Brown, W. Exercise and cancer rehabilitation: A systematic review, *Cancer treatment review*, 36 : 185–194. Retrieved from : www.elsivierhealth.com.

Stone, K., Dobek, J.,Bernett, J, Nail.M., Leo, M, and Schwart, A. The effect of resistance training on muscle strength and physical function in older, postmenopausal breast cancer survvor : randomised control trial, *Journal Cancer Survive, 6 : 189-199.*

Wagner L, Cella D. Fatigue and cancer: causes, prevalence and treatment approaches . Br J Cancer, 2004, 31(5): 822–828.

WHO. (2012). *Latest world cancer statistics*. Retrieved from: www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pd

STUDI KOMPARATIVE TERAPI BEKAM DAN PIJAT REFLEKSI PADA PASIEN HIPERTENSI

Rina Ambarwati[1] , Arina Maliya[2] , Oktarina Rohatami[3]

[1] Mahasiswa Program Magister Keperawatan, FK UNDIP
Dosen Program Pendidikan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UMS
Jl. A. Yani Tromol Pos I Pabelan Kartasura, Surakarta 57102
E-mail: rinaambarwati2014@gmail.com

Abstrak

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang tidak dapat disembuhkan dan berkaitan erat dengan penurunan angka harapan hidup serta kejadian komplikasi penyakit jantung dan risiko terjadinya stroke. Berbagai pengobatan non farmakologi yang telah ditemukan untuk membantu menurunkan serta mengontrol tekanan darah, antara lain melalui terapi bekam dan terapi pijat refleksi. Terapi bekam mampu memperbaiki mikrosirkulasi pembuluh darah dan memberikan efek vasodilatasi sehingga menurunkan tekanan darah dengan stabil, sedangkan terapi pijat refleksi mampu memberikan rangsangan taktil yang mampu memperlancar aliran darah. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada pengaruh pemberian terapi bekam dan pijat refleksi terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi. Metode penelitian ini menggunakan *pre eksperiment design* dengan rancangan *two group pre-posttest design*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 60 responden, yang dibagi menjadi dua kelompok yakni 30 orang yang mendapatkan terapi bekam dan 30 orang yang mendapat terapi pijat refleksi. Teknik analisa data dengan *paired sample t-test* untuk menilai tekanan darah *pre-posttest.* Dari hasil uji statistik *paired sample t-test* pada kelompok bekam dan kelompok pijat refleksi menunjukkan nilai *p-value* = 0,001 < 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi bekam dan terapi pijat refleksi dapat mempengaruhi tekanan darah sistole *pre* dan *post test* baik pada kelompok terapi bekam dan terapi pijat refleksi. Maaka dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pemberian terapi bekam dan terapi pijat refleksi terhadap tekanan darah pasien hipertensi. Terapi bekam dan terapi pijat refleksi dapat digunakan sebagai terapi alternatif dalam mengontrol tekanan darah pasien dengan hipertensi agar tetap stabil serta menurunkan angka komplikasi akibat hipertensi.

Kata kunci : Terapi bekam, terapi pijat refleksi, tekanan darah

PENDAHULUAN

Perkembangan jaman yang semakin maju, padatnya rutinitas yang dijalani, tingkat stress meningkat, pola makan yang tidak teratur, pola hidupyang tidak sehat serta menurunnya tingkat kewaspadaan terhadap kesehatan, menyebabkan munculnya berbagai masalah kesehatan saat ini. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menyatakan bahwa saat ini bukan lagi penyakit menular yang menyebabkan tingginya angka kematian bahkan penyakit tidak menular juga memiliki andil yang cukup besar

dalam meningkatnya jumlah kematian di Indonesia. Salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan cukup dominan dinegara-negara maju dan berkembang adalah penyakit hipertensi. Tingginya angka kejadian penyakit Hipertensi berkaitan dengan penurunan usia harapan hidup penderita, serta meningkatnya resiko terjadinya penyakit jantung dan stroke (Permadi, 2006).

Peningkatan jumlah penderita hipertensi dari tahun – ketahun sangat terlihat jelas dari data – data yang berada di Dinas Kesehatan Jawa Tengah pada tahun pada tahun 2010 jumlah jumlah penderita hipertensi sebanyak 562.117 jiwa dan pada tahun 2011 meningkat menjadi 634.860 jiwa, selanjutnya pada tahun 2012 kasus tertinggi penyakit tidak menular pada kelompok penyakit jantung dan pembuluh darah adalah penyakit hipertensi, yaitu sebanyak 554.771 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2012). Berdasarkan RISKESDAS tahun 2013 analisis penyakit tidak menular khususnya hipertensi menempati 25, 8 % penyakit yang ada di Indonesia, (RISKESDAS, 2013).

Hipertensi merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan penyakit yang dapat menyebabkan meningkatanya angka kesakitan dan kematian pada penyakit jantung di Indonesia. Pendrita hipertensi dapat mengendalikan tekanan darahnya melalui berbagai macam cara, pengendalian tekanan darah secara umum dilakukan oleh banyak pasien dengan hipertensi melalui cara konsumsi obat – obat hipertensi setiap hari. Dalam pengendalian tekanan darah atau pengobatan tekanan darah dapat dilakukan dengan dua cara yakni melalui farmakologi dan non farmakologi. Dalam melaksanakan pengobatan secara farmakologi penderita diwajibkan meminum obat secara rutin, pengobatan dengan cara farmakologi sangat memungkinkan penderita menjadi bosan, hal ini memungkinkan terjadinya ketidak patuhan penderita hipertensi dalam mengkonsumsi obat hipertensi dan hal ini merupakan alasan tersering terjadinya kegagalan terapi farmakologi pada pasien hipertensi (Harvey, 2013).

Seiring dengan kemajuan teknologi berbagai jenis pendekatan pengobatan berkembang di dunia. Banyak pengobatan non farmakologi yang telah ditemukan untuk membantu menurunkan tekanan darah diantaranya melalui pendekatan terapi akupunktur, akupressur, bekam, pijat refleksi, hipnoterapi, herbal dan lain-lain. Berdasarkan PERMENKES 1109/MENKES/PER/IX/2007 tentang penyelenggaraan pengobatan komplementer alternatif di fasilitas pelayanan kesehatan. *Complementary and alternative therapy* diberikan sebagai bentuk upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui berbagai sudut pandang pelayanan kesehatan yang berkesinambungan hal ini mulai dari *promotif, preventif, kuratif,* serta *rehabilitatif.* Berbagai Negara maju beralih pada penggunaan pengobatan natural (herbal) saat ini, faktor pendorong terjadinya peningkatan penggunaan obat herbal di negara maju adalah usia harapan hidup yang lebih panjang, serta adanya kegagalan penggunaan obat modern untuk penyakit tertentu seperti hipertensi, serta semakin luasnya akses informasi mengenai obat herbal di seluruh dunia (Sukamdar,2006 dalam Armenia,2007). Masyarakat kini mulai memilih pengobatan non farmakologi sebagai *complementary serta alternative theraphy*. Pengobatan non farmakologi yang sering dipilih oleh penderita hipertensi saat ini adalah terapi bekam dan pijat refleksi (Kamaluddin, 2010).

Terapi bekam sudah dikenal dan dikembangkan diberbagai negara di dunia. Terapi bekam memperbaiki mikrosirkulasi pembuluh darah serta dapat meningkatkan elastisitas dan memperlebar pembuluh darah sehingga tekanan darah turun secara stabil,

dan menenangkan sistem saraf simpatik. Efek pada sistem saraf simpatik ini menstimulasi sekresi enzim yang berperan sebagai sistem rennin angiotensin. Setelah sistem ini tenang dan aktivitasnya berkurang maka tekanan darah akan turun (Sharaf, 2012). Menurunnya kadar hormone stress cortisol, sehingga akan menyebabkan aliran darah menjadi lancar, tekanan darah sistolik dan diastolic akan turun serta otot – otot akan menjadi relaks merupakan manfaat dari terapi pijat refleksi, (Wahyuni, 2014).

Berdasarkan temuan di Rumah Bekam yang berada di daerah karang malang melalui wawancara didapatkan data 5 orang yang melakukan terapi bekam di Rumah Bekam Karangmalang menyatakatan bahwa setelah melakukan terapi bekam badan terasa lebih segar dan nyeri kepala berkurang yakni sebanyak 4 orang. Sedangkan dari 5 orang dari Rumah husada karang malang yang melakukan terapi pijat refleksi, semua menyatakan bahwa setealh menjalani terapi pijat refleksi badan terasa lebih rileks dan nyeri kepala berkurang.

Melihat fenomena banyaknya manfaat dari terapi non farmakologi yang dapat digunakan untuk menurunkan keluhan serta meningkatkan kenyamanan. Maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat apakah ada pengaruh pemberian terapi bekam dan pijat refleksi terhadap tekanan darah pada penderita hipertensi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *Pre Eksperiment Design*, rancangan yang digunakan *Two Group Pre-Posttest Design* (Sugiyono, 2013). Populasi yang masuk kedalam penelitian ini yakni seluruh penderita hipertensi yang melakukan terapi di Rumah Bekam dan Rumah Husada, Kecamatan Karangmalang, Kabupaten Sragen. Jumlah sampel dalam penelitianini diperoleh melalui *kuota sampling* selama 30 hari yakni sebanyak 60 sampel dan dibagi menjadi 2 kelompok yaitu 30 responden untuk kelompok yang diberikan terapi bekam dan 30 responden yang diberikan terapi pijat refleksi. Teknik pengambilan sampel dengan metode *accidental sampling* (Notoatmodjo, 2010). Dengan kriteria inklusi penderita hipertensi, bersedia menjadi menjadi responden, usia 36-65 tahun, pasien hipertensi dengan tekanan darah ≥ 140/90 mmHg. Teknik analisa data yang digunakan adalah *Paired Sample t-test* dan *Independent Sample t-test* (Dahlan, 2011).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian yang telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Karangmalang yakni di Rumah bekam untuk pemberian terapi bekam dan Rumah husada untuk pemberian terapi pijat refleksi.

Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dan usia

Karakteristik	Kelompok Bekam		Kelompok Pijat Refleksi	
	∑	%	∑	%
Jenis Kelamin				
Laki-laki	19	31,67	17	28,33
Perempuan	11	18,33	13	21,67
Total	30	50	30	50
Usia				

≤ 45 tahun	4	6,67	3	5
46-55 tahun	14	23,33	12	20
≥ 56 tahun	12	20	15	25
Total	30	50	30	50

Tabel 1 diperoleh distribusi jenis kelamin pada kedua kelompok, terlihat bahwa responden laki – laki lebih banyak. Distribusi berdasarkan usia responden pada kelompok bekam lebih banyak pada rentang usia 46-55 tahun yaitu 23,33% sedangkan untuk kelompok pijat refleksi pada usia ≥ 56 tahun yaitu 25%.

HASIL ANALISIS BIVARIAT

1. Uji beda rata-rata tekanan darah sistole *pre* dan *post test* kelompok bekam

Nilai rata-rata tekanan darah sistole *pre* dan *post test* pada kelompok bekam, menggunakan uji *paired sample t-test* ditampilkan dalam tabel 2.

Tabel 2 Hasil uji beda rata-rata tekanan sistole *pre* dan *post test* kelompok bakam

Kel.	Rata-rata		t	*p*
	Pre	*Post*		
Bekam	168,87	152,97	18,586	0,001

Tabel 2 diperoleh hasil uji *paired sample t-test* pada kelompok bekam nilai *p-value* = 0,001 < 0,05, hal ini menunjukkan Ho ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rata-rata tekanan darah sistole *pre* dan *post test* pada kelompok terapi bekam.

2. Uji beda rata-rata tekanan darah diastole *pre* dan *post test* kelompok bekam

Nilai rata-rata tekanan darah diastole *pre* dan *post* pada kelompok bekam ditampilkan dalam tabel 3.

Tabel 3 Hasil uji beda rata-rata tekanan darah diastole *pre* dan *post test* kelompok bakam

Kel.	Rata-rata		T	*p*
	Pre	*Post*		
Bekam	95,53	89,17	10,753	0,001

Tabel 3 diperoleh hasil uji *paired sample t-test* pada kelompok bekam nilai *p-value* = 0,001 < 0,05, hal ini menunjukkan Ho ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rata-rata tekanan darah diastole *pre* dan *post test* pada kelompok terapi bekam.

3. Uji beda rata-rata tekanan darah sistole *pre* dan *post* test kelompok pijat refleksi

Untuk mengetahui nilai rata-rata tekanan darah sistole *pre* dan *post* pada kelompok pijat refleksi menggunakan uji *paired sample t-test* ditampilkan pada tabel 4.

Tabel 4 Hasil uji beda rata-rata tekanan darah sistole *pre* dan *post test* kelompok pijat refleksi

Kel.	Rata-rata		T	*p*
	Pre	*Post*		
Pijat	172,93	163,00	9,086	0,001

Tabel 4 diperoleh hasil uji *paired sample t-test* pada kelompok bekam nilai *p-value* = 0,001 < 0,05, hal ini menunjukkan Ho ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rata-rata tekanan darah sistole *pre* dan *post test* pada kelompok terapi pijat refleksi.

4. Uji beda rata-rata tekanan darah distole *pre* dan *post* test kelompok pijat refleksi

Nilai tekanan darah diastole *pre* dan *post test* pada kelompok pijat refleksi, dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5 Hasil uji beda rata-rata tekanan darah diastole pretest dan posttest kelompok pijat refleksi

Kel.	Rata-rata		t	*p*
	Pre	Post		
Pijat	94,53	89,20	6,791	0,001

Tabel 5 diperoleh hasil uji *paired sample t-test* pada kelompok bekam nilai *p-value* = 0,001 < 0,05, hal ini menunjukkan Ho ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rata-rata tekanan darah diastole *pre* dan *post test* pada kelompok terapi pijat refleksi.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik responden

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan responden jenis kelamin laki – laki lebih banyak yakni 36 responden dari responden perempuan yakni 24 reponden pada penderita hipertensi yang melakukan terapi di Rumah bekam dan Rumah husada.

Laki-laki lebih rentan terkena hipertensi karena laki-laki tidak memiliki hormon *estrogen*, oleh karena itu seorang perempuan yang *menoupouse* sangat rentan mengalami hipertensi. Manfaat dari hormon *estrogen* sebagai pelindung jantung dan pembuluh darah dengan meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL) yang betugas sebagai pelindung pembuluh darah dari *aterosklerosis*. Maka dari itu setelah perempuan memasuki masa *menopouse* sangat rentan terjadi hipertensi karena hormon *estrogen* akan mulai kehilangan sedikit demi sedikit. (Sylvia & Price, 2006).

Ketika siklus menstruasi, tekanan darah akan turun ini terjadi ketika fase *ovulasi* dimana kadar *estrogen* dalam tubuh meningkat. Setelah wanita *menopouse* maka tidak akan terjadi fase tersebut, sehingga tekanan darah tidak menurun dan justru cenderung meningkat (Burns dan Korach, 2012).

Timio dan Verdeechia (2005) menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia seseorang maka elastisitas arteri akan berkurang, sehingga volume darah yang mengalir menjadi tidak lancar. Metabolisme kalsium juga sangat dipengaruhi oleh bertambahnya usia seseorang, hal tersebut mengakibatkan kalsium ikut beredar dalam darah dan darah menjadi lebih kental. Hal ini lah yang menyebabkan meningkatnya tekanan darah pada usia lanjut.

Dengan bertambahnya usia maka arteri akan kehilanggan elastisitasnya sehingga aliran darah tidak lancar dan tekanan darah meningkat. Meskipun hipertensi dapat terjadi pada semua usia, namun paling sering terjadi pada usia diatas 40 tahun. Peningkatan tekanan darah seiring dengan bertambahnya usia dipengaruhi oleh tekanan arterial yang meningkat, terjadinya regurgitasi aorta dan proses degeneratif yang sering terjadi pada usia tua (Anggara dan Nanang, 2013).

2. Uji rata-rata tekanan darah *pre* dan *post test* kelompok bekam

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan rata-rata tekanan darah sistole *pretest* pada kelompok bekam adalah 168,87 mmHg, setelah diberikan terapi bekam terjadi penurunan rata-rata tekanan darah sistole pada saat *posttest* yaitu menjadi 152,97 mmHg, hal ini menunjukkan adanya selisih 15,90 mmHg berarti terjadi penurunan sebesar 9,42%. Berdasarkan uji statistik *paired sample t-test* mnunjukan bahwa ada penurunan rata-rata tekanan darah sistole kelompok bekam antara sebelum dan sesudah diberikan terapi dengan nilai p = 0,001. Rata-rata tekanan darah diastole *pretest* sebesar 95,53 mmHg dan rata-rata tekanan darah diastole *posttest* menjadi 89,17 mmHg, selisih antara *pretest* dan *posttest* sebesar 6,36 mmHg penurunan sebesar 6,66%. Berdasarkan uji statistik menunjukkan adanya penurunan rata-rata tekanan darah diastole pada kelompok bekam antara sebelum dan sesudah diberikan terapi dengan nilai p = 0,001.

Terjadinya penurunan tekanan darah pada rersponden yang menjalani terapi bekam dikarenakan oleh efek dari terapi bekam yang dapat memperbaiki mikrosirkulasi pembuluh darah serta dapat meningkatkan elastisitas dan memperlebar pembuluh darah sehingga tekanan darah turun secara stabil, dan menenangkan sistem saraf simpatik, dan efek pada sistem saraf simpatik ini menstimulasi sekresi enzim yang berperan sebagai sistem rennin angiotensin. Setelah sistem ini tenang dan aktivitasnya berkurang maka tekanan darah akan turun (Sharaf, 2012).

Mekanisme terapi bekam dalam menurunkan tekanan darah melalui pelepasan zat nitrit oksida yang menyebabkan terjadinya dilatasi pada pembuluh darah, menjadikan pembuluh darah lebih kuat dan elastis, mengendalikan hormon aldosteron sehingga volume darah yang mengalir di pembuluh darah menurun dan hasil akhirnya tekanan darah menurun secara stabil. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi bekam dapat mempengaruhi menurunnya tekanan darah sistole dan diastole, maka penderita hipertensi dapat menggunakan terapi alternatif ini untuk mengontrol tekanan darah agar stabil. Menurut Dalimartha (2008) bekam mampu memicu pengeluaran beberapa zat seperti *serotinin, histamin, bradikinin, slow*

reactio substance (SRS) yang menyebabkan vasodilatasi kapiler dan artiriol. Hal ini menyebabkan perbaikan mikrosirkulasi pembuluh darah dan menimbulkan efek relaksasi sehingga tekanan darah turun secara stabil.

3. Uji beda rata-rata tekanan darah *pre* dan *post test* kelompok pijat refleksi

Berdasarkan data hasil penelitian yang didapatkan rata-rata tekanan darah sistole *pretest* pada kelompok pijat refleksi menunjukkan 172,93 mmHg dan rata-rata tekanan darah sistole *posttest* menjadi 163,00 mmHg, terlihat ada penurunan dengan selisih 9,93 mmHg atau sebesar 5,74%. Berdasarkan uji statistik *paired sample t-test* pada kelompok pijat refleksi mengalami penurunan tekanan darah sistole sebelum dan sesudah diberikan terapi dengan nilai p = 0,001. Rata-rata tekanan diastole *pretest* menunjukkan 94,53 mmHg dan rata-rata tekanan darah *posttest* sebesar 89,20 mmHg, sehingga terjadi penurunan tekanan darah diastole sebesar 5,33 mmHg atau 5,64%. Dari uji statistik juga didapatkan hasil bahwa terjadi penurunan tekanan darah diastole antara sebelum dan sesudah diberikan terapi pijat refleksi dengan nilai p = 0,001.

Relaksasi yang dihasilkan oleh stimulasi taktil jaringan tubuh melalui terapi pijat refleksi menyebakan terjadinya penurunan tekanan darah. Pijat refleksi menurunkan produksi kortisol dengan meningkatkan sekresi *corticotropin* dari HPA. Setelah tubuh rileks maka otak mengeluarkan *serotonin* yang berperan dalam perubahan fisiologis pada tubuh sehingga dapat mengakibatkan vasodilatasi pembuluh darah kapiler dan arteriol sehingga mikrosirkulasi pembuluh darah membaik. Pulihnya kembali mikrosirkulasi pembuluh darah yakni dengan adanya relaksasi pada otot-otot yang kaku serta elastisitas pembuluh darah yang meningkat sehingga mengakibatkan vasodilatasi pada pembuluh darah dan menurunkan tekanan darah secara stabil (Guyton & Hall, 2007).

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa terapi pijat refleksi mampu menurunkan tekanan darah sistole dan diastole, hal ini terbukti dengan adanya penurunan tekanan darah setelah dilakukan terapi pijat refleksi. Menurut Widyaningrum (2013) menyebutkan bahwa terapi pijat refleksi memberikan rangsangan bioelektrik apabila titik saraf zona refleksi diberi pijatan sehingga simpul saraf pembuluh darah terbuka. Saat pemijatan maka timbul rasa nyeri, maka tubuh mengeluarkan zat *morfin* yang menimbulkan perasaan rileks.

Titik-titik pijat refleksi untuk penderita hipertensi berada di bagian kepala, telapak kaki, dan anggota tubuh yang lain, (Atmojo, 2010). Meningkatnya tekanan darah yang disebabkan karena elastisitas pembuluh darah yang menurun , viskositas yang meningkat serta volume darah yang meningkat dapat diatasi melalui relaksasi diberikan pada penderita hipertensi sebagai terapi antihipertensi non farmakologi. Melalui terapi pijat refleksi pembuluh darah yang kaku akan menjadi rileks dan akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi pada pembuluh darah sehingga mengakibatkan tekanan darah akan menurun (Muttaqin, 2009).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

1. Terdapat perbedaan tekanan darah penderita hipertensi sebelum diberikan terapi bekam dan sesudah mendapat terapi bekam, terlihat adanya penurunan tekanan darah setelah responden mendapatkan terapi bekam.
2. Terdapat perbedaan tekanan darah penderita hipertensi sebelum mendapat terapi pijat refleksi dan sesudah mendapat terapi pijat refleksi, terlihat adanya penurunan tekanan darah setelah terapi pijat refleksi.
3. Terapi bekam dan terapi pijat refleksi dapat menurunkan tekanan darah sistole dan tekanan darah diastole namun perbedaannya tidak terlalu bermakna.

Saran

1. Sebagai referensi dalam memberikan *complementary* dan *alternative therapy* yang efektif bagi penderita hipertensi untuk mengontrol tekanan darah.
2. Bagi institusi pendidikan, dapat dijadikan salah satu referensi dalam pembelajaran mengenai terapi komplementer dan alternative terapi untuk menjaga tekanan darah pada penderita hipertensi.
3. Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini dapat dikembangkan lebih lanjut dengan memperhatikan faktor konsumsi obat hipertensi dan diet yang jalani pasien hipertensi agar hasil penelitian lebih signifikan.

DAFTAR PUSTAKA

Anggara, Febby H D dan Nanang Prayitno. (2013). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tekanan darah di puskesmas telaga murni, cikarang barat tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan, 5 (1); Januari 2013*. Diakses tanggal 28 Februari 2015.

Atmojo, Tri. 2010. 103 titik kunci pijat refleksi. Yogyakarta: Medika.

Burns, K. A., & Korach, K. S. (2012). Estrogen receptors and human disease: An update. *Archives of Toxicology.Archiv Für Toxikologie, 86*(10), 1491-504. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00204-012-0868-5. Diakses tanggal 8 Maret 2015.

Dahlan, M. Sopiyudin. (2011). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan.* Jakarta : Salemba Medika.

Dalimartha, Setiawan. 2008. Care Your self, Hipertensi. Depok : Penebar Plus.

Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (2012). Buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012. http://www.depkes.go.id/downloads/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/13_Profil_Kes.Prov.JawaTengah_2012.pdf.

Guyton & Hall. (2007). *Buku ajar fisiologi kedokteran*. Edisi II. Jakarta : EGC.

Harvey, Richard A. & Pamela C. Champe. (2013). *Farmakologi ulasan bergambar*. Jakarta : EGC.

Kamaluddin, Ridwan. (2010). Pertimbangan Dan Alasan Pasien Hipertensi Menjalani Terapi Alternatif Komplementer Bekam Di Kabupaten Banyumas. *Jurnal Keperawatan Soedirman. Volume 5, No. 2*. Diakses tanggal 2 Desember 2013.

Muttaqin, Arif. (2009). *Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler dan hematologi*. Jakarta : Salemba Medika.

Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan edisi revisi.* Jakarta : PT. Rineka Cipta.

Permadi. 2006. Ramuan herbal penurun hipertensi. Depok. Pustaka bunda.

Price, Sylvia Anderson dan Wilson, McCarty L. (2006). Patofisiologi : konsepklinis proses-proses penyakit. Edisi 1. Volume 6. Jakarta : EGC.

Riset Kesehatan Dasar. (2013). Riskesdas 2013. http://www.depkes.go.id/downloads/riskesdas2013/Hasil_20Riskesdas_202013.pdf.

Ruhito, Mahendra. 2009. Pijat Kaki untuk Kesehatan. Depok : Penebar Plus.

Sharaf, A. R. (2012). *Penyakit dan Terapi Bekamnya : Dasar-dasar Ilmiah Terapi Bekam*. Surakarta : Thibbia.

Smeltzer and Bare. (2005). *Buku ajar keperawatan medikal bedah, Edisi 8, Volume 2.* Jakarta : EGC.

Sugiyono. (2013). *Statistika untuk penelitian*. Bandung : PT. Alfabeta.

Verdeechia, P & timio. (2005). Blood pressure changer over 20 years in nuns in secluded order. *Journal Hypertension in Elderly, 4 (1), 60-63*. Diakses tanggal 28 Februari 2015.

PENGARUH LAYANAN PESAN SINGKAT (SMS) BERBASIS PENGINGAT, CARA PENGOBATAN DAN MOTIVASI TERHADAP KEPATUHAN PENGOBATAN PADA PASIEN TUBERKULOSIS

Satriya Pranata

Magister Keperawatan Dewasa Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Jl. Jl. Prof. H. Soedarto, SH, Tembalang, Semarang Indonesia. E-mail: Satriyapranatapranata@yahoo.co.id

Abstrak

Latar Belakang: Layanan pesan singkat (SMS) memiliki potensi untuk meningkatkan kepatuhan pasien tuberculosis terhadap pengobatan. Tujuan dari dilakukannya literature review ini adalah untuk mensintesis bukti mengenai efektifitas layanan SMS pengingat, cara pengobatan dan motivasi terhadap kepatuhan pengobatan pasien tuberculosis. **Metode:** Pencarian artikel dilakukan menggunakan Medline EBSCO untuk menemukan artikel yang akan dilakukan review. **Hasil:** Terdapat empat artikel yang dilakukan review. Artikel pertama, hasil uji coba pengembangan SMS pengingat gagal dilakukan karena kelompok intervensi dan kontrol mengalami resistensi obat. Artikel kedua menunjukkan bahwa SMS pengingat di Argentina signifikan tidak mampu meningkatkan kepatuhan pasien TB pada pengobatan dengan risk ratio [RR] 1.49, 95% confidence intervals [CI] 0.90 to 2.42, di afrika selatan SMS pengingat meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan RR 2.32, 95% CI 1.60 to 3.36, di Kenya SMS pengingat meningkatkan jumlah kunjungan penderita TB ke klinik dengan RR 1.56, 95% CI 1.06 to 2.29. Artikel ketiga menunjukkan bahwa SMS pengingat dan motivasi dapat diterima dengan baik serta meningkatkan medikasi pasien TB secara teratur. Artikel keempat menunjukkan bahwa program SMS meningkatkan komunikasi antar pasien dengan tenaga kesehatan serta meningkatkan kepatuhan DOTS. **Kesimpulan:** Penilaian kualitas artikel dinilai rendah karena heterogenitas artikel serta metodologi penelitian yang kurang baik. Literatur review ini menunjukkan bahwa intervensi SMS berupa pengingat, promosi, cara pengobatan dan motivasi memiliki potensi untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan masih sedikit serta kualitas penelitian yang di publikasikan masih kurang, dibutuhkan penelitian lanjutan dengan kualitas lebih baik agar tujuan pembangunan kesehatan dimasa depan dapat tercapai.

Kata Kunci: Tuberculosis, Literatur Review, Layanan pesan singkat (SMS)

Pendahuluan

Tuberculosis (TB) merupakan salah satu penyakit menular yang melanda hampir di seluruh belahan dunia. WHO dalam Widaningrum (2014) menyebutkan bahwa terdapat 8,6 juta kasus TB pada tahun 2012 dimana 1,1 juta orang (13%) diantaranya adalah pasien TB dengan HIV dan 75% dari pasien tersebut berada di afrika, sedangkan Indonesia menurut WHO (2013), angka kasus penyakit TB adalah 297/100.000 penduduk. Direktur Jenderal Pengawasan Penyakit dan Pengelolaan Lingkungan (P2PL)

Kementerian Kesehatan RI Tjandra Yoga Aditama juga menyampaikan bahwa kasus TB mencapai 800.000 – 900.000 kasus di Indonesia (Harian Kompas, 2013).

Perjalanan waktu membuktikan bahwa upaya pengendalian TB telah memberikan hasil yang bermakna sampai saat ini. Joint External TB Monitoring Mission (JEMM) dalam Widaningrum (2014) melaporkan bahwa Indonesia telah banyak mencapai kemajuan dalam upaya pengendalian TB. Disebutkan bahwa Indonesia tahun 2015 berpeluang mencapai penurunan angka setengahnya dari tahun 1990 dimana angka penderita TB pada tahun 1990 mencapai 443/100.000 penduduk dan tahun 2015 ditargetkan menjadi 222/100.000 penduduk. Meski demikian, masih banyak tantangan yang harus dihadapi oleh tenaga kesehatan khususnya perawat untuk menurunkan angka penderita TB. Tantangan tersebut adalah kegagalan pengobatan, putus pengobatan, pengobatan yang tidak benar. Segala kondisi tersebut dikarenakan oleh ketidakpatuhan pasien dalam mengikuti pengobatan sehingga menyebabkan resistensi kuman TB terhadap obat anti tuberculosis. (WHO & Tulak dalam Tirtana, 2011).

Fenomena inilah yang menjadi dasar dari pemikiran perlunya dilakukan upaya untuk mengatasi kondisi tersebut. Upaya pencarian untuk menemukan evidence based yang tepat untuk mengatasi masalah ketidakpatuhan dalam pengobatan tersebut dilakukan melalui cara literature study. Diharapkan nantinya evidence yang ditemukan dapat menjadi dasar dalam memberikan pelayanan kepada penderita Tuberkulosis agar mampu menurunkan kejadian ketidakpatuhan pengobatan penderita TB.

Tujuan

Mengetahui pengaruh layanan pesan singkat (SMS) berbasis pengingat, cara pengobatan dan motivasi terhadap terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien tuberculosis.

Metode

Jenis design penelitian yang dimasukkan didalam literatur review adalah RCT dan quasi eksperiment. Jenis metode penelitian ini dirasa sudah dapat menjawab pertanyaan klinis yang sudah ditentukan sejak awal. Tipe study yang akan di review adalah semua jenis penelitian yang menggunakan layanan SMS untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan tuberkulosis. Partisipan yang ditentukan untuk di review berdasarkan jurnal yang ditemukan tidak dibatasi secara umur. Semua jenis partisipan baik anak-anak, dewasa maupun lansia dimasukkan sebagai partisipan. Intervensi yang dimasukkan dalam kriteria inklusi adalah intervensi SMS berbasis pengingat, cara pengobatan dan motivasi pada pasien dengan tuberkulosis. Tipe outcome yang diukur hanya berbatas pada pengaruh SMS berbasis pengingat, cara pengobatan dan motivasi dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien tuberkulosis.

Literatur review ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel penelitian yang sudah terpublikasi dimana populasi pasiennya adalah penderita tuberkulosis yang mendapatkan layanan SMS untuk meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan. Penelusuran dilakukan menggunakan Science direct, Medline, Google Search dan Pro-quest dengan kata kuci tiap variabel yang telah di pilih. Artikel yang ditemukan dari masing- masing pencarian kemudian dilakukan pembacaan secara cermat untuk melihat

artikel mana yang memenuhi kriteria inklusi penulis untuk dijadikan sebagai literatur dalam penulisan literatur review.

Pencaharian dibatasi dari tahun 2006-2014 yang dapat diakses fulltext dalam format pdf. Artikel yang dipilih adalah hasil penelitian yang berupa RCT dan quasi eksperiment. Setiap artikel penelitian yang terpublikasi menggunakan layanan SMS pengingat, cara pengobatan dan motivasi untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan tuberkulosis akan dimasukkan dalam literature review. Artikel yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan penulis dianalisis, ditentukan level dari evidancenya sampai melakukan ekstraksi data dan sintesis. harapannya dari banyak penelitian tersebut didapatkan sebuah kesimpulan yang nantinya menjadi dasar dalam melakukan praktek keperawatan di rumah sakit, masyarakat maupun komunitas.

Ekstraksi data penelitian dilakukan dengan membaca hasil dari penelitian kemudian mengambil intisari dari penelitian. Intisari dari penelitian yang diambil adalah judul penelitian, nama peneliti, metode penelitiannya, jumlah sampel dengan melihat karakteristik sampel dan berapa jumlah kelompok intervensi dan kontrol, alat yang digunakan dalam proses penelitian serta hasil akhir dari penelitian lengkap dengan nilai signifikansinya. Semua bagian- bagian tersebut dimasukkan dalam sebuah tabel agar mempermudah dalam membaca hasil ekstraksi.

Hasil Pencarian

Untuk mendapatkan artikel penelitian yang dibutuhkan, penulis melakukan pencarian dengan menggunakan kata kunci. Jumlah artikel yang didapatkan serta memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi berjumlah 4 artikel, 4 artikel tersebut kemudian dianalisis. Berikut merupakan daftar artikel yang di ekstraksi dalam bentuk tabel (Tabel Ekstrasi Data).

TABEL EKSTRAKSI DATA PENELITIAN

Studi/author	Tempat penelitian	Jumlah sampel	Usia	Kelompok		Metode penelitian/ Alat ukur	Outcome
				Intervensi	Kontrol		
SMS reminders to improve the tuberculosis cure rate in developing countries (TB-SMS Cameroon): a protocol of a randomised control study Bediang et al, (2013)	Cameroon	Tidak disebutkan jumlah sampel dalam artikel	Tidak disebutkan batasan usia yang dijadikan sampel dalam artikel	Pasien yang menderita TB dan yang sudah menjalani pengobatan selama 5 bulan dikirimkan sms pengingat untuk pengobatan.	Pada control tidak dikirimkan sms pengingat	RCT/ Kuesioner	Pengembangan SMS pengingat gagal diterapkan pada kedua kelompok karena terjadi resistensi obat.
ile phone text messaging for promoting adherence to anti-tuberculosis treatment: a systematic review Nglazi et al, (2013)	Afrika selatan, Argentina dan Kenya	565	Tidak disebutkan batasan usia pada artikel	Dilakukan analisis pada empat jenis penelitian.	Dilakukan juga analisis pada control	Systematic review	Di Argentina signifikan tidak mampu meningkatkan kepatuhan pada pengobatan risk ratio [RR] 1.49, 95% confidence intervals [CI] 0.90 to 2.42) di afrika selatan SMS pengingat meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan RR 2.32, 95% CI 1.60 to 3.36. di Kenya SMS pengingat meningkatkan jumlah kunjungan penderita TB ke klinik dengan RR 1.56, 95% CI 1.06 to 2.29.

User engagement with and attitudes towards an interactive SMS reminder system for patients with tuberculosis Mohammed et al, (2012).	Pakistan	30 sampel	Lebih dari 15 tahun	Pada kelompok intervensi dikirimkan SMS pengingat dan motivasi. Pengingat dan motivasi tersebut adalah: "Treat TB today not tomorrow! Please take your TB medication and SMS the time you took your medicine." Another said, "Yes, you can also live a healthy and relaxed life! Take your TB medicationon time and immediately SMS the time you took your medicine today."	Kelompok kontrol tidak dikirimkan SMS pengingat	Studi kualitatif	SMS pengingat dapat diterima dengan baik dan mendukung pasien dengan TB dalam melakukan medikasi secara teratur.
A Study on the Role of Mobile Phone Communication in Tuberculosis DOTS Treatment. Elangrovan & Arulchelvan, (2013)	India	150 pasien	Tidak terdapat batasan usia	Sampel diberikan sms berupa efek samping dari tuberculosis, makanan yang baik untuk penyembuhan serta gejala dari penyakit TB.		Cross-sectional study/ kuesioner	SMS meningkatkan komunikasi antar pasien dengan tenaga kesehatan serta meningkatkan kepatuhan DOTS.

Didapatkan 4 jenis artikel, artikel yang dianalisis menggunakan metode penelitian beragam seperti RCT, Systematic review, kualitatif, hingga cross sectional study. Tempat penelitiannya juga beragam. Artikel pertama pengambilan datanya dilakukan di kamerun, artikel kedua pengambilan datanya di afrika selatan, argentina dan Kenya, artikel ketiga pengambilan datanya dilakukan di Pakistan, artikel keempat pengambilan datanya dilakukan di India. Pada artikel pertama, hasil uji coba pengembangan SMS pengingat gagal dilakukan karena kedua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kontrol mengalami resistensi obat. Artikel kedua yang pengambilan datanya dilakukan di berbagai Negara menghasilkan data bahwa di Argentina signifikan tidak mampu meningkatkan kepatuhan pada pengobatan dengan risk ratio [RR] 1.49, 95%, confidence intervals [CI] 0.90 to 2.42. Di afrika selatan SMS pengingat meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan RR 2.32, 95%, CI 1.60 to 3.36. Di Kenya SMS pengingat meningkatkan jumlah kunjungan penderita TB ke klinik dengan RR 1.56, 95% CI 1.06 to 2.29. Artikel ketiga pengambilan datanya dilakukan di Pakistan. Hasilnya menunjukkan bahwa SMS pengingat dan motivasi dapat diterima dengan baik dan mendukung pasien dengan TB dalam medikasi secara teratur. Artikel keempat yang dilakukan pengambilan data di India menunjukkan bahwa SMS meningkatkan komunikasi antar pasien dengan tenaga kesehatan serta meningkatkan kepatuhan DOTS.

Diskusi

Hasil pencarian dengan menetapkan kriteria inklusi dan eksklusi yang ketat mempengaruhi jumlah artikel yang didapatkan. Awalnya penentuan artikel yang diambil hanya berbatas pada artikel yang menggunakan metode penelitian RCT dan quasy eksperiment, namun karena jumlah dari artikel sangat terbatas maka kriteria diturunkan, artikel dengan metode penelitian apapun akhirnya tetap dimasukkan. Artikel yang didapatkan hanya berjumlah 4 artikel, dimana artikel yang diambil hanya artikel yang khusus melakukan intervensi SMS untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan TB. Hasil yang beragam pada penelitian dikarenakan ada bagian program yang dilakukan secara tidak sistematis dan terprogram dengan baik. Upaya pengenalan program pada partisipan juga harus dilakukan dengan baik agar partisipan dapat menerima maksud dari program hingga nantinya diharapkan menghasilkan outcome yang baik pula. Perlu upaya kreatif untuk mengatasi masalah ini, pasien perlu dilakukan pemberian informasi hingga motivasi agar keteraturan minum obat dan kepatuhan untuk menjalani pengobatan hingga tuntas dapat terlaksana.

Perkembangan tekhnologi berupa telepon selular yang menjadi salah satu kebutuhan masyarakat Indonesia dalam melakukan komunikasi seharusnya menjadi peluang untuk tetap memberikan edukasi dan motivasi pada pasien meskipun terkendala jarak. Pemberian edukasi dan motivasi ini dapat diberikan melalui pesan teks telepon selular dimana pengembangan program serta isi dari pesan dapat dikembangkan oleh rumah sakit maupun puskesmas dengan tetap melihat kebutuhan dari pasien.

Penggunaan program layanan SMS sebenarnya tidak hanya pernah dilakukan pada pasien TB, namun pasien dengan penyakit kronis lainpun sudah pernah dilakukan program ini. Penelitian yang dilakukan oleh Islam et al (2014) pada pasien DM menunjukkan bahwa SMS mampu membangun kesadaran pasien DM tentang

penyakitnya untuk meningkatkan manajemen diri dan menghindari komplikasi. SMS pengingat dan motivasi mampu meningkatkan kepatuhan dan keaktifan pasien terhadap pengobatan yang diberikan (Mbuagbaw, 2011). Penelitian dengan memanfaatkan intervensi SMS sebagai sarana promosi untuk meningkatkan kepatuhan pasien sudah dilakukan diberbagai penelitian, sehingga pelaksanaan implementasi SMS sudah cukup meyakinkan untuk dapat diterapkan di masyarakat saat ini khususnya pada penderita TB.

Kelengkapan dan Aplikasi evidence

Artikel yang terpublikasi sangat sedikit, khususnya penerapan SMS pengingat pada penderita TB. Namun kekuatan dari literature review ini terletak pada artikel yang terpublikasi dari literature yang baik dan tentunya sudah dilakukan peer review, hanya saja ada satu artikel yang diragukan kelayakannya dikarenakan penelitiannya gagal karena sampel mengalami resistensi obat sehingga kemungkinan bias pada penelitian tersebut dapat terjadi.

Kualitas Evidence

Kualitas dari bukti yang ditampilkan pada artikel masih berkualitas rendah, diperlukan peningkatan penelitian lanjutan dengan RCT untuk membuktikan efektifitas pelaksanaan SMS pengingat terhadap kepatuhan pasien TB dalam berobat. Artikel yang didapatkan heterogen.

Implikasi Hasil Penelitian Pada Praktik

Meskipun jumlah artikel layanan SMS pengingat pada penderita TB masih sedikit, namun keberhasilan dari pelaksanaan program ini memiliki peluang yang besar untuk diterapkan. Jumlah artikel yang masih sedikit memberi gambaran bahwa program ini masih belum berkembang hingga di luar negeri. Perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk meningkatkan bukti untuk diterapkannya pada praktek.

Implikasi Untuk Penelitian Lanjutan

Kurangnya artikel yang terpublikasi serta terdapatnya hasil publikasi yang mengalami resistensi obat menunjukkan bahwa untuk melakukan penelitian selanjutnya harus berhati-hati dalam rancangannya. Penelitian lanjutan perlu memperhatikan panjang pesan, isi pesan hingga waktu pengiriman pesan, frekuensi pesan hingga platform SMS yang digunakan untuk mengirim pesan. Penggunaan pengiriman pesan yang otomatis akan lebih baik untuk mengirimm pesan dibandingkan manual, serta komunikasi dua arah lebih baik dibandingkan dengan komunikasi satu arah. Untuk mengukur efektifitas akan lebih baik menggunakan metode RCT.

Kesimpulan

Hasil dari literature review ini menunjukkan bahwa intervensi SMS berupa pengingat, cara pengobatan dan motivasi memiliki potensi untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam pengobatan mesikupun bukti yang meyakinkan masih sedikit serta kualitas penelitian yang di publikasikan masih kurang. Dengan sedikitnya hasil penelitian serta kualitas yang kurang baik dari penelitian sebelumnya, jadi penelitian selanjutnya

dengan kualitas lebih baik akan memiliki efek serta dampak yang lebih besar terhadap pembangunan kesehatan dimasa depan. Jika sudah terdapat bukti baru dengan kualitas study yang lebih baik maka literature review ini dapat diperbaharui sebagai pedomana dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat khususnya penderita TB.

Daftar Pustaka

Aditama, T. Y. (2014). Indonesia Peringkat 4 Pasien TB terbanyak di Indonesia. Harian Kompas. Senin, 3 Maret 2014.

Bediang, G. Stoll, B. Elia, N. Abena, J.L. Nolna, D, Chastonay, P & Geissbuhler, A.,(2013). SMS reminders to improve the tuberculosis cure rate in developing countries (TB-SMS Cameroon): a protocol of a randomised control study. Trials 2014, 15:35 doi:10.1186/1745- 6215-15-35. http://www.trialsjournal.com/content/15 /1/35

Elangrovan, R & Arulchelvan, S.,(2013). A Study on the Role of Mobile Phone Communication in Tuberculosis DOTS Treatment. Department of Media Sciences, Anna University, Chennai, Tamil Nadu, India http://health.kompas.com/read/2014/03/ 03/1415171/Indonesia.Peringkat.4.Pasien.TB.Terbanyak.di.Dunia

Islam, S.M. et al. (2014). Mobile phone intervention for increasing adherence to treatment for type 2 diabetes in an urban area of Bangladesh: protocol for a randomized controlled trial. BMC Health Services Research 2014, 14:586. http://www.biomedcentral.com/1472- 6963/14/586

Mbuagbaw, L. et al. (2011). The cameroon mobile phone sms (CAMPS) trial: a protocol for a randomized controlled trial of mobile phone text messaging versus usual care for improving adherence to highly active anti- retroviral therapy. Trials 2011. 12:5. http://www. Trialjournal.com/content/12/5

Mohammed, S. Siddiqi, O. Ali, O. Hbib, A. Haqqi, F. Kausar, M & Khan, A.J.,(2012). User engagement with and attitudes towards an interactive SMS reminder system for patients with tuberculosis. Journal of Telemedicine and Telecare 2012; 18: 404–408

Nglazi, M.D. Bekker, L.G. Wood, R. Hussey, G.D & Wiysonge, C.S. (2013). Mobile phone text messaging for promoting adherence to anti-tuberculosis treatment: a systematic review. BMC Infectious Diseases 2013, 13:566. http://www.biomedcentral.com/1471- 2334/13/566

Tirtana, B. T. (2011). Factor-Faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan pada pasien tuberculosis paru dengan resistensi obat tuberculosis di wilayah jawa tengah. Karya Tulis Ilmiah di Publikasikan. Diakses Tanggal 24 Maret 2015. http://eprints.undip.ac.id/32879/1/Bertin. pdf

WHO, 2014. Annual Report on Global TB Control 2013 available at www.who.int/tb

Widaningrum, C. Subuh, M. Priohutomo, S. Dinihari, T.N & Siagian, V. (2014). Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis; Indonesia Bebas Tuberkulosis. Kemekes RI : Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

PENGARUH EFEK SAMPING PEMBERIAN TERAPI ANTIRETROVIRAL TERHADAP KEPATUHANTERAPI ANTIRETROVIRAL PADA PASIEN HIV/AIDSDI KLINIK VOLUNTARY COUNSELING

Utami Hidayati[1♦]

Abstrak

Latar belakang : Beberapa kendala dialami ODHA dalam mengakses ARV, diantaranya keterbatasan pelayanan kesehatan seperti lokasi rumah sakit rujukan yang berada diperkotaan, serta pemeriksaan darah dan konseling secara rutin yang memerlukan biaya. Selain itu pemakaian jangka panjang menimbulkan rasa bosan, kurang disiplin dan kekhawatiran akan timbulnya efek samping. Kemudian perilaku ODHA yang pola hidupnya tidak teratur, serta menghadapi stigma dan diskriminasi merupakan faktor lain yang menghambat penggunaan ARV. Cara terbaik untuk mencegah pengembangan resistensi adalah dengan kepatuhan terapi. Kepatuhan adalah istilah yang menggambarkan penggunaan terapi ARV yang harus sesuai dengan petunjuk pada resep yang diberikan petugas kesehatan bagi pasien. Ini mencakup kedisiplinan dan ketepatan waktu minum obat. **Metode** : *Literature review* ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada Ebsco *search complete and HIV AIDS Care*, *Googlesearch*, *Google Cendikia.* serta *NEJM.com* dengan kata kunci yang dipilih. Penelusuran dibatasi terbitan 2004-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf dengan desain RCT yang dilakukan pada klien dengan HIV yang sedang melakukan terapi ARV. Pada jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain *observasional analitik study* adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran tentang suatu kejadaan secara objektif. Artikel yang sesuai kemudian dianalisis menggunakan *critical appraisal tool* yang sesuai untuk hasil penelitian RCT untuk menilai kualitas penelitian. Data diekstraksi dari artikel lalu dikelompokkan untuk dibahas dan disimpulkan. **Hasil** : Temuan berupa 4 buah artikel memiliki kualitas tinggi. Didapatkan 34 orang responden penelitian yang mempunyai tingkat kepatuhan pengobatan ARV >95%, 10 orang 90-95%, dan 5 orang 80-89%. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV pada ODHA antara lain Faktor Pasien, Faktor Infeksi Oportunistik, Faktor hambatan dan Faktor Pelayanan Kesehatan. Hasil penelitian ini di perkirakan diperoleh hasil bahwa faktor pendukung kepatuhan minum ARV yang berasal dari dalam diri sendiri dan faktor eksternal, faktor kesediaan obat, dan faktor dukungan sosial juga berpengaruh terhadap kepatuhan. Peneliti juga menemukan hasil bahwa ada tiga variabel yang paling signifikan terhadap kepatuhan pasien HIV/AIDS, dengan faktor pengetahuan pasien menjadi faktor paling dominan (Wald = 6,833 ; OR = 9,003; Cl 95% = 1,733 - 46,770), dibandingkan dua faktor lain yaitu tingkat pendidikan (Wald = 4,369 ; OR = 6,732; Cl 95% = 1,126 – 40,238) dan Beck Deppresion Inventory (BDI) (Wald = 5,491 ; OR = 7,760; Cl 95% = 1,398 – 43,069)

Kata kunci : *Kepatuhan ,HIV, Terapi ARV*

LATAR BELAKANG

Masalah HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) atau AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Sindrom*) merupakan masalah kesehatan yang mengancam Indonesia dan banyak negara lain di dunia. Saat ini tidak ada negara yang terbebas dari masalah HIV/AIDS. HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia lalu menimbulkan AIDS. AIDS adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh virus HIV yang merusak sistem kekebalan tubuh manusia (Umar Zein, 2006).

HIV dan AIDS adalah dua hal yang berbeda. HIV merujuk kepada virusnya (penyebab) sedangkan AIDS adalah penyakit (akibat) yang dapat muncul akibat infeksi HIV. Masa antara masuknya HIV kedalam tubuh seseorang (infeksi) dengan munculnya AIDS bisa berlangsung sekitar 8-10 tahun. Selama kurun waktu tersebut, tubuh orang yang terinfeksi HIV (HIV positif) bisa tampak sehat, sama seperti orang dengan status HIV negative. Sejak ditemukan kasus AIDS pertama di Amerika Serikat (AS) pada tahun 1982 hingga saat ini penyakit ini selalu menarik perhatian dunia kedokteran maupun masyarakat luas. Hal ini disebabkan oleh penyakit yang menyebabkan angka kematian yang tinggi dan jumlah penderita yang meningkat dalam waktu yang singkat (Sri L M, 2006).

Penularan HIV terjadi tidak hanya melalui hubungan seksual tetapi juga melalui IDU (*injectable Drug Use*) dan MTCT (*mother Of Child Transmission*). Dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS telah didirikan komisi penanggulangan HIV/ AIDS berdasarkan peraturan pemerintah No. 75 Tahun 2006 tentang Komisi penanggulangan AIDS Nasional yang diikuti dengan peraturan Menteri Dalam Negeri No. 20 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Rangka Penanggulangan HIV dan AIDS didaerah (Pedoman Nasional Terapi ARV 2011).

Penemuan obat antiretroviral (ARV) untuk penderita HIV/AIDS pada tahun 1996 mendorong suatu revolusi dalam perawatan ODHA (orang dengan HIV AIDS) dinegara maju. Meskipun belum mampu menyembuhkan penyakit dan menambah tantangan dalam hal efek samping serta resistensi kronis terhadap obat, namun secara dramatis terapi ARV dapat menghambat replikasi virus HIV dan menekan viral load, meningkatkan kualitas hidup ODHA dan meningkatkan harapan masyarakat, sehingga pada saat ini HIV dan AIDS telah diterima sebagai penyakit yang dapat dikendalikan dan tidak lagi dianggap sebagai penyakit yang menakutkan (Pedoman Nasional Terapi ARV 2011).

Penggunaan ARV pada pasien dengan tes HIV positif merupakan upaya untuk memperpanjang umur harapan hidup penderita HIV/AIDS yang dikenal dengan istilah ODHA. ARV bekerja melawan infeksi dengan cara memperlambat reproduksi HIV dalam tubuh. Umumnya ARV efektif digunakan dalam bentuk kombinasi, bukan untuk menyembuhkan, tetapi untuk memperpanjang hidup ODHA, membuat mereka lebih sehat, dan lebih produktif dengan mengurangi viraemia dan meningkatkan jumlah sel-sel CD4. Selain dalam bentuk kombinasi, penggunaan ARV harus terus menerus sehingga sangat rentan mengalami ketidakpatuhan yang dapat menumbuhkan resistensi (Nasronudin, 2007).

Beberapa kendala dialami ODHA dalam mengakses ARV, diantaranya keterbatasan pelayanan kesehatan seperti lokasi rumah sakit rujukan yang berada diperkotaan, serta pemeriksaan darah dan konseling secara rutin yang memerlukan biaya. Selain itu

pemakaian jangka panjang menimbulkan rasa bosan, kurang disiplin dan kekhawatiran akan timbulnya efek samping. Kemudian perilaku ODHA yang pola hidupnya tidak teratur, serta menghadapi stigma dan diskriminasi merupakan faktor lain yang menghambat penggunaan ARV (Nasronudin, 2007).

Cara terbaik untuk mencegah pengembangan resistensi adalah dengan kepatuhan terapi. Kepatuhan adalah istilah yang menggambarkan penggunaan terapi ARV yang harus sesuai dengan petunjuk pada resep yang diberikan petugas kesehatan bagi pasien. Ini mencakup kedisiplinan dan ketepatan waktu minum obat (Nasronudin, 2007).

Banyak ODHA yang sudah menjalani terapi tetapi masih belum mengerti secara jelas mengenai semua aspek pemgobatannya, termasuk dampak dari kepatuhan, efek samping dan kombinasi obat, atau bagaimana menjangkau obat tersebut. Namun pengetahuan dan kesadaran tinggi yang dibutuhkan agar terapi ARV tetap efektif (Nasronudin, 2007).

Ketidakpatuhan terhadap ARV bukan hanya masalah medis, tetapi juga dipengaruhi oleh sosial budaya masyarakat setempat. Prespektif sosial dapat membantu pemahaman bahwa kesehatan dan pelayanan kesehatan tidak semata-mata sebagai isu sosial. Ketika pendekatan sosial dan pendekatan medis dilakukan bersama, maka penekanannya tidak hanya pada proses sosial terjadinya suatu penyakit dan sakit, tetapi juga pada intervensi didalam struktur sosial dan budaya untuk mencegah atau bahkan mengobati penyakit tersebut (Nasronudin, 2007).

METODE

Literature review ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada Ebsco *search complete and HIV AIDS Care*, *Googlesearch*, *Google Cendikiia* serta *NEJM.com* dengan kata kunci yang sudah ditentukan sesuai dengan variabel yang dikendaki penulis. Penelusuran dibatasi terbitan 2004-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf dengan desain RCT yang dilakukan pada Klien dengan HIV yang sedang melakukan terapi ARV yang dilihat tinggkat kepatuhannya.

Pada jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif ada juga yang kualitatif, dengan menggunakan desain *observasional analitik study* adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran tentang suatu kejadaan secara objektif Artikel yang sesuai kemudian dianalisis menggunakan *critical appraisal tool* yang sesuai untuk hasil penelitian RCT untuk menilai kualitas penelitian. Data-data dari hasil temuan yang sudah dianalisis kemudian diekstraksi dan dikelompokkan yang sejenis kemudian data-data yang sudah diekstraksi tadi dilakukan triangulasi, dibahas dan disimpulkan untuk menjawab tujuan.

HASIL

Karakteristik studi

Dalam menunjukkan karakteristik studi yang digunakan penulis mencari beberapa litertur journal atau pun artikel yang terkait. Dengan maksud untuk mendapatkan artikel yang dibutuhkan, penulis melakukan pencarian dengan menggunakan key word yang terdapat dalam lampiran 2. Hasil penelusuran yang dilaksanakan menggunakan kata kunci tersebut pada beberapa searching engine yang eligible menghasilkan 4 buah artikel yang selanjutnya dianalisis kualitasnya.

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa 2 arikel memiliki kualitas tingkat kepatuhan yang baik dan 2 artikel memiliki tingkat kepatuhan yang tidak baik. Sedangkan 3 artikel dari 4 yang dituliskan pada tabel 1 meneliti tentang faktor-

faktor apa saja yang menghambat atau menjadi hambatan dalam mengikuti aturan dalam terapi ARV. Kepatuhan dalam mengikuti terapi ARV pada pasien dengan HIV/AIDS dipengaruhi oleh faktor internal dan juga eksternal yang semuanya tergantung dalam faktor internal yaitu pada kesadaran diri pada pasien ODHA tersebut. Desain yang digunakan lebih banyak menggunakan deskriptif analitik dengan *cross sectional desain.*

Penelitian yang dilakukan lebih banyak menggunakan penelitian non eksperimental deskriptif analitik yang tujuan peneliti adalah memberikan gambaran faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien HIV /AIDS dalam minum obat ARV. Faktor-faktor yang muncul banyak ditemukan selain dari faktor internal ada juga dikarenakan tingkat pengetahuan klien dengan ODHA tersebut. Semakin baik tingkat pengetahuannya maka kepatuhan juga akan semakin tinggi.

1 artikel yang terakhir yang paling berbeda kalau artikel ini peneliti ingin melihat dan menggambarkan efek samping dari obat ARV pada klien secara tanda dan gejala post minum obat dengan jangka waktu minimal 2 bulan. Banyak ditemukan karena muncul beberapa gejala seperti mual, muntah, batuk, diare, pusing, sesak nafas, bahkan sampai gatal-gatal pada seluruh kulit. Kemudian karena gejala tersebut diatas maka peneliti menemukan bahwa banyak pasien mengalami ketidakpatuhan mengikuti terapi ARV dikarenakan efek samping yang muncul setelah obat itu diminum.

Faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV pada ODHA

Penelitian oleh Risha Fillah fitria & Ahmad Purnomo dkk tahun 2011 ini ingin melihat Gambaran Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan dalam terapi ARV pada klien dengan ODHA terhadap 49 orang sesuai dengan kriteria Jumlah responden penelitian di RSUD Tugurejo Semarang adalah 16 orang, sedangkan di RSU Panti Wilasa Citarum Semarang adalah 33 orang, sehingga total responden penelitian adalah 49 orang. Responden penelitian sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 27 orang (55%) dan 22 orang berjenis kelamin laki- laki (45%).

Tingkat pendidikan responden penelitian terbanyak adalah SMU yaitu sebanyak 17 orang (35%), sedangkan paling sedikit adalah diploma yaitu sebanyak 1 orang (2%). Status pernikahan responden penelitian dari (43%), sedangkan paling sedikit adalah duda yaitu sebanyak 2 orang (4%). Jenis pekerjaan responden penelitian terbanyak adalah pegawai swasta yaitu sebanyak 26 orang (53%),

Penghasilan per bulan responden penelitian terbanyak adalah kelompok berpenghasilan Rp.500 ribu-1 juta per bulan yaitu sebanyak 22 orang (45%), sedangkan paling sedikit adalah kelompok berpenghasilan > Rp. 3 juta per bulan yaitu 3 orang (6%).

Sebanyak 38 orang (78%) responden penelitian menderita HIV/AIDS karena faktor risiko hubungan seksual, 7 orang (14%) karena faktor risiko IDU, dan 4 orang (8%) karena faktor risiko perinatal (sejak lahir)

Pada penelitian ini didapatkan 34 orang responden penelitian yang mempunyai tingkat kepatuhan pengobatan ARV >95%, 10 orang 90-95%, dan 5 orang 80-89%.

Faktor yang mendukung kepatuhan orang dengan HIV/AIDS dalam minum obat ARV

Penelitian yang dilakukan oleh Yuyun Yuniar dkk pada tahun 2012 ini dapat menggambarkan kepatuhan penggunaan ARV (antiretroviral) merupakan salah satu faktor yang dapat memperpanjang umur harapan hidup ODHA (orang dengan HIV AIDS) secara bermakna. ARV bekerja melawan infeksi dengan cara memperlambat reproduksi HIV dalam tubuh. Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan ODHA dalam mengkonsumsi ARV.

Studi ini merupakan penelitian kualitatif di Kota Bandung dan Kota Cimahi, provinsi Jawa Barat dari bulan September–November 2011. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan pihak-pihak yang terkait dalam penanggulangan AIDS yaitu Dinkes Kota Bandung dan Cimahi, KPA Daerah Kota Bandung dan Cimahi, RS Bungsu dan RS Cibabat, LSM PKBI Jawa Barat serta ODHA yang pernah atau masih

Penelitian ini bisa menggambarkan bahwa faktor internal juga sangat berperan. Hal ini dapat dilihat dari hasil analisis mengungkapkan bahwa faktor faktor pendukung kepatuhan minum ARV yang berasal dari dalam diri sendiri yaitu motivasi untuk hidup, keinginan sembuh/sehat, menganggap obat sebagai vitamin dan keyakinan terhadap agama. Selain itu faktor ketersediaan obat ARV dan dukungan sosial juga mendukung kepatuhan ODHA. Faktor dukungan sosial yaitu dukungan keluarga, rasa tanggung jawab dan kasih sayang terhadap anak, keinginan menikah, dukungan teman-teman di KDS (Kelompok Dukungan Sebaya), LSM dan dari tokoh agama serta hubungan baik dengan tenaga kesehatan. Faktor internal perlu ditingkatkan dengan memotivasi ODHA. Faktor eksternal ditingkatkan dengan melibatkan peran keluarga, KDS, LSM dan tenaga kesehatan serta memperbaiki akses, keterjangkauan dan edukasi kepada masyarakat.

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien HIV /AIDS di poliklinik Khusus Penyakit Dalam

Penelitian yang dilakukan oleh Wildra Maltroni tahun 2012 ini mengungkapkan bahwa bagaimana cara mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien HIV/AIDS terhadap terapi antiretroviral di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang pada bulan Desember 2011-Maret 2012.

Jenis dan rancangan penelitian ini adalah observational dengan pendekatan Cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) yang telah menjalani terapi ARV lebih dari dua bulan. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan Propotional Random sampling yaitu berjumlah 55 orang.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan wawancara langsung terhadap pasien. Analisis data dilakukan secara bertahap mencakup analisis univariat, analisis bivariat menggunakan uji chi-square, dan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda metode Backward Wald

Hasil penelitian ini menginformasikan bahwa ada tiga variabel yang paling signifikan terhadap kepatuhan pasien HIV/AIDS, dengan faktor pengetahuan pasien menjadi faktor paling dominan, dibandingkan dua faktor lain yaitu tingkat pendidikan dan Beck Deppresion Inventory (BDI).

Pengaruh Efek Samping Obat ARV Terhadap Kepatuhan Pasien HIV/AIDS positif

Dari hasil penelitian yang dilakukan dari bulan januari sampai desember2012 diperoleh profil pasien untuk jenis kelamin 35 (48.6%) pasien laki – laki dan 37 (51.4%) pasien perempuan. Profil usia 6 (8,33%) pasien berusia < 5 tahun, 1 (1,39%) pasien usia 15-19 tahun, 24 (33,33%) pasien usia 20-29 tahun, 33 (45,83%) pasien usia 30-39 tahun, 6 (8,33%) pasien usia 40-49 tahun dan 2,78%) pasien berusia > 50 tahun. Terapi pengobatan Nevirapine + Duviral (Lamivudine + Zidovudine) sebanyak 51 pasien 70,83%, kombinasi Efavirenz + Stavudine + Lamivudine sebesar 18 pasien 25%, kombinasi Efavirenz + Tenofovir + Lamivudine sebesar 2 pasien 2,78% dan Nevirapine + Lamivudine + Stavudine sebanyak 1 pasien 1,39%. Dan efek samping yang ditimbulkan selama pengobatan mual+muntah 20 (39,23%) pasien yang mengalaminya, dan juga efek samping batuk 12 (23,53%), pusing dan diare 6 (11,76%) pasien, Gatal-gatal 5 (9,80%) pasien, serta anemia dan sesak 1 (1,96%) pasien.

PEMBAHASAN

Didapatkan 34 orang responden penelitian yang mempunyai tingkat kepatuhan pengobatan ARV >95%, 10 orang 90-95%, dan 5 orang 80- 89%. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV pada ODHA di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang dan RSU Panti Wilasa Citarum Semarang adalah Faktor Pasien, Faktor Infeksi Oportunistik, Jumlah obat yang diminum makin banyak serta merasa kondisinya semakin memburuk (p=0,049), Faktor hambatan yaitu Jarak dari rumah ke rumah sakit (p=0,001), alat transportasi yang susah (p=0,019), dan biaya transportasi yang tidak terjangkau (p=0,006). Hal ini dapat terjadi dikarenakan banyak hal yang mempengaruhi tiap individu dalam mengikuti terapi, hal yang terpenting adalah kesadaran dalam membuat keputusan apakah terapi dilanjutkan atau tidak mengingat terapi ARV bagi pasien dengan HIV adalah seumur hidup. Kejenuhan akan dapat terjadi sehingga membuat pasien akhirnya tidak mematuhi minum obat sesuai instruksi yang disarankan.

Faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV antara lain adalah sikap keluarga atau orang di sekitar responden terhadap responden. Seluruh responden penelitian di RSUD Tugurejo Semarang dan RSU Panti Wilasa Citarum Semarang menjawab bahwa keluarga/orang di sekitar responden tidak bersikap menjauhi karena penyakit HIV/AIDS yang diderita responden, sehingga faktor lingkungan yaitu sikap keluarga/ orang sekitar tidak menjadi faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pengobatan ARV di RSUD Tugurejo Semarang dan RSU Panti Wilasa Citarum Semarang.

Penyebaran HIV AIDS di Bandung dan Cimahi tidak terlepas dari kondisi sosial budaya setempat khususnya Kota Bandung dikenal dengan bekas kompleks lokalisasi Saritem yang masih terus beroperasi. Sedangkan Kota Cimahi yang berbatasan langsung dengan Kota Bandung lebih dikenal dengan banyaknya industri yang juga merupakan titik rawan dalam penyebaran HIV AIDS. Jumlah penderita di Jawa Barat pada tahun 2010 tercatat sebanyak 3710 rang dari sekitar 43.021.826 jiwa. Sejalan dengan pernyataan tersebut, seorang pendamping di RS Hasan Sadikin Bandung menyatakan sedikitnya 80 orang anak telah mendapatkan terapi ARV, usia anak paling tinggi adalah

10 tahun. Sebagian besar anak- anak terinfeksi HIV AIDS tidak dapat ber- tahan hidup lebih dari 3 tahun.

Berdasarkan hasil wawancara dengan pihak LSM, tokoh masyarakat dan tokoh agama di Jawa Barat tidak ditemukan adanya kasus penolakan jenasah ODHA oleh masya- rakat karena memang pada umumnya masya- rakat sendiri tidak tahu status ODHA. Seandainya mereka tahu sangat mungkin ter- jadi penolakan. Sikap menutupi status ini, ODHA memerlukan ARV biasanya bila level CD4 < 350/mm3. Penggunaan ARV di Indonesia sudah dimulai pada tahun1990 dengan menggunakan obat paten, baru pada bulan Nopember tahun 2001 menggunakan obat generik. Kimia Farma sendiri baru mampu memproduksi ARV generik pada akhir tahun 2003, sehingga obat ARV dapat diberikan secara cuma-cuma sejak tahun 2004.Hingga saat ini sumberobat ARV di Indonesia berasal dari dana APBN yang diproduksi oleh Kimia Farma dan dari Global Fund dengan perbandingan dan. Terapi ARV (ART) selalu digunakan dalam bentuk kombinasi, oleh karena itu disebut HAART (Highly Active Antiretro- viral Therapy). Sampai saat ini sudah ada pertama dan kedua. Secara umum, ODHA yang diwawancarai masih menggunakan terapi ARV lini pertama yaitu kombinasi Neviral-Duviral dan Duviral-Efaviren

Penelitian ini menguji factor yang paling kuat mempengaruhi kepatuhan pasien HIV/AIDS terhadap terapi antiretroviral (ARV). Temuan dalam penelitian ini memuktikan bahwa pengetahuan tentang terapi ARV merupakan faktor yang paling kuat dalam mempengaruhi kepatuhan terapi ARV. Pada analisis multivariat dengan metode backwald wald diperoleh nilai p=0,009

Temuan ini didukung oleh pernyataan Meichenbuan & Turk, bahwa faktor yang paling berhubungan dengan kepatuhan antara lain adalah pengetahuan, faktor sikap, keadaan sakit yang dirasakan, faktor lingkungan dan faktor psikis. Hal ini sejalan dengan Nasronudin dan Margarita (2007) berhasilnya pengelolaan dan perawatan terhadap penderita HIV/AIDS tergantung pada kerjasama petugas kesehatan dengan pasien keluarganya. ODHA yang mempunyai pengetahuan yang cukup tentang HIV/AIDS, kemudian selanjutnya mengubah perilakunya sehingga akan dapat mengendalikan kondisi penyakitnya hingga penderita dapat hidup lebih lama. Konseling sangat diperlukan untuk memberikan pengetahuan terhadap ODHA dan penerimaan pasien terhadap sakitnya. Pengetahuan itu meliputi pengertian tentang terapi ARV, pentingnya kepatuhan terapi, efek samping yang mungkin terjadi serta lama pengobatan. Dengan pengetahuan tinggi diharapkan ODHA menjalankan kepatuhan terapi ARV sesuai dengan aturan yang dianjurkan dokter.

Penggunaan ARV pada pasien dengan tes HIV positif merupakan upaya untuk memperpanjang umur harapan hidup penderita HIV/AIDS yang dikenal dengan istilah ODHA. ARV bekerja melawan infeksi dengan cara memperlambat reproduksi HIV dalam tubuh. Umumnya ARV efektif digunakan dalam bentuk kombinasi, bukan untuk menyembuhkan, tetapi untuk memperpanjang hidup ODHA, membuat mereka lebih sehat, dan lebih produktif dengan mengurangi viraemia dan meningkatkan jumlah sel-sel CD4 Selain dalam bentuk kombinasi, penggunaan ARV harus terus menerus sehingga sangat rentan mengalami ketidakpatuhan yang dapat menumbuhkan resistensi. (Nasronudin, 2007)

DAFTAR PUSTAKA

Anonim, 2006. *Pedoman Pelayanan Kefarmasian Untuk Orang Dengan HIV/AIDS*

(ODHA). Depkes RI, Jakarta.

Irawan, 2009. *Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.* (http://aidsindonesia.or.id, diakses tanggal 17 Februari 2010).

Junaedi, 2008. *41 Kasus HIV/AIDS Baru Ditemukan di Kabupaten Semarang*. (http//semarangkab. go.id, diakses tanggal 1 Maret 2010).

Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek* (Edisi Revisi VI). Jakarta: Renika Cipta.

Aji, H.S. 2010. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia : *Kepatuhan Pasien HIVdan AIDS Terhadap Terapi Antiretroviral di RSUP Dr. Kariadi Semarang,* Vol. 5, No.1, Januari 2010, diakses September 2011 dari http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/51105867.pdf

Asti, Tri. 2006. *Kepatuhan Pasien : Faktor Penting dalam Keberhasilan Terapi*. Info POM, Vol. 7, No. 5, diakses September 2011 dari http:// perpustakaan.pom.go.id/KoleksiLainnya/Buletin%20Info%20POM/0506.pdf

Azwar, Azrul, 2001, *Prinsip Dasar Motivasi Pelaksanaan Program Kesehatan*, Jakarta: EGC.

Bect AT, Steer RA, *Beck Deppresion Inventory* (BDI), In : Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al, eds, Hand Book of Psychiatric Measures. Washington, DC. American Psychiatric Association : 2000. P.519-522

Carter, Michael, 2011. *Hubungan yang Konsisten antara Depresi dan Kepatuhan yang rendah terhadap terapi*

PENGEMBANGAN TERAPI *HOLISTIC NURSING* BERBASIS *ISLAMIC SPIRITUAL PRACTISE* DALAM MENGURANGI KECEMASAN PADA KLIEN DENGAN *ACUTE CORONARY SYNDROME*

Arif Adi Setiawan

Mahasiswa Magister Keperawatan Konsentrasi Keperawatan Dewasa 2014
Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (UNDIP) Semarang
RSUP Karyadi Semarang : Jl. Dr.Soetomo No 16,Semarang Jawa Tengah

Abstrak

Background : Penyakit jantung iskemik menyebabkan 6 juta kematian d seluruh dunia tahun 2000 dan meningkat tahun 2012 menjadi 7,4 juta kematian. 5 berdasarkan laporan riskesdas 2007, penyakit jantung ischemia menyebabkan 5,1 % kematian pada semua kelompok umur. WHO memperkirakan bahwa penyakit antung ischemic sebagai penyebab DALYs (*disability adjusted life years lost)* yang menempati peringkat ke 4 pada tahun 2004 akan meningkat peringkat ke 2 tahun 2030. Kondisi gangguan psikologis dan fisiologis pasien *Acute Coronary Syndrome* ini tentunya tidak boleh dibiarkan saja seperti kecemasan. Salah satu cara untuk mengurangi kecemasan pasien yakni dengan dukungan spiritual yang sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien. **Objective:** untuk mengetahui efek dari intervensi keperawatan spiritual Islam dalam mengurangi keceman pasien *Acute Coronary Syndrome.* **Method:** Penelusuran literature digunakan dengan menggunakan kata kunci, *Spiritual care*, Islamic, Sebagai variabel independent dan Anxiety, *Acute Coronary Syndrome* sebagai variable dependent. Penelusuran dilakukan pada website *Ebscohost, Proquest, SageJournals dan Google Scholar.* **Result :** Dari Hasil Penelusuran ditemukan 5 artikel jurnal yang mendekati topic yang sama dengan penelitian yang telah dilakukan. Dari hasil tersebut ditemukan 1 literatur review, 2 Randomized control trial, 1 quasi eksperimen dan 1 penelitian kualitatif (dekskriptif korelatif). Intervensi keperawatan spiritual merupakan energy pada praktek keperawatan holistic untuk meningkatkan kesehatan dan mengurangi tanda gejala klinis yang mempengaruhinya, karena intervensi keperawatan spiritual merupakan prioritas tertinggi dalam mendukung intervensi yang lain. *Model Nursing Based intervention integrating Islamic rekaxation* yang terdiri dari short SEFT dan Dzikir dapat mengurangi kecemasan dan control perasaan klien AMI di ICCU, modifikasi dzikir dengan menggunakan asmaul husna juga cukup efektif untuk mengurangi kecemasan pada klien *Acute Coronary Syndrome*. **Conclusion:** walaupun literature yang ditemukan terbatas tetapi hal ini menunjukan bahwa spiritual care Islamic dapat digunakan sebagai salah satu pilihan terapi keperawatan holistic untuk mengatasi kecemasan pada klien *Acute Coronary Syndrome* di ICCU/ICVCU

Keywords : Holistic Nursing, Spiritual, Islamic, Anxietas, *Acute Coronary Syndrome*

PENDAHULUAN

Penyakit jantung iskemik adalah penyebab utama kematian diseluruh dunia tahun 2012 sebanyak 13,2 %. Penyakit jantung iskemik menyebabkan 6 juta kematian d seluruh dunia tahun 2000 dan meningkat tahun 2012 menjadi 7,4 juta kematian (WHO, 2014) berdasarkan laporan riskesdas 2007, penyakit jantung ischemia menyebabkan 5,1 % kematian pada semua kelompok umur (BPPK, 2007) penyakit kardiovakular yaitu penyakit sistemik berada di peringkat ke 4 dari 20 penyebab utama *disability adjusted life years lost* (DALYs) pada semua usia. Penyakit jantung iskemik menyebabkan sekitar 62,6 juta DALYs pada tahun 2004. WHO memperkirakan bahwa penyakit antung ischemic sebagai penyebab DALYs yang menempati peringkat ke 4 paa thun 2004 akan meningkat peringkat ke 2 tahun 2030. (WHO, 2004)

Syndrome coroner akut adalah kondisi yang mengancam nyawa yang berkontribusi terhadap angka kematian akibat penyakit kardiovaskular. Walaupun sudah diberikan penanganan namun sampai saat ini *Acute Coronary Syndrome* masih tetap memiliki angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi. Peran kunci dalam penanganan *Acute Coronary Syndrome* yang efisien, aman dan cost-effective dilakukan dengan mengevaluasi factor predictor agar dapat memberikan terapi yang optimal. (Kolansky, 2009)

Acute Coronary Syndrome terdiri dari angina tiak stabil (UAP), N-STEMI dan STEMI (Connor, et al, 2010) . *Acute Coronary Syndrome* ni lebih dari 90 % terjadi akibat adanya rupture plak atheroma yang menyebabkan agregasi trombosit sehingga terbentuk thrombus di dalam ruang pembuluh darah. Thrombus ini juga menyebabkan oklusi parsial dan total. Oklusi parsial berkaitan erat dengan UAP dan NSTEMI, Sedangkan Oklusi total berkaitan dengan STEMI.(Lilly LS, 2011)

Kondisi gangguan psikologis dan fisiologis pasien *Acute Coronary Syndrome* ini tentunya tidak boleh dibiarkan saja. Terdapat beberapa cara dalam mengatasi masalah psikologis seperti cemas. Menurut Huffman et al. (2010) kondisi cemas ini dapat diatasi dengan menggunakan anti anxietas, program rehabilitasi jantung dan psikoterapi. Berbeda dengan pendapat Huffman et al. (2010), menurut El Noor (2012) pendekatan yang dapat dilakukan selain cara di atas yakni dengan perawatan spiritual/ *spiritual care*

Perawatan spiritual ini bermanfaat karena dapat meringankan masalah psikologis pasien *Acute Coronary Syndrome* dan meningkatkan kemampuan pasien untuk mengatasinya secara emosional (El Noor, 2012). Hal ini sesuai dengan pendapat Smeltzer et al. (2010) bahwa salah satu cara untuk mengurangi kecemasan pasien yakni dengan dukungan spiritual yang sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien. Menurut Moeini et al. (2012) dengan dipenuhinya kebutuhan spiritual, maka diharapkan pasien akan mencapai kesejahteraan spiritual. Menurut Omidvari (2008) bahwa jika kesejahteraan spiritual ini tidak tercapai maka dimensi lain seperti kesehatan biologis, psikologis dan sosial tidak dapat berfungsi dengan baik dan tidak dapat mencapai kapasitasnya secara maksimal, akibatnya derajat kualitas kehidupan yang paling tinggi tidak dapat tercapai (dalam Moeini et al., 2012).

Pendapat tersebut sesuai dengan pendapat Aston University's Chaplaincy Team (2014) bahwa kesejahteraan spiritual ini merupakan suatu keutuhan yang meliputi dimensi fisik, emosi, mental dan spiritual. Masih menurut Aston University's Chaplaincy Team (2014) bahwa meskipun seseorang sedang sakit, namun apabila dia memiliki kesejahteraan spiritual yang positif, maka akan membantunya untuk

mengatasi atau menghadapi masalah fisik tersebut. Menurut European Parkinson's Disease Association (EPDA) tahun 2014, jika spiritual seseorang bagus maka orang tersebut akan menemukan kedamaian di dalam dirinya (inner peace) dan kenyamanan. Masih menurut EPDA (2014) bahwa dengan mempraktikan kegiatan yang berhubungan dengan spiritual maka akan mendatangkan beberapa keuntungan, di antaranya: mempercepat penyembuhan dari kondisi sakit dan berduka, meningkatkan kepercayaan diri dan harga diri, mempererat hubungan, meningkatkan rasa optimis dalam menjalani kehidupan.

Adapun metode pengkajian kebutuhan spiritual (Galek, 2005), model ini mengkaji empat hal yang tidak hanya terbatas pad a aspek agama saja. Empat hal tersebut yakni: *Faith and Belief* (apakah pasien memiliki perhatian terhadap spiritual atau agama), Importance (seberapa penting arti keyakinan bagi pasien), *Community* (adanya orang terdekat dan keberadaan komunitas yang dapat meningkatkan spiritualitas), Address in care (harapapasien terhadap pemberi pelayanan dalam memenuhi kebutuhan spiritual selama pasien dirawat). Pada tahap intervensi, perawat dapat memberikan intervensi perawatan spiritual kepada pasien. Bentuk intervensinya sebagai berikut: menggunakan komunikasi terapeutik, mendorong keterlibatan atau interaksi pasien dengan keluarga atau orang terdekat, memberikan privasi dan waktu untuk menjalankan aktivitas spiritual, memainkan lagu rohani, memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan perasaannya, menyediakan perlengkapan ibadah. Adapun beberapa intervensi yang lain melakukan doa bersama dengan pasien, selanjutnya intrevensi dapat berupa mendengar, bersikap baik, menghargai pasien, memanggil penasehat atau pemuka agama, berdoa dan membaca kitab suci agama. (Galek, 2005)

Fenomena di atas menarik menulis untuk melakukan literature review terhadap Pengembangan Terapi *Holistic Nursing* Berbasis *Islamic Spiritual Practise* Dalam Mengurangi Kecemasan Pada Klien Dengan *Acute Coronary Syndrome*

TUJUAN

Tujuan dari penulisan artikel ini adalah untuk mengetahui efek dari intervensi keperawatan spiritual islam dalam mengurangi keceman pasien *Acute Coronary Syndrome.*

METODE

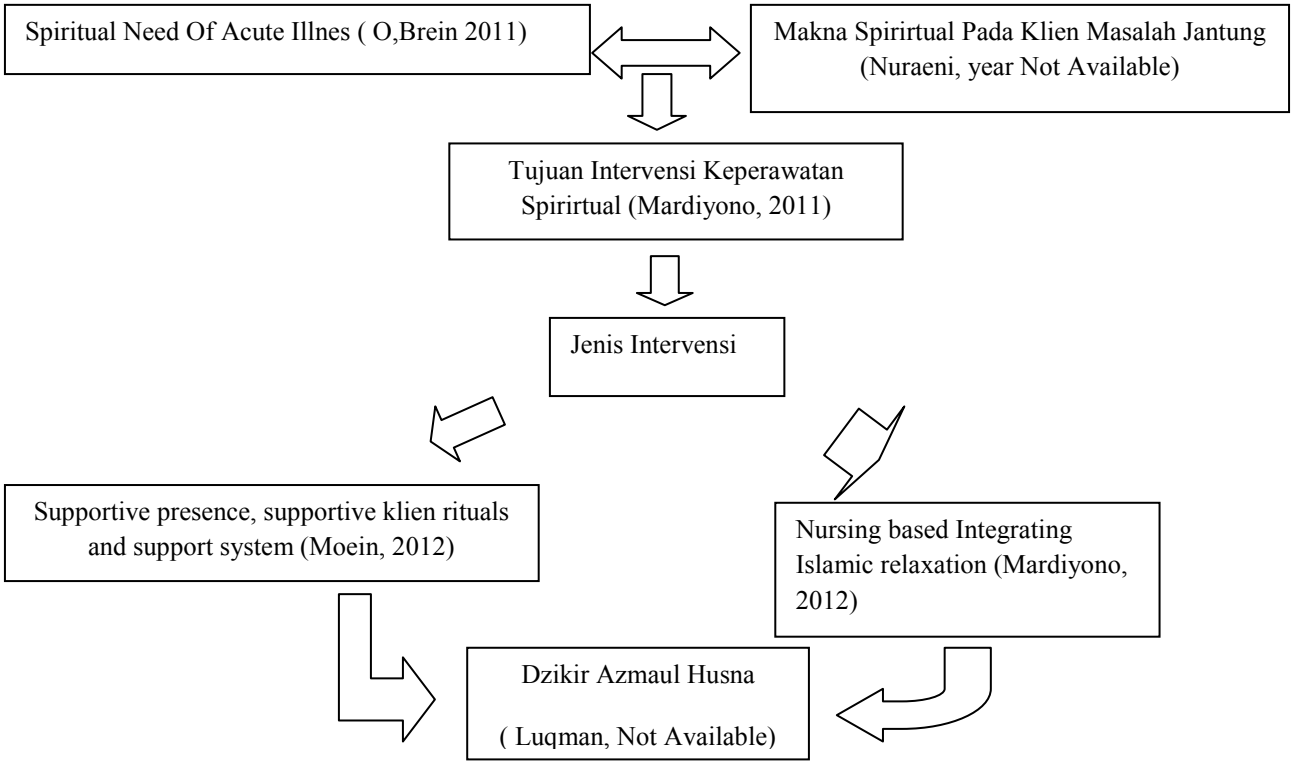
Penelusuran literature diigunakan menggunakan kata kunci, *Spiritual care*, Islamic, Sebagai variabel independent dan Anxiety, *Acute Coronary Syndrome* sebagai variable dependent. Penelusuran dilakukan pada website *Ebscohost, Proquest, SageJournals dan Google Scholar, Jurnal Nurse Media* . Jurnal yang berkaitan dengan *spiritual care* di berbagai jenis penyakit ditemukan setelah dilakukan penelusuran berjumlah 12 jurnal, dari jumlah tersebut yang spesifik pada klien dengan cardiovascular diseases berjumlah 5 jurnal dengan berbagai method yang ada. Jurnal yang spesifik tersebut terbit di 2011 hingga 2012.

HASIL dan PEMBAHASAN

Hasil literature review di dapatkan bahwa dalam efektifias penggunan intervensi spirirtual islam dapat menemukan makna spirirtual pada klien degan Acute Coronary

Syndrome yang digunakan untuk memenuhi spiritual need klien menuju Spiritual Well Being (O,Brein 2011).

Jurnal yang ditemukan ketika di analisis merupakan sebuh penelitian yang sailing melengkapi, mulai dengan penelitian mengenai eksplorasi makna spirirtual tiap individu dengan penyakit jantung (Aan Nuraeni), Tujuan dilakukan nya spirirtual Islam intervention (Mardiyono, 2011) dan diberikan contoh intervensi keperawatan yang dapat dilakukan ntuk klien masalah kardiovascular dengan SEFT & Dzikir (Mardiyono, 2012), Dzikir Asmaul Husna (Lukman) dan Moeni di tahun 2012 dengan supportive presence, support from patient's rituals, and using supportive systems. Konseptual Framework pada literature review ini penulis gambarakan sebagai berikut :



Gb. 1 Conceptual Framework literature review

Kebutuhan spiritual pada pasien dengan masalah penyakit akut adalah dengan cara modifikasi hal yang terkait dengan factor predisposisi diantaranya umur, tradisi religious dan kondisi pasien. Contoh pasien yang masuk dalam acute illness adalah : CHF, Septicimia, Pneumonia, Acute renal failure etc. yang menjadi perhatian utama dalam spiritual penyakit akut adalah kepercayaan spiritual dan ibadah yang dilakukan di dalam proses kehidupan individu. Intensive care unt mempunyai suatu penatalaksanaan therapy secara kompleks. Kebutuhan terhadap dukungan fisik dan emotional sangat diperlukan. O'brein menyarankan ketikan kondisi ICU, kita gunakan nama TUHAN sebagai support system bagi klien yang sedang mengalami inadequacy koping. Dapat juga dengan menggunakan berdoa atau sholat dan suatu waktu dan juga memebrikan kata-kata semangat.(O'Brein, 2011)

Hal pertama yang diketahui untuk melakukan intervensi keperawatan islam adalah dengan menegtahui makna spirirtual terhadap individu yang mengalami gangguan kesehatan jantung, seperti penelitan yang dilakukan oleh nuraeni dimana penulis menemukan abstraknya dengan judul Eksplorasi Makna Spiritualitas pada Klien dengan *Acute Coronary Syndrome* yang Menjalani Perawatan Di Ruang Intensif Jantung RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung. Penelitian tersebut dilakukan dengan deskriptif korelatif dengan hasil :

1) Spiritualitas adalah hubungan dengan diri sendiri dengan buah dua tema antara lain,
a. Menerima penyakit sebagai suatu teguran atau cobaan, b. Hidup menjadi lebih baik;
2) Spiritualitas adalah hubungan dengan Tuhan dengan lima buah tema yaitu : a. Kepasrahan pada Tuhan, b. Ibadah atau komunikasi dengan Tuhan, c. Harapan, d. Permohonan ampunan (pertobatan), dan e. Rasa syukur;
3) Spiritualitas adalah hubungan dengan orang lain dengan dua buah tema yaitu : a. Perhatian, cinta, dan kasih sayang dari orang lain, serta keberhasilan keluarga, b. Memberikan manfaat bagi sesama; serta
4) Spiritualitas adalah hubungan dengan alam dengan satu buah tema yaitu : menyalurkan hobi atau aktivitas di alam.(Nuraeni, Year Not Available)

Jurnal berikutnya pada penelitian 2011 mengenai literature review dengan judul *Spirituality intervention and outcomes : corner stone of holistic nursing practice*, memiliki tujuan mengetahui sejauh mana Islamic spiritual ini mempengaruhi kesehatan seseorang, penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengembagan dari intervensi keperawatan islam. Hasil dari literature review oleh penulis dengan jurnal terbitan mulai tangun 1994-2010, intervensi keperawatan islam yang terdiri dari sholat/berdoa, membaca al qur'an, berpuasa, 13 literatur menemukan bahwa penggunaan dari intervensi keperawatan islam ini dapat meningkatkan status kesehatan klien seperti mengurangi kecemasan dan nyeri pada masalah keperawatan medical-surgical. (Mardiyono, 2011)

Penggunaan jenis intervensi keperawatan spirirtual telah dilakukan oleh peneliti dari iran yaitu Mahin Moeni, tahareh momeni ghale ghasemi, Hojjatollah Yousef, Haeidarali Abedi (2012) dengan judul *The effect of spiritual cre on spiritual health of patients with cardiac ischemia*. Pada penelitian ini mempunyai tujuan *To determine the effect of sprirtual cre program if swb f patients with cardiac ischemia admitted in ICCU in Al-Zahara Hospital, Isfahan, Iran*. Intervensi yang dilakukan adalah supportive presence di dapatkan dari partner dari klien yang selalu berada disampingnya, bersedia untuk menjadi pendengar yang baik, yang kedua adalah

supporting patients rituals yang dilakukan adalah *providing required facilities for worship and prayer such as prayerstone, prayer rug, beads and prayer Chador, Koran Book, Al-Mafatih, audio player and cassettes for Quranic prayers for each of the study subjects in the test group and also helping patients in doing the prayers such as ablution and reading the prayers and Quran. Moreover, required coordination for presence of a clergy was done; thus, a 50-minute session, a clergy presented on patient's bedside and they could ask their questions.* Dan kesimpulan yang didapt pada penelitian ini adalah sistem *spirirtual care* yang dilakukan dapat meningkatkan spirirtual well being dari klien dengan *Ischemia Heart Diseases*. (Moeni, 2012)

Penelitian yang dlakukan (Mardiyono, 2012) melakukan penelitian terkait intervensi keperawatan islam dena judul *The effects of the nursing based intervention integrating Islamic relaxation on anxiety and perceived control in Indonesian patients with acute Myocardial Infarction admitted in ICCU.* Konsep intervensi yang digunakan pada peneliti ini dengan menggabungkan SEFT Short Version dengan Dzikir yang dilakukan 12 jam setelah masuk rumah sakit, dilakukan 20 menit dan di evaluasi secara time series, hasil yang ditemukan adalah kecemasan berkurang dan kemampuan control perasaan klien meningkat hal ini juga diikuti dengan keseimbangan *Blood Pressure, heart rate dan respiratory rate*.

Jenis dzikir yang digunakan sebagai suatu bentuk intervensi jenisnya bermacam-macam, salah satu peneltian yang spesifik untuk mengurangi kecemasan pada klien dengan masalah kardiovaskular adalah peneltian yang dilakukan oleh lukman dengan judul Lukman Pengaruh dzikir asmaul husna terhadap tingkat kecemasan klien dengan syndrome coroner akut di RSUP dr.Muhammad Hoesin Palembang. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh intervensi ZAH terhadap kecemasan klien *Acute Coronary Syndrome* di RSUP dr Mohammad Hoesin Palembang. Hasil penelitian tersebut adalah intervensi ZAH berpengaruh terhadap kecemasan klien *Acute Coronary Syndrome*. Implikasi dari hasil penelitian ini, Zikir Asmaul Husna dapat dipertimbangkan dan dipergunakan sebagai terapi komplementer untuk menurunkan kecemasan klien, khususnya klien *Acute Coronary Syndrome* (Luqman, Year Not Available)

Klien dengan *Acute Coronary Syndrome* mempunyai makna spirirtual ketika dirawat dalam ruang ICCU seperti *pertama* hubungan klien dengan diri sendiri terhadap menerima penyakit yang dialami dan hidup menjadi lebih baik, *kedua* spiritualitas adalah hubungan dengan tuhan yang terdiri atas hal : kepasrahan, ibadah atau komunikasi dengan tuhan, harapan dan permohonan, rasa syukur *ketiga* spiritualitas adalah hubungan dengan orag lain seperti pehatian, cinta dan kasih sayang dengan orang lain serta memeberikanya manfaat. *Keempat* spiritualitas adalah hubungan dengan alam dimana kita dapat menyaurkan hoby atau aktivitas di alam. Intervensi keperawatan spiritual merupakan energy pada praktek keperawatan holistic untuk meningkatkan kesehatan dan mengurangi tanda gejala klinis yang mempengaruhinya, karena intervensi keperawatan spiritual merupakan prioritas tertinggi dalam mendukung intervensi yang lain. *Model Nursing Based intervention integrating Islamic rekaxation* yang terdiri dari short SEFT dan Dzikir dapat mengurangi kecemasan dan control perasaan klien AMI di ICCU, modifikasi dzikir dengan menggunakan asmaul husna juga cukup efektif untuk mengurangi kecemasan pada klien *Acute Coronary Syndrome*.

KESIMPULAN

Dari hasil literature review di atas dapat diambil sebuah kesimpulan bahwa : walaupun literature yang ditemukan terbatas tetapi hal ini menunjukan bahwa spiritual care Islamic dapat digunakan sebagai salah satu pilihan terapi keperawatan holistic untuk mengatasi kecemasan pada klien *Acute Coronary Syndrome* di ICCU/ICVCU

SARAN

1. Penggunaan intervensi keperawatan islam memerlukan suatu kerjasama antara terapis dengan klien jadi perlu memperhatikan bina hubungan saling percaya diantara keduanya.
2. Sebaiknya dalam melakukan intervensi ini tidak ada unsur mengajari tetapi lebih kepada upaya diskusi bersama terkait kebutuhan spiritual agar intervensi yang diberikan efektif.
3. Penelitian spirirtual merupakan langkah ilmiah untuk mendeskripsikan suatu ritual kepercayaan, hendaknya dapat dilakukan penelitian lebih lanjut karena sebenarnya pusat Healing sebenarnya berasal dari kepercayaan secara spiritual sebagai dasarnya

DAFTAR PUSTAKA

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2007). *Laporan Hasil Riset Kesehatan dasar (RISKESDAS) Nasional*

El Noor, M. A. (2012). Spiritual care of the hospitalized patients following admission to the cardiac care units: policy implications. *Disertasi*, University of Akron, Palestina.

Galek, K., Flannelly, K. J., Vane, A., Galek, R. M. 2005. Assessing a patient's spiritual needs: A comprehensive instrument. *Holistic Nursing Practice*, 19(2):62–69.

Kolansky, DM.(2009) *Acute Coronary Syndrome* : Morbidity, Mortality and Pharmacoeconomic Burden , *Am J manag care*.

Luqman. (Year Not Available). *Asmaul Husna Terhadap Tingkat Kecemasan Klien Dengan Syndrome Coroner Akut Di RSUP Dr.Muhammad Hoesin Palembang*. Bandung : FIK Unpad

Mardiyono. (2011). *Spirituality intervention and outcomes : corner stone of holistic nursing practice.* Semarang: Nurse Media Journal PSIK UNDIP

Mardiyono. (2012). *The effects of the nursing based intervention integrating Islamic relaxation on anxiety and perceived control in Indonesian patients with acute Myocardial Infarction admitted in ICCU.* Prince Of Songkla University : Thailand

Moeini, M., Ghasemi, T. M. G., Yousefi, H., Abedi, H. 2012. (2012). The effect of *spiritual care* on spiritual health of patients with cardiac ischemia. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 17 (3). Retrieved 01 januari 2015, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3696210/

Nuraeni, Aan. (Year Not Available). *Eksplorasi Makna Spiritualitas pada Klien dengan Acute Coronary Syndrome yang Menjalani Perawatan Di Ruang Intensif Jantung RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung.* Bandung : FIK Unpad

O'Brein, Mary Elizabrth.(2011). *Spirirtuality in Nursing*. Jones &Bartlet Learning : Canada

World Health Organization.(2008). *The Global Burden of Diseases* . update. Geneva : WHO Library Catalouging in- Publication Data ; 2008

World Health Organization. (2010). *Global Status report on Noncommunicable Diseases* 2010. Geneva : WHO Library Catalouging in- Publication Data

World Health Organization.(2011) *Global Status report on Noncommunicable Diseases Country Profiles* . Geneva : WHO Library Catalouging in- Publication Data ;

WHO. (2015) . *The Top 10 Causes of Death (Internet) World Health Organization*(Cited 29 Mei 15) available from : http//: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en

Smeltzer,s.c .(2006). *Buku ajar keperawatan medkal bedah Brunner and suddarth* ed.8vol 2.Jakarta :EGC

LITERATURE REVIEW:
PENGARUH PULMONARY REHABILITATION PROGRAMME TERHADAP FATIGUE DAN KUALITAS HIDUP PASIEN CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY DISEASE (COPD)

Ida Nur Imamah*

*Pengajar STIKES Aisyiyah Surakarta, Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan FK UNDIP

Latar Belakang: *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)* atau sering disebut juga dengan PPOK merupakan penyakit paru kronik yang ditandai dengan hambatan aliran udara di saluran nafas yang tidak sepenuhnya *reversibel, progresif* dan berhubungan dengan respon inflamasi yang abnormal terhadap partikel dan gas yang berbahaya. Pasien dengan *COPD* akan mengalami penrunan kapasitas fungsional dan aktivitas yang tentu saja dapat mempengaruhi sistem *muskuloskeletal, respirasi, kardiovaskuler* dan sistem yang lain. Pada pasien *COPD* akan mengalami penurunan kualitas hidup dan *fatigue* yang sering diakibatkan karena gejala dan efek samping obat, selain itu juga dikarenakan proses perjalanan penyakit serta keterbatasan fungsi paru. Intervensi pada pasien *COPD* disamping intervensi farmakologis dengan pemberian obat-obatan dan non farmakologis dengan penghentian merokok, juga memerlukan terapi tambahan dengan program rehabilitasi paru. **Metode**: Literature review dengan melakukan penelusuran artikel penelitian di *Google Scholar, EBSCO, ProQuest, PubMed* dan *BioMed* dengan kata kunci yang telah dipilih serta dibatasi jurnal terbitan 2004 – 2014 yang diakses *fulltext* dalam format *pdf*. Populasi yang digunakan adalah pasien yang mengalami COPD dengan menggunakan intervensi program rehabilitasi paru dengan membandingkan intervensi lain selain rehabilitasi dan jenis rehabilitasi. Outcome yang ingin dilihat adalah kualitas hidup *(QOL)* dan kelelahan *(fatigue)*. Artikel penelitian yang ditemukan yang memenuhi criteria inklusi kemudian dianalisis kualitasnya dengan menggunakan *Critical Appraisal Skill Programme (CASP) Tool* dan ditentukan *level of evidence* pada masing-masing artikel tersebut. Data diekstraksi dari jurnal yang telah dipilih kemudian dikelompokkan dan ditarik kesimpulan. **Hasil**: Berdasarkan artikel jurnal yang telah ditemukan terdapat beberapa jenis rehabilitasi yang diberikan pada pasien *COPD* untuk mengatasi sesak nafas *(dysneu)* dengan *exercise training*, latihan nafas dalam, *education training*, fisioterapi dada, latihan nafas dan *muscle strength training. Pulmonary rehabilitation programme* dapat bermanfaat untuk meningkatkan volume paru, menurunkan *work of breathing* dan membersihkan jalan nafas pada pasien *COPD* sehingga diharapkan mengatasi kelelahan *(fatigue)* dan berdampak pada kualitas hidup pasien *COPD*. **Kesimpulan**: *Pulmonary Rehabilitation Programme* sebagai terapi non farmakologis untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengatasi *fatigue* dapat diberikan pada pasien *COPD* baik sebagai *hospital programme* maupun *home based programme*. **Rekomendasi**: Identifikasi program rehabilitasi paru yang tepat untuk pasien COPD berguna untuk penyusunan *pulmonary rehabilitation programme* yang spesifik yang dapat diberikan di rumah sakit maupun dilakukan di rumah.

Kata Kunci : *Chronic Obstructive Pulmonary Disease, pulmonary rehabilitation, Quality of Life, Fatigue*

LATAR BELAKANG

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) atau di Indonesia sering disebut dengan PPOK merupakan penyakit paru kronik yang terjadi karena obstruksi dan hambatan aliran udara kronik yang disebabkan karena bronkitis kronik, emfisema ataupun karena keduanya. Kenyataan yang terjadi di lapangan biasanya keduanya baik bronkitis kronik dan emfisema terjadi secara bersamaan sebagai konsekuensi dari penyebab yang paling sering yaitu merokok dan asap rokok. Gejala klinis yang paling sering muncul pada pasien dengan COPD adalah batuk, produksi sputum berlebihan, sesak nafas dan aktivitas yang terbatas. (PDPI, 2004)

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) mendduki peringkat keempat penyebab kematian di dunia dan menjadi salah satu penyebab gangguan pernapasan yang sering dijumpai baik di negara maju ataupun di negara berkembang. Di negara maju seperti Amerika Serikat jumlah penderita COPD meningkat tajam pada dekade terakhir dan diperkirakan 14 juta penduduknya menderita COPD. Bahkan pada tahun 2020 COPD diperkirakan akan menduduki peringkat ketiga sebagai penyebab kematian di dunia. (Steven, 1998; dalam penelitian Natalia, 2003)

Di Indonesia angka pasti jumlah penderita COPD masih belum pasti, sebab penelitian tentang COPD di Indonesia masih terbatas. Data di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada tahun 2000 hingga 2003 diperoleh 355 pasien atau 15% dari total kunjungan pasien rawat jalan didiagnosis mengalami COPD. Setiap tahun peningkatannya sekitar 10%. (Ikalius, 2007)

Sedangkan di RSUP Persahabatan sebagai pusat rujukan paru nasional, COPD menduduki peringkat ke-5 dari jumlah pasien yang berobat di rawat jalan dan menduduki peringkat ke-4 dari penderita yang dirawat inap. Pada tahun 1997 kasus COPD yang dirawat di RSUP Persahabatan sebanyak 104 kasus yang didiagnosis COPD dan hanya 65 kasus yang memenuhi kriteria COPD. Jumlah penderita terbanyak berusia antara 71 sampai 80 tahun yaitu 33,9%, sedangkan sebanyak 7,7% berusia kurang dari 50 tahun dan sebagian besar penderita adalah laki-laki. (Abidin, 2006)

Penatalaksanaan pasien COPD sebaiknya harus didasari panduan dan disesuaikan dengan gejala serta tingkat gangguan kemampuan. Salah satu intervensi pada pasien dengan COPD adalah dengan rehabilitasi paru. *Pulmonary rehabilitation programme* merupakan penatalaksanaan terpadu pada pasien gangguan pernafasan yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu, yang mencakup profesi dokter, fisioterapis, perawat, staff gizi, pekerja sosial dan konsultan rokok. (Hewitt, 2003). Program rehabilitasi paru dirasakan sebagai program yang dapat membuat pasien COPD lebih baik. Hal ini dikarenakan pada penderita COPD akan terjadi penurunan kapasitas dan kualitas kerja, peningkatan biaya hidup serta ketidakmampuan fisik atau *disability* dan rehabilitasi paru dapat berfungsi salah satunya untuk memobilisasi sputum sehingga pernafasan lebih efektif serta kinerja kardiorespirasi meningkat pada penderita COPD. Penderita COPD yang telah menjalani rehabilitasi paru diharapkan gejala sesak nafasnya akan berkurang dan pernafasannya lebih terkontrol. (GOLD, 2003)

COPD biasanya akan mengalami fatigue dan terjadi penurunan kualitas hidup yang dikarenakan efek samping obat dan karena perjalanan penyakit serta keterbatasan fungsi paru yang disebabkan oleh penyakitnya. Pengertian kualitas hidup sendiri

menurut WHO (1948) adalah keadaan seseorang yang sehat secara fisik, mental serta sosial dan tidak hanya semata-mata terbebas dari penyakit. Jadi terdapat lima dimensi dalam kualitas hidup yaitu kesehatan fisik, kesehatan mental, fungsi sosial, fungsi sehari-hari dalam menjalankan aktivitas dan persepsi sehat secara umum. (Tianusa,2003)

Pengaruh dari *pulmonary rehabilitation* program itulah yang membuat penulis tertarik untuk melakukan *Literature review* guna mengetahui adakah pengaruh *pulmonary rehabilitation programme* pada *fatigue* dan kualitas hidup pasien dengan *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*.

METODE

Literature review dilakukan dengan melakukan penelusuran artikel jurnal secara elektronik baik internasional maupun nasional. Pencarian melalui akses database Universitas Diponegoro yaitu *EBSCO, ProQuest, PubMed* dan *BioMed* serta melalui akses jurnal elektronik bebas yaitu *Google Scholar*. Kata kunci yang dipilih adalah *Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Pulmonary Rehabilitation Programme, Fatigue* dan *Quality of Life* dengan fokus pada populasi orang dewasa.

Pencarian database dibatasi pada jurnal 10 tahun ke belakang yaitu terbit antara 2004 hingga 2014 yang diakses dengan format *fulltext Portable Document Format (PDF)*. Artikel yang dipilih adalah artikel yang menggunakan metode *Systematic Review, Randomized Control Trial (RCT)* dan *Cross Sectional Study* dengan menggunakan partisipasi pasien dengan COPD yang diberikan terapi rehabilitasi maupun terapi lainnya untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengatasi *fatigue.*

HASIL

Hasil penelusuran artikel yang dilaksanakan didapatkan 5 artikel penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Hasil penelusuran dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Hasil Penelusuran Jurnal

Mesin Pencari	***EBSCO***	***ProQuest***	***PubMed***	***BioMed***	***Google Scholar***
Hasil penelusuran	*285*	*1020*	*135*	*210*	*49*
Fulltext, pdf, 2004-2014	*270*	*550*	*80*	*196*	*5*
Eligible with inclusy critheria	*110*	*285*	*68*	*88*	*2*
Eligible to analyzed	*2*	*0*	*1*	*2*	*0*
HASIL			*5*		

1. Karakteristik Responden

Kelima artikel jurnal yang didapat hampir keseluruhan menggunakan orang dewasa hingga lansia sebagai respondennya, responden paling muda berusia 18 tahun dan yang paling tua 80 tahun. Responden yang digunakan dalam artikel jurnal juga paling banyak berjenis kelamin laki-laki. Hal tersebut dikarenakan kejadian COPD paling banyak terjadi pada dewasa hingga lansia terutama yang memiliki riwayat merokok atau terpapar asap rokok. Dalam artikel jurnal tidak dijelaskan secara khusus responden dengan COPD apakah akibat bronkitis kronik atau emfisiema. Data penunjang seperti pendidikan dan pekerjaan tidak dijelaskan secara khusus.

2. Pulmonary Rehabilitation pada Pasien COPD

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) merupakan sekumpulan penyakit paru-paru yang menghambat aliran udara ketika bernafas sehingga akan menghambat pertukaran gas antara oksigen dengan karbondioksida. Banyak penderita penyakit paru kronik yang akhirnya mengalami kecacatan *(dissability)*. Pada saat awal aktivitas fisik berat yang menimbulkan sesak nafas disinilah proses kecacatan dimulai, yang akhirnya akan membuat pasien mengurangi beraktivitas berat dan kemudian sesak akan timbul pada aktivitas ringan. Menurut Goesasi (2014) kemampuan fungsional pasien COPD akan berkurang dan aktivitas mandiri yang biasa dilakukan tidak dapat dilakukan dan harus memerlukan bantuan. Yang pada akhirnya pasien hanya berdiam diri saja di rumah yang di kemudian hari akan terjadi *deconditioning syndrome* atau telah terjadi penurunan semua fungsi organ tubuh.

Keterbatasan fisik yang menjadi keluhan utama pada pasien dengan COPD pada akhirnya akan mempengaruhi kualitas hidup pasien dan tentu saja menyebabkan pasien mengalami kelelahan *(fatigue)* baik kelelahan secara fisik maupun psikologis. Tujuan dari intervensi yang dilakukan pada pasien COPD adalah menghilangkan gejala, mencegah progresivitas penyakit, mencegah kekambuhan, meningkatkan toleransi aktivitas fisik, meningkatkan status kesehatan, mencegah dan mengobati komplikasi serta meminimalisir efek samping obat. Salah satu strategi intervensi yang dapat dilakukan pada pasien COPD adalah program rehabilitasi.

America Thoracic Society (ATS) dan *European Respiratory Society atau ERS* mengatakan bahwa yag dimaksud dengan rehabilitasi paru adalah suatu intervensi yang komprehensif, multi disiplin dan berdasarkan bukti ilmiah pada pasien COPD yang terdapat gejala dan penurunan aktivitas kehidupan sehari-hari. Rehabilitasi paru bersifat individual dan didesain melalui pengendalian dan penghambatan manifestasi sistemik dari penyakit yang bertujuan untuk mengurangi gejala, meningkatkan kapasitas fungsional paru, dan mengurangi biaya kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa rehabilitasi paru yang dilakukan selama 12 minggu dapat meningkatkan kapasitas fungsional dan kualitas hidup yang meningkat, selain itu rehabilitasi paru yang diberikan pada pasien COPD terbukti dapat meningkatkan VO2 maksimal. Sehingga pada akhirnya pasien COPD akan dapat kembali menuju fungsional yang optimal meskipun penyakit parunya bersifat irreversibel atau tidak dapat pulih kembali.

3. **Kelebihan dan Kekurangan Jurnal**

Hasil penelusuran artikel jurnal tidak membatasi pada satu jenis artikel jurnal, dari kelima artikel jurnal hasil pencarian didapat metode *systematic review, randomized control trial (RCT) dan cross sectional*, jadi terdapat 4 tingkatan dari yang paling tinggi *systematic review* dan RCT dan tingkat di bawahnya dengan *cross sectional*. Jurnal yang didapat memiliki populasi yang sama yaitu pasien COPD dengan kriteria sampelnya tidak jauh berbeda. Kelima artikel jurnal juga telah membahas secara spesifik latihan apa saja yang dilakukan saat *pulmonary rehabilitation*.

Kelima artikel jurnal yang didapat kurang spesifik menyebutkan riwayat merokok dan lama merokok pada sampel pasien yang digunakan, padahal merokok merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap terjadinya COPD. Pada sampel atau hasil pada beberapa jurnal belum menyertakan nilai VEP dengan pemeriksaan menggunakan *spirometri* sehingga diketahui klasifikasi COPD.

PEMBAHASAN

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) merupakan suatu penyakit paru yang ditandai dengan terhambatnya aliran udara pernafasan terutama saat ekspirasi dengan etiologi penyakit yang belum diketahui dan penyakit bersifat *irreversible.* Termasuk dalam kategori COPD adalah *bronkitis kronik dan emfisiema* atau merupakan gabungan keduanya. (PDPI, 2004). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)* sering dijumpai pada usia lanjut, dan sering menyebabkan kemampuan terbatas untuk melakukan aktivitas. Tidak diragukan lagi COPD sangat mengganggu kualitas hidup seseorang. (Stewart, 2001)

Penanganan COPD secara ideal dilakukan sedini mungkin. Intervensi yang dirasa paling tepat dan telah dijadikan *evidence based* tahun 1997 dan dianalisis manfaatnya kembali oleh Stewart (2001) untuk penanganan COPD adalah program rehabilitasi paru. *Pulmonary rehabilitation* bertujuan untuk meningkatkan toleransi latihan dan memperbaiki kualitas hidup pasien COPD. Dan untuk mencapai tujuan rehabilitasi diperlukan suatu program yang komprehensif dengan bekerjasama tim, yang terdiri dari dokter multidisipliner, fisioterapis, terapis okupasi, psikolog, *nutritionis* dan pekerja sosial.

Komponen dalam *Pulmonary rehabilitation programme* menurut Dr. Rachmat Z. Goesasi, Sp.KFR dari RS.Rotinsulu dan dibuktikan dengan kelima jurnal yang didapat terdiri dari empat komponen, yaitu edukasi, latihan dan terapi fisik, terapi perilaku dan psikososial, serta yang terakhir adalah penanganan nutrisi. Komponen yang pertama adalah edukasi yang merupakan proses rehabilitasi yang sangat penting dan menentukan keberhasilan rehabilitasi. Sebab dalam tahap edukasi, pasien akan akan dijelaskan tentang penyakitnya serta pencegahan *eksaserbasi*, terapi pengobatan (jenis dan nama obat), termasuk juga didalamnya akan dijelaskan program rehabilitasi paru yang akan dilakukan dan tujuan serta target yang akan dicapai setelah rehabilitasi paru. Sehingga diharapkan pasien kemudian akan memiliki pemahaman tentang intervensi yang akan dilakukan dan diharapkan pasien dapat mengikuti dan mematuhi program yang dijalankan.

Komponen kedua dalam *pulmonary rehabilitation program*me adalah latihan dan terapi fisik. Secara umum latihan terdiri dari latihan pernafasan dan latihan rekondisi. Selain itu juga diajarkan teknik-teknik pernafasan untuk mendapatkan pola nafas yang baik serta ventilasi maksimal. Macam-macam latihan pernafasan tersebut adalah latihan pernafasan diafragma yang digunakan untuk meningkatkan gerakan pengembangan dinding dada. Yang kedua latihan pernafasan pursed lip yang berguna untuk mengurangi kolaps paru, dyspneu dan frekuensi pernafasan. Kemudian latihan posisi tubuh tertentu untuk meningkatkan ventilasi dan relaksasi. Selanjutnya adalah latihan rekondisi yang dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kebugaran fisik terutama bagi pasien yang telah mengalami *deconditioning*. Latihan dapat berupa senam ringan, streching, latihan kekuatan alat gerak atas dan bawah, serta latihan *cardiopulmonal endurance* atau latihan khusus otot-otot pernafasan yang dapat berupa berjalan, *egocycle* atau *treadmill*. Berdasarkan hasil jurnal yang didapat latihan dapat bermanfaat secara maksimal apabila dilakukan minimal 6 minggu dan akan lebih baik dilakukan selama 12 minggu.

Komponen yang ketiga adalah terapi perilaku dan psikososial yaitu dapat berupa edukasi atau dapat juga berupa latihan seperti latihan relaksasi untuk mengurangi kecemasan maupun relaksasi otot-otot pernafasan agar beban kerja berkurang dan tidak mudah terjadi *fatigue.* Sebab fatigue dan depresi akan menghambat kepatuhan pasien terhadap program rehabilitasinya.

KESIMPULAN

Chronic Obstructive Pulmonary Disease atau COPD terbukti menjadi salah satu penyakit yang menjadi penyebab kematian. Penatalaksanaan pasien COPD sebaiknya harus didasari panduan dan disesuaikan dengan gejala serta tingkat gangguan kemampuan. Pasien COPD tidak hanya memerlukan penatalaksanaan secara farmakologis atau menggunakan obat-obatan, namun juga memerlukan suatu program rehabilitasi paru. Tujuan utama *pulmonary rehabilitation programme* ini adalah untuk mengembalikan penderita pada tingkat kapasitas fungsional yang terbaik.

Pulmonary rehabilitation programme terbukti bermanfaat bagi pasien COPD untuk meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan kekuatan otot dan meningkatkan status fungsional. Penatalaksanaan rehabilitasi ini tanpa efek samping dan tidak mengakibatkan komplikasi penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

Abidin, Affyarsyah; Yunus, Faisal; Wiyono, Wiwien Heru; Ratnawati, Anita. *Manfaat Rehabilitasi Paru dalam Meningkatkan atau Mempertahankan Kapasitas Fungsional dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik di RSUP Persahabatan.* Jakarta : RSUP Persahabatan.

Cruz, Joana; Brooks, Dina; Alda, Marques. 2014. *Impact of Feedback on Physical Activity Levels of Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Rehabilitation : A Feasibility Study.* Chronic Respiratory Disease 2014, Vol. 11(4) 191-198.

Goesasi, Rachmat Z. *Rehabilitasi Medik pada Penyakit Paru Kronik.* http://rotinsuluhospital.org/berita-8-rehabilitasi-medik-pada-penyakit-paru-kronik.html.

GOLD. *Pocket Guide to Chronic Obstructive Pulmonary Disease Diagnosis, Management and Prevention.* Update July, 2003. Geneva : World Health Organization; 2003.p.1-27.

Holland, Anne C; Ajay, Mahal; Hill, Cathrine; et.al. 2013. *Benefits and Cost of Home-Based Pulmonary Disease-a Multi-Centre Randomised Controlled Equivalence Trial.* BMC Pulmonary Medicine, 13-57.

Hui KP, Hewitt AB. 2003. *A Simple Pulmonary Rehabilitation Program Improve Health Outcomes and Reduce Hospital Utilization in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* Chest 2003; 124 : 94-7.

Ikalius; Yunus, Faisal; Suradi; Rachma, Noer. 2007. *Perubahan Kualitas Hidup dan Kapasitas Fungsional Penderita Penyakit Paru.* Majalah Kedokteran Indonesia, Volume : 57 Nomor : 12, Desember 2007.

Jenkins, Sue; Hill, Kylie; Cecins, Nola. 2010. *State of the Art : How to Set Up A Pulmonary Rehabilitation Program.* Respirology (2010) 15, 1157-1173.

Karakurt, Papatya; Unsal, Ayla. 2013. *Fatigue, Anxiety and Depression Levels, Activities of Daily Living of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* International Journal of Nursing Practice 2013; 19:221-231.

Katrina Li, Lok Sze; Caughey, Gillian E; Johnston, Kylie N. 2014. *The Association Between Co-Morbities and Physicaal Performance in People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A Systematic Review*. Chronic Respiratory Disease 2014, Vol 11 (1) 3-13.

Kutukcu, Ebru Calik; et al. 2014. *A Comparison of Muscle Strength and Endurance, Exercise, Capacity, Fatigue Perception and Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Healthy Subjects : A Cross-Sectional Study.* BMC Pulmonary Medicine 2014, 14:6.

Nagata, Kazuma; et.al. 2012. *Evaluation of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assesment Test for Measurement of Health-Related Quality of Life in Patients with Interstitial Lung Disease.* Respirology (2012) 17, 506-512.

PDPI. 2014. *PPOK Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia.* Jakarta :, 2014.p.1-18.

Stewart DG; Drake DF; Robeston C; Marwits JH; Kreutzer JS; Cifu DX. 2001. *Benefits of an Inpatients Pulmonary Rehabilitation Program : A Prospective Analysis.* Arch Phys Med Rehabilitation 2001; 82: 347-7.

Theander, Kersti; Jakobsson, Per. 2008. *Severity of Fatigue is Related to Functional Limitation and Health in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* International Journal of Nursing Practice, 2008; 14 : 455-462.

Tianusa, Natalia. 2003. *Tesis : Hubungan Jarak Tempuh Berjalan dengan Kualitas Hidup pada Penderita Penyakit Paru Obstruktive Kronik.* Manado : FK Universitas Diponegoro dan FK Universitas Sam Ratulangi.

TINJAUAN LITERATUR: MUSIK SEBAGAI INTERVENSI UNTUK PASIEN POSTOPERASI

Raimonda Amayu Ida Vitani

Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang; Email: raimonda.ida@gmail.com

Abstrak

Latar belakang. Musik telah digunakan sebagai media penyembuhan sejak ribuan tahun yang lalu dan dalam berbagai bentuk, Berbagai penelitian yang telah dilakukan terkait musik bagi pasien-pasien postoperasi telah membuktikan bahwa musik secara khusus memberikan manfaat, namun hasilnya masih ada yang bertentangan. **Tujuan**. Tinjauan literatur ini dilakukan untuk mengetahui efektivitas musik sebagai intervensi untuk pasien postoperasi terutama terhadap kecemasan, tanda-tanda vital termasuk nyeri. **Metode**. Sebuah pencarian yang komprehensif dilakukan dengan melibatkan semua *database* penelitian kesehatan. Dalam studi ini, perlu adanya identifikasi terhadap efek musik pada pasien dewasa pada tahap postoperasi yang menggunakan desain RCT. Hasil yang diukur meliputi kecemasan, nyeri, tanda vital dengan penggunaan analgesik dan sedasi. Beberapa penelitian diidentifikasi dan dinilai kualitasnya kemudian dikategorikan dan dilakukan analisis dan sintesis. **Hasil**. Tinjauan literatur ini menunjukkan efektivitas musik sebagai intervensi pasien postoperasi. Sebanyak 10 penelitian yang diidentifikasi sesuai kriteria inklusi dan penilaian kritis, musik terbukti dapat mengurangi kecemasan, nyeri, dan mampu menurunkan TD, HR, RR, dan meningkatkan SpO_2 walaupun perlu studi lanjut terkait efek anestesi dan analgetik. **Kesimpulan**. Musik dapat ditawarkan kepada pasien selama perawatan postoperasi, yang membantu mengurangi kecemasan, nyeri dan mempunyai dampak pada tanda-tanda vital. Musik tidak mempunyai efek samping yang berbahaya, biayanya relatif rendah, dan mudah dilakukan. Musik dianjurkan menjadi bagian rutin dari perawatan yang diberikan pada pasien postoperasi dan dapat dijadikan prosedur tetap dalam perawatan pasien postoperasi.

Kata kunci: musik, terapi musik, kecemasan, nyeri, tanda-tanda vital

PENDAHULUAN

Musik telah digunakan sebagai media penyembuhan sejak ribuan tahun yang lalu dan dalam berbagai bentuk (Aragon, Daleen; Farris, Carla; Byers, n.d.). Menurut sejarahnya, musik telah diakui sebagai bentuk media terapi penyembuhan yang mempunyai manfaat bagi manusia. Manfaat musik yang telah dibuktikan melalui berbagai penelitian antara lain musik dapat memberikan pengaruh pada psikologis, fisiologis, dan sosioemosioal (perilaku dan emosional) bagi manusia (Kemper & Danhauer, 2005; U. Nilsson, 2003). Musik sebagai intervensi mempunyai beberapa keunggulan, yaitu tidak berbahaya karena tidak menimbulkan

efek samping dan bukan termasuk tindakan invasif, tidak memerlukan biaya yang mahal (Chan et al., 2006). Selain itu, musik dapat digunakan sebagai terapi bagi pasien dari semua kelompok umur mulai dari bayi, anak-anak, dewasa, dan orang tua. Musik juga digunakan di beberapa tempat pelayanan keperawatan seperti perawatan intensif, perawatan jantung, perawatan operatif, perawatan kanker, unit maternitas, unit geriatri, dan perawatan paliatif (Evans, Mns, & Hospital, 2002).

Musik digunakan sebagai salah satu bentuk terapi nonfarmakologi dalam bentuk terapi komplementer. Dengan musik sebagai terapi pendamping maka dapat menurunkan dosis pemberian obat (U. Nilsson, 2003). Berbagai penelitian telah dilakukan terkait musik bagi pasien-pasien postoperasi. Oleh sebab itu, melalui tinjauan literatur ini, penulis ingin mengidentifikasi dan mengevaluasi kembali efektifitas dari musik sebagai intervensi untuk pasien postoperasi terhadap persepsi nyeri dan/ atau kecemasan dan/ atau perubahan fisiologis tubuh seperti tekanan darah, *heart rate, respiratory rate*.

METODE

Review ini menggunakan desain *literature review*. Untuk meminimalkan resiko bias, semua metode yang dikembangkan dan didokumentasikan sebelumnya digolongkan sesuai dengan kriteria inklusi, yaitu:

1. Menggunakan *randomized controlled trial*.
2. Menggunakan populasi pasien dewasa yang berada dalam kondisi post operasi.
3. Intervensi yang dilakukan menggunakan musik rekaman.
4. Dibandingkan dengan kelompok tanpa intervensi musik.
5. Hasil yang diukur meliputi kecemasan, nyeri, tanda vital dengan penggunaan analgesik dan sedasi.

Penelitian-penelitian yang akan dikeluarkan dari *review* adalah penelitian-penelitian dengan kriteria eksklusi: kualitas metodologinya buruk, tidak mendeskripsikan respondennya, intervensi, dan metode penelitiannya.

Strategi pencarian *literature*

Pencarian *literature* dilakukan melalui identifikasi kata kunci dalam *database* elektronik MEDLINE *with full text*. *Literature* yang dicari dimulai dari tahun 2000. Selain itu, strategi pencarian dilakukan dengan melihat referensi dalam jurnal terkait kemudian melakukan pencarian sebagai tambahan referensi. Setelah literature didapatkan, kemudian dibandingkan dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Metode pengkajian kualitas *study* (*Critical Appraisal*)

Semua penelitian yang telah sesuai dengan kriteria kemudian dilakukan analisa dan sintesa melalui ekstraksi data (lihat tabel 1) dan dinilai kualitasnya. Penilaian ini dilakukan dengan menggunakan *tool* CASP untuk RCT. Penilaian kualitas studi ini dilakukan secara individual.

HASIL

Pencarian artikel penelitian berhubungan dengan terapi musik, berhasil diidentifikasi sejumlah 22 artikel. Setelah dilakukan identifikasi lanjut sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi serta dilakukan penilaian kritis maka diperoleh 10 artikel.

Tabel 1. Ekstraksi data

Penelitian	Populasi	Sampel (n)	Musik	Pengukuran hasil	*Outcome*
Nilsson, et el. (2003)	Post operasi hernia inguinalis terbuka atau varises vena	Musik (62) Musik dan Therapeutic suggestions (57) Tanpa musik (63)	Musik klasik	STAI (kecemasan), VAS (nyeri), SpO_2	Tidak ada perbedaan yang signifikan pada kecemasan, Ada perbedaan yang signifikan pada nyeri dan SpO_2
Nilsson, et al. (2003)	Intra operatif dan post operatif hernia inguinalis terbuka atau varises vena	Intraoperatif Musik (51) Post operatif Musik (51) Tanpa musik (49)	Instrumentalia	VAS (nyeri)	Ada perbedaan signifikan pada nyeri
Nilsson, et al. (2005)	Intra operatif dan post operasi hernia inguinalis	Intraoperatif Musik (25) Post operatif Musik (25) Tanpa musik (25)	Memilih	Kortisol plasma, gula darah (respon stress), Ig A (fungsi imun), NRS (nyeri, kecemasan), TD, HR, SpO_2	Tidak ada perbedaan yang signifikan pada kortisol plasma, gula darah, Ig A, TD, HR, SpO_2 Ada perbedaan yang signifikan pada nyeri, kecemasan.
Moon Fai Chan, et al. (2006)	Post operasi C-clamp setelah PCI	Musik (20) Tanpa musik (23)	Memilih	UCLA (nyeri), TD, HR, RR, SpO_2.	Ada perbedaan yang signifikan pada nyeri, TD (SBP), HR, RR, SpO_2.
Elizabeth Twiss, et al. (2006)	Post operasi CABG, CAD, VHD.	Total n (60) Musik ? Tanpa musik ?	Memilih	STAI (kecemasan)	Ada perbedaan yang signifikan pada kecemasan
Amin Ebneshahidi, et al. (2008)	Post operasi SC	Musik (38) Tanpa musik (39)	Memilih	VAS (nyeri dan kecemasan), TD, HR	Ada perbedaan yang signifikan pada nyeri. Tidak ada perbedaan yang signifikan pada kecemasan, TD, HR.
Nilsson (2009)	Post operasi CABG, AVR, CABG dan AVR	Musik (20) Tanpa musik (20)	Bantal musik	Enzyme Immunoassay (Oksitosin), MAP, HR, PaO_2, SaO_2, relaksasi	Ada perbedaan yang signifikan pada oksitosin, PaO_2. Tidak ada perbedaan yang signifikan pada MAP, HR, SaO_2.
Xiao-Mei Li, et al. (2010)	Post operasi radical mastectomy	Musik (60) Tanpa musik (60)	Memilih	SF-MPQ: PRI, VAS, PPI (nyeri)	Ada perbedaaan yang signifikan pada nyeri. Tidak ada perbedaan yang signifikan pada nyeri dengan PRI, VAS, PPI.
Susanne, et al. (2011)	Post operasi CABG, cardiac valve atau keduanya	Musik (49) Tanpa musik (51)	Memilih (*Nature sounds*)	VAS (nyeri, kecemasan), TD, HR	Ada perbedaan yang signifikan pada nyeri, kecemasan, TD (DBP). Tidak ada perbedaan yang sigifikan pada HR
Sebastian Ottaviani, et al. (2012)	Post operasi joint lavage knee osteoarthritis	Musik (31) Tanpa musik (31)	Musik lirik	VAS (nyeri, kecemasan), TD, HR	Ada perbedaan yang signifikan pada nyeri, kecemasan, HR Tidak ada perbedaan yang signfikan pada TD

Karakteristik studi

Adapun karakteristik data yang diperoleh, yaitu:

1. Operasi yang dilakukan berbeda-beda, diantaranya hernia inguinalis terbuka atau varises vena, C-clamp setelah PCI, CABG, CAD, VHD, SC, AVR, CABG dan AVR, radical mastectomy, CABG dan cardiac valve, joint lavage knee osteoarthritis.
2. Intervensi musik yang diberikan berbeda-beda, diantaranya dengan memilih dari berbagai gaya musik (n=6), musik klasik (n=1), musik instrumentalia (n=1), musik lirik (n=1), memilih dari *nature sound* (n=1).

Tabel 2. Analisa kecemasan

Penelitian	Instrumen	Hasil	P *value*
Nilsson, et al (2003)	STAI	Tidak efektif	0,304
Nilsson, et al (2005)	NRS	Efektif	<0,05
Elizabeth Twiss, et al (2006)	STAI	Efektif	0,022
Amin Ebneshahidi, et al (2008)	VAS	Tidak efektif	>0,05
Susanne, et al (2011)	VAS	Efektif	0,03
Sebastian Ottaviani, et al (2012)	VAS	Efektif	0,046

Kecemasan

Sebanyak 6 RCT mengevaluasi efek musik pada kecemasan. Alat yang digunakan untuk mengukur kecemasan adalah *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) di 2 penelitian, *Visual Analog Scale* (VAS) digunakan dalam 3 penelitian, *Numeric Rating Scale* (NRS) dalam 1 penelitian. Hasil analisa menunjukkan bahwa 2 penelitian menunjukkan intervensi musik tidak efektif mengatasi kecemasan, sedangkan 4 penelitian menunjukkan bahwa intervensi musik efektif untuk mengatasi kecemasan pasien post operasi (lihat tabel 2).

Nyeri

Sebanyak 8 RCT mengevaluasi efek musik pada nyeri. Alat yang digunakan untuk mengukur nyeri adalah *Visual Analog Scale* (VAS) yang digunakan dalam 5 penelitian, *Numeric Rating Scale* (NRS) pada 1 penelitian, UCLA pada 1 penelitian, SF-MPQ pada 1 penelitian. Hasil analisa dari 8 penelitian tersebut menunjukkan bahwa intervensi musik efektif untuk mengatasi nyeri pasien post operasi (lihat tabel 3).

Tanda-tanda vital

Sebanyak 5 RCT mengevaluasi efek musik pada tekanan darah, tiga diantaranya menunjukkan efektifitas musik dalam menurunkan tekanan darah. Sebanyak 6 RCT mengevaluasi efek musik pada HR, hanya 2 penelitian yang menunjukkan efektifitas musik dalam menurunkan HR. Sebanyak 1 RCT mengevaluasi efek musik pada RR, yang menunjukkan efektifitas musik dalam menurunkan RR. Sebanyak 4 RCT mengevaluasi efek musik pada SpO_2, dua diantaranya menunjukkan efektifitas musik dalam meningkatkan SpO_2.

Tabel 3. Analisa nyeri

Penelitian	Instrumen	Hasil	P *value*
Nilsson, et el. (2003)	VAS	Efektif	0,002
Nilsson, et al. (2003)	VAS	Efektif	<0,01
Nilsson, et al. (2005)	NRS	Efektif	<0,01
Moon Fai Chan, et al. (2006)	UCLA	Efektif	0,003
Amin Ebneshahidi, et al. (2008)	VAS	Efektif	<0,05
Xiao-Mei Li, et al. (2010)	SF-MPQ: PRI, VAS, PPI	Efektif	<0,001
Susanne, et al. (2011)	VAS	Efektif	0,001
Sebastian Ottaviani, et al. (2012)	VAS	Efektif	0,0005

PEMBAHASAN

Tinjauan literatur tentang efek musik sebagai intervensi bagi orang dewasa pada masa postoperasi menunjukkan bahwa musik dapat mengurangi kecemasan, hal tersebut dibuktikan oleh 4 penelitian dari 6 penelitian yang ada. Dua penelitian tidak menunjukkan penurunan kecemasan setelah pemberian terapi musik, hal tersebut kemungkinan disebabkan karena kondisi pasien tetap pada masa preoperatif dan postoperatif yaitu berada pada kondisi kecemasan ringan.

Selain terbukti menurunkan kecemasan, musik dapat mengurangi nyeri. Hal tersebut dibuktikan dari 8 penelitian yang diperoleh, semuanya menunjukkan adanya penurunan nyeri setelah pemberian intervensi musik. Namun perlu penelitian lebih lanjut terkait efek penggunaan anestesi dan analgetik pada pasien post operasi.

Selain berefek pada kecemasan dan nyeri, musik ternyata berdampak positif pada respon fisiologis. Tekanan darah menurun setelah pemberian intervensi musik dibuktikan oleh 3 penelitian dari 5 penelitian walaupun 2 diantaranya hanya menurunkan tekanan darah sistolik saja atau tekanan diastolik saja.

Tabel 4. Analisa tanda-tanda vital

Penelitian	TD	HR	RR	SpO_2
Nilsson, et el. (2003)	-	-	-	Efektif <0,001
Nilsson, et al. (2005)	Tidak efektif >0,05	Tidak efektif >0,05	-	Tidak efektif >0,05
Moon Fai Chan, et al. (2006)	Efektif SBP 0,001 DBP 0,721	Efektif 0,001	Efektif 0,001	Efektif 0,001
Amin Ebneshahidi, et al. (2008)	Tidak efektif >0,05	Tidak efektif >0,05	-	-
Nilsson (2009)	-	Tidak efektif 0,960	-	Tidak efektif 0,580
Susanne, et al. (2011)	Efektif 0,047	Tidak efektif 0,69	-	-
Sebastian Ottaviani,	Efektif	Efektif	-	-

et al. (2012)	SBP 0,91 DBP 0,29	0,043		

Dua penelitian membuktikan hal yang bertentangan, kondisi tersebut kemungkinan disebabkan karena adanya respon terhadap tingkatan stress dari pasien atau karena penelitian tersebut tidak menyesuaikan parameter hemodinamik untuk intensitas nyeri dan kecemasan sehingga tidak dapat melihat secara langsung efek musik pada tekanan darah.

Efek musik terhadap penurunan HR belum dapat dibuktikan secara kuat, karena dari 6 penelitian, hanya 2 penelitian yang mampu membuktikannya. Empat penelitian menunjukkan hasil yang bertentangan kemungkinan disebabkan oleh beberapa perbedaan karakteristik seperti level dari stress pasien, perbedaan tipe musik yang diberikan kepada pasien. Efek musik terhadap penurunan RR baru dibuktikan oleh satu penelitian sehingga sulit untuk menilai efektifitasnya. Efek musik terhadap penigkatan SpO_2 telah dibuktikan oleh 2 penelitian dari 4 penelitian yang diperoleh. Dua penelitian menujukkan hasil yang bertentangan kemungkinan disebabkan karena adanya kemungkinan pasien di kedua kelompok melakukan teknik nafas dalam sehingga terkesan SpO_2 pada kedua kelompok ada peningkatan. Oleh sebab itu diperlukan penelitian lebih lanjut.

Sejumlah implikasi penting untuk praktek keperawatan muncul dari tinjauan literatur ini. Atas dasar ini, musik dapat menjadi komponen rutin perawatan yang dapat diberikan kepada orang-orang selama tahap postoperasi karena musik tidak mempunyai efek samping yang berbahaya dan biayanya relatif rendah. Tujuannya dapat untuk meminimalkan kecemasan yang berhubungan dengan kondisi postoperasi yang berdampak pula pada perubahan fisiologis yaitu dengan nyeri, TD, HR, RR, dan SpO_2.

Perhatian diperlukan dalam menafsirkan hasil tinjauan ini karena banyak didasarkan pada bukti-bukti yang terbatas, sebagai konsekuensi dari ukuran sampel yang kecil, beberapa penelitian menggunakan jenis musik yang berbeda dan diberikan pada e dengan latar belakang operasi yang berbeda, beberapa studi mungkin tidak memiliki kekuatan untuk mendeteksi hasil secara memadai.

PENUTUP

Tinjauan literatur ini menunjukkan efektivitas musik sebagai intervensi pasien postoperasi. Namun, penulis juga menyoroti kurangnya bukti dalam banyak aspek. Mengingat murahnya sifat intervensi ini, minimnya efek samping yang berbahaya dan relatif mudah dilakukan, oleh sebab itu diperlukan studi lebih lanjut untuk sepenuhnya menyelidiki semua keuntungan potensial dari musik sebagai intervensi agar dapat dijadikan prosedur tetap dalam perawatan pasien post operasi.

DAFTAR PUSTAKA

Aragon, Daleen; Farris, Carla; Byers, J. F. (2002). The effect of harp music in vascular and thoracic surgical patients. Alternative therapies Sept/Oct; Vol 8 No.5.

Bally, K., Bnsc, R. N., Ccn, C., Campbell, D., & Chesnick, K. (2003). Effects of patient controlled music therapy during coronary angiography on prosedural pain and anxiety distress syndrome. Critical care nursing; Vol 23, No. 2.

Chan, M. F., Nurse, R., Shiu, T., Hospital, K., Chai, W., Sar, H. K., … Fong, M. C. (2006). Effects of music on patients undergoing a C-clamp procedure after percutaneous coronary interventions. Journal compilation Blackwell publishing Ltd.

Cutshall, Susanne M. (2011). Effect of the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surical patients: a randomized study.Alternative therapies Jul/Aug; Vol 17 No. 4.

Ebneshahidi, A., & Mohseni, M. (2008). The effect of patient-selected music on early postoperative pain, anxiety, and hemodynamic profile in cesarean section surgery. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, *14*(7), 827–31. doi:10.1089/acm.2007.0752

Evans, D., Mns, B. N., & Hospital, R. A. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. Blackwell Science Ltd.

Kemper, K. J., & Danhauer, S. C. (2005). Featured CME Topic: Complementary and Alternative Medicine Music as Therapy, 282–289.

Mei Li, Xiao. (2011). Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial. Breast Cancer Res Treat; 128: 411-419. DOI 10.1007/s10549-011-1533-z.

Nilsson, U. (2003). Analgesia following music and therapeutic suggestions in the PACU in ambulatory surgery; a randomized controlled trial 1, 278–284.

Nilsson, U. (2003). A comparasion of intra-operative or postoperative exposure to music a controlled trial of the effects on postoperative pain. Anaesthesia; 58: pg 684-711.

Nilsson, U. (2005). Stress reduction and analgesia in patients exposed to calming music posoperatively: a randomized controlled trial. European Journal of Anaesthesiology; 22: 96-102.

Nilsson, U. (2009). Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after open-heart surgery: a randomised control trial. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(15), 2153–61. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02718.x

Ottaviani, Sebastien. (2012). Effect of music on anxiety and pain during joint lavage for knee osteoarthritis. Clin Rheumatol; 31: 531-534. DOI 10.1007/s10067-011-1925-9.

Suhartini. (2011). Music and Music Intervention for Therapeutic Purposes in Patients with Ventilator Support ; Gamelan Music Perspective, (January), 129–145.

Tse, M., Chan, M. F., & Benzie, I. (2005). The Effect of Music Therapy on Postoperative Pain, Heart Rate, Systolic Blood Pressure and Analgesic Use Following Nasal Surgery. *Journal Of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, *19*(3), 21–29. doi:10.1300/J354v19n03_05

Twiss, Elizabeth. (2006). The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. Journal compilation British Association of Critical Care Nursing in Critical Care; Vol 11 No. 5.

LATIHAN FISIK PADA KLIEN *CHRONIC KIDNEY DISEASE* YANG MENJALANI HEMODIALISA TERHADAP KUALITAS HIDUP: *LITERATURE REVIEW*

Rosiah*

*Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro

Abstrak

Latar Belakang : Klien CKD yang menjalani hemodialisa cenderung lebih sering mengalami kelelahan (*fatigue*) yang menyebabkan klien enggan untuk melakukan aktifitas, kondisi ini akan menurunkan kapasitas fungsi tubuh yang lain dan mempengaruhi kualitas hidupnya. Menurut beberapa penelitian salahsatu cara untuk mengurangi resiko ini dapat dilakukan dengan latihan fisik sebagai terapi (*exercise therapy*) pada pasien CKD. Hasil penelitian yang akan dilaksanakan sebagai intervensi perlu penilaian kritis (*critical appraisal*) agar didapatkan *best evidence* dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang berkualitas. **Metode** : Penelusuran artikel yang berkaitan dengan *exercise therapy* pada klien CKD terhadap peningkatan fungsi fisik dan kualitas hidup. Penelusuran dilakukan melalui web Undip menggunakan *Ebscohost* dan *Sciencedirect*, dengan term dipilih dan dibatasi rentang tahun 2006-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf. Artikel yang berkaitan diambil kemudian dianalisis dengan menggunakan CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) dan menentukan *level of evidence* serta melakukan ekstraksi data kemudian disimpulkan. **Hasil**: Beberapa jenis latihan meliputi aerobik dan *strength exercise, conventional physical therapy, Pilates physical therapy, Tai-chi sport, intradialytic leg ergometri exercise, exercise physiologist coordinate resistance exercise program*, dapat berpengaruh terhadap fungsi fisik, *respiratory muscle strength,* peningkatan kemampuan fisik dalam melakukan latihan, dan kualitas hidup. **Kesimpulan**: Latihan fisik sebagai salah satu pendekatan terapi modalitas pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa aman diberikan dan tidak mempunyai efek samping. **Rekomendasi**: Identifikasi jenis latihan spesifik sangat berpengaruh terhadap peningkatan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisa.

Kata kunci : latihan fisik*, chronic kidney disease,* kualitas hidup

PENDAHULUAN

CKD (*Chronic Kidney Disease*) merupakan salah satu penyakit yang memerlukan penanganan multidisiplin dan perawatan jangka panjang yang dapat menyebabkan terjadinya perubahan kualitas hidup, bahkan dapat menjadi penyebab kematian. Menurut *National Chronic Kidney Disease Fact Sheet* (2014) menjelaskan bahwa prevalensi CKD di Amerika diperkirakan sebanyak 10% orang dewasa dari jumlah penduduk terkena CKD. Data tahun 2007 – 2012 di Indonesia menurut Perhimpunan Nefrologi Indonesia yaitu sebanyak 19621 penderita (Pernefri, 2012).

Menurut Levey & Coresh (2011) dalam *National Chronic kidney disease. Fact Sheet* (2014) menjelaskan CKD merupakan gangguan heterogen yang mempengaruhi struktur dan fungsi ginjal yang ditandai adanya proteinuria, hematuria, atau anatomi yang abnormal, GFR <60 ml/min/1.73m2 yang terjadi lebih dari 3 bulan.

Perubahan fisik yang terjadi pada klien CKD akan mengubah kualitas hidup klien. Salah satu komponen yang berpengaruh pada kualitas hidup yaitu keleluasaan aktivitas. Komplikasi masalah kardiovaskuler yang seringkali menyebabkan kematian pasien CKD sebanyak 47% (Pernefri, 2012) diperberat dengan kebiasaan klien yang jarang melakukan latihan fisik dengan alasan klien mudah lelah (*fatigue*). Latihan fisik memberikan beberapa manfaat pada klien yang mengalami CKD diantaranya adalah menurunkan resiko mortalitas kardiovaskular, pada klien CKD dengan hipertensi akan mempermudah kontrol tekanan darah, pada klien CKD dengan diabetes akan memperbaiki kadar gula darah, dan juga memperbaiki kualitas hidup karena adanya perbaikan kondisi kejiwaan dan fungsi fisik. Di Amerika Serikat diketahui bahwa penyebab kematian terbanyak pada pasien CKD tahap akhir (*End Stage Renal Disease*/ESRD) adalah kematian yang berhubungan dengan penyakit kardiovaskular dan hampir 80 % pasien ESRD mempunyai riwayat hipertensi, karenanya latihan jasmani sangat potensial menurunkan mortalitas pada populasi ini.

Latihan fisik merupakan pergerakan terencana, terstruktur yang dilakukan dengan tujuan memperbaiki atau memelihara satu atau lebih aspek kebugaran fisik (Orti, 2010). Latihan fisik merupakan aspek penting untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan tubuh secara keseluruhan (Potter & Perry, 2006). Latihan fisik dapat dilakukan pada klien menjalani hemodialisis bertujuan meningkatkan aliran darah pada otot, memperbesar jumlah kapiler dan memperbesar luas permukaan kapiler sehingga dapat meningkatkan perpindahan ureum dan toksin dari jaringan ke vaskuler kemudian dialirkan ke mesin hemodialisis (Parson et al., 2006). Terdapat tiga metode latihan yang dapat dilakukan pada klien dengan CKD yaitu program latihan di pusat rehabilitasi dengan supervisi, program rehabilitasi latihan di rumah dan program latihan selama satu jam pertama pada saat dilakukan hemodialisis di unit hemodialisis (Knap et al., 2005).

Pada umumnya saat dilakukan hemodialisis aktivitas pasien yaitu berbincang–bincang dengan keluarga atau pasien yang lain, makan, minum dan tidur. Latihan fisik merupakan salah satu cara untuk memperbaiki kapasitas kerja fisik dan mengurangi keterbatasan fungsi. Meskipun begitu banyak manfaat latihan jasmani, tetapi pasien dialisis ternyata sangat tidak aktif. Kurangnya perhatian terhadap latihan jasmani banyak faktor yang mempengaruhinya, diantaranya keterbatasan waktu untuk konsultasi dan kekhawatiran terhadap efek buruk dari latihan itu sendiri (Nasution, 2011).

Rumusan masalah dalam penulisan ini yaitu: Bagaimana pengaruh *exercise therapy* terhadap kualitas hidup klien *Chronic Kidney Disease* yang menjalani hemodialisa?

METODE

Penulisan ini menggunakan rancangan *literature review* yaitu kajian yang dilakukan terhadap suatu topik yang telah ditulis oleh ilmuan atau pakar dalam bidang topik tersebut. Populasi dari *literature review* ini adalah klien CKD yang menjalani hemodialisa.

Tipe partisipan yaitu klien dengan *Chronic Kidney Disease* yang menjalani hemodialisa, tidak mengalami penyakit pada sistem persarafan, tidak mengalami gangguan pada sistem muskuloskeletal, tidak mengalami gangguan hemodinamik, tidak mengalami komplikasi dialisis (hipotensi, kram, sakit kepala dan atau pusing), tidak terpasang akses femoral, diijinkan oleh dokter penanggungjawab untuk melakukan latihan fisik, dan klien bersedia menjadi responden.

Beberapa database yang digunakan dalam pencarian literature melalui web Undip adalah *PubMed / Medline, Ebsco Host, Sciencedirect*, *cochrane*, dengan term dipilih dan dibatasi rentang tahun 2006-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf. Cara yang digunakan untuk mencari studi adalah dengan pencarian *advanced* yang dispesifikasikan sesuai tujuan penulis. Penulis mencari artikel dengan *design eksperiment Randomized Control Trial* (RCT) dan dengan populasi dan sampel klien CKD, membahas perlakuan latihan fisik untuk meningkatkan kualitas hidup klien.

No.	Judul dan Tahun	Peneliti	Intervensi	Hasil Penelitian
1	*Effect of resistance exercise during hemodialysis on physical function and quality of life: randomized controlled trial* 2008	E. Segura-Ortí, E. Kouidi and J.F. Lisón	*Progresive isotonic dan isometrik resistance exercise First exercise consisted of extending one knee from 90º flexion until 0º keeping limb horizontal, with attached weights applied to the ankle. The second exercise consisted of unilateral triple extension (hip, knee and ankle). The third exercise consisted of unilateral triple extension against an elastic band. The last exercise consisted of contracting ankle flexor muscles, quadriceps and hip extensor muscles isometrically*	Latihan yang diberikan kepada pasien selama 24 minggu berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan kualitas hidup pasien
2	*The effectiveness of Intradialytic leg ergometry exercise for improving sedentary life style and fatgue among patients with chronic kidney disease: A randomized clinical trial*. 2010	Yuanmay Chang; Sue Yueh Cheng; Meeliang Lin; Fung-Yi Gau; Yamm-Fen C. Chao	*Intradialytic leg ergometri exercise* diberikan kepada kelompok intervensi selama 8 minggu	*intradialytic leg ergometri exercise* mempengaruhi efek yang signifikan terhadap peningkatan *sedentary life style dan fatigue* pada pasien dengan *chronic kidney disease*
3	*The Effect of Intradialytic Aerobic Exercise on Dialysis Efficacy in Hemodialysis Patients: A Randomized*	Raheleh Mohseni, Amir Emami Zeydi, Ehteramosadat Ilali, Mohsen Adib-Hajbaghery,	Kelompok intervensi diberikan latihan *Intradialytic Aerobic Exercise*	Terjadi peningkatan *efficacy of dialysis* pada awal dan akhir bulan dan cenderung terjadi peningkatan durasi pada kelompok program latihan

	Controlled Trial 2013	and Atieh Makhlough		
4	*Implementation of exercise training programs in a hemodialysis unit: effects on physical 2011*	Massimo Bulckae, Alessandro Capitanini, Sara Lange, Andrea Caciula, Franco Giuntoli, Adamasco Cupisti	Kelompok intervensi mendapatkan *exercise training programs*dalam waktu 30 menit selama 6 bulan	Selama mengikuti program latihan pasien menunjukkan secara signifikan peningkatan yang progresif ketahanan *performance* dan tidak terjadi efek samping
5	*The impact of an exercise physiologist coordinated resistance exercise program on the physical function of people receiving hemodialysis : Stepped wedge randomized control study (2013)*	Paul N Bennett, Robin M Daly, Steve F Fraser, Terry Haines, Robert Barnard, Cherene Ockerby and Bridie Kent	Tiap kelompok intervensi mendapatkan *exercise physiologist coordinated resistance exercise program*. Hanya waktu yang membedakan : grup 1 selama 36 minggu, grup 2 selama 24 minggu, grup 3 selama 12 minggu	Dengan dilakukan latihan yang adekuat dapat dihasilkan secara signifikan penurunan resiko jatuh, penggunaan obat dan kesakitan (*increased physical function*)
6	*The effect of tai chi exercise on quality of life in hemodialysis patients (2014)*	Nahid Shahgholian, Ameneh Eshghinezhad, Mojgan Mortazavi	Kelompok intervensi mendapatkan latihan *tai chi sport*	Hasil menunjukkan perbedaan yang signifikan pada kesehatan dan fungsi tubuh. Latihan tai chi memberikan efek yang positif terhadap kualitas hidup pasien
7	*Effect of Exercise Performed during Hemodialysis: Strength versus Aerobic 2013*	Maurícia Cristina de Lima, Camila de Lima Cicotost, Kelly da Silva Cardoso, Luiz Alberto Forgiarini Junior, Mariane Borba Monteiro and Alexandre Simões Dias	*Strength versus Aerobic.*	Intervensi *strength* dan *aerobic* selama hemodialis menunjukkan peningkatan yang signifikan terhadap *respiratory muscular strength, functinal performance* dan kualitas hidup pasien.

HASIL

Penelitian ini menjelaskan beberapa variasi latihan yang dapat diberikan kepada pasien CKD yang menjalani hemodialisa, sehingga perlu diidentifikasi kembali jenis latihan fisik yang spesifik untuk klien ini.

1. Aktifitas klien CKD

   CKD yang dikarakteristikkan sebagai gangguan penurunan fungsi ginjal (filtrasi glomerulus) yang bersifat progresif dan *irreversible*, yang memerlukan terapi pengganti ginjal berupa dialisis dan atau transplantasi ginjal (de Lima, et al., 2013). Menurut Chang, et al. (2010) menjelaskan bahwa klien CKD yang menjalani hemodialisa memiliki kemampuan fungsional yang rendah karena keterbatasan fisik, psikologis dan sosial akibat penyakit yang dideritanya, oleh karenanya mereka memerlukan intervensi yang tepat untuk dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Bennet, et al. (2013) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa klien dengan penyakit ginjal kronik tahap akhir beresiko tinggi mengalami jatuh karena penurunan mobilitas dan kemampuan fungsional tubuh.

2. Dampak latihan pada klien CKD

   Latihan yang dilakukan dengan frekuensi 3 kali seminggu selama 30 menit dapat meningkatkan kemampuan berjalan, menstabilkan tekanan darah, dan meningkatkan kesehatan yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien (Bennet, et al, 2013).

   Chang, et al., (2010) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa salahsatu intervensi yang dapat diberikan untuk meningkatkan kemampuan fisik klien CKD yang menjalani hemodialisa yaitu dengan latihan *intradialytic leg ergometri* yang dilakukan selama 30 menit. Latihan ini aman dan efektif dapat menurunkan kelelahan (*fatigue*) dan meningkatkan *physical fitness*.

   Klien yang menjalani hemodialisa ini memerlukan motivasi yang tinggi agar dapat melaksanakan latihan fisik ini secara teratur. Diperlukan dukungan yang baik agar klien patuh dalam melaksanakan latihan fisik ini (Bulckaen, et al, 2011).

   Penelitian yang dilakukan oleh Roheleh, et al. (2013) dan Shahghoban, et al. (2014) di Iran menyatakan bahwa dengan latihan baik aerobik atau *Tai-chi sport* pada klien hemodialisis dapat berpengaruh secara signifikan terhadap efikasi dialisis dan kualitas hidup klien.

PEMBAHASAN

Tingginya angka morbiditas dan mortalitas pada klien CKD yang menjalani hemodialisa akibat dari komplikasi yang menyertai misalnya penyakit kardiovaskular, hipertensi, anemia, penyakit tulang, malnutrisi dan kualitas hidup yang buruk serta gangguan kemampuan fungsi tubuh menyebabkan klien harus dapat mengubah gaya hidup untuk mengurangi resiko komplikasi tersebut terutama resiko penyakit kardiovaskuler sebagai penyebab tertinggi terjadinya kematian pada klien CKD (Pernefri, 2012).

Salahsatu masalah yang sering dikeluhkan klien yang menjalani hemodialisa yaitu kelemahan otot, hal ini disebabkan karena adanya keterbatasan aktifitas, atrofi otot, miopati otot, nueropati atau gabungan diantaranya, salahsatu cara untuk mengembalikan kekuatan otot maka diperlukan suatu latihan fisik (Muniralanam, 2007; Klinger, 2004 dalam Su; Klinger, 2004 dalam Sulistyaningsih, 2014).

Latihan fisik selama hemodialisis memberikan dampak yang positif terhadap peningkatan fungsi tubuh, kekuatan otot dan kualitas hidup klien menjadi lebih baik. Beberapa latihan fisik yaitu aerobik dan *strength exercise, Tai-chi sport, intradialytic leg ergometri exercise, exercise physiologist coordinate resistance exercise program*, dapat berpengaruh terhadap fungsi fisik, *respiratory muscle strength* dan peningkatan kemampuan fisik dalam melakukan latihan, mempertahankan gaya hidup dan mengurangi kelelahan (*fatigue*), serta meningkatkan kualitas hidup. *Pilates method* merupakan jenis latihan yang dapat digunakan untuk meningkatkan kesehatan dan fleksibilitas seluruh tubuh, *strengthening the trunk*, postur tubuh dan pernafasan sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan kepatuhan tindakan serta mengurangi lama rawat di rumah sakit (Guimaraes et al. 2012, Costa et al. 2011, Mocado dan Nogueira 2008 dalam Pinto et al. 2014). *Resistance exercise* yang diberikan kepada klien hemodialisis memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kualitas hidup klien berdasarkan *physical component scale* dan *mental component scale*. Jenis latihan yang kedua yaitu *intradialytic leg ergometri exercise* yang dilakukan selama 30 menit secara rutin dalam 8 minggu dapat mempengaruhi efek yang signifikan terhadap peningkatan *sedentary life style dan* mengurangi level kelelahan *(fatigue)*, meningkatkan *physical fitness* pada klien dengan CKD. Latihan *Tai chi* yang dilakukan selama 12 minggu dengan tiap latihan dilakukan selama 60 menit terbagi dalam 10 menit pemanasan 40 menit latihan inti dan 10 menit terakhir pendinginan memberikan efek yang positif terhadap kualitas hidup klien dengan *chronic kidney disease* yang menjalani hemodialisa.

Latihan fisik meliputi berbagai gerakan yaitu *flexibility exercise* berupa peregangan leher, peregangan lengan dan tangan, peregangan bahu, peregangan dada dan punggung belakang, peregangan paha belakang, betis dan kaki. Gerakan lain meliputi latihan penguatan yang meliputi penguatan otot lengan depan dan belakang, penguatan otot perut, paha, dan betis serta gerakan untuk pendinginan (Nasution, 2011). Latihan dilakukan dengan meningkatkan intensitas latihan yaitu dengan memberikan pembebanan baik pada kaki maupun pada tangan. Latihan fisik selama hemodialisis dapat meningkatkan memperbesar aliran darah pada jumlah kapiler otot, serta memperbesar luas dan permukaan kapiler sehingga meningkatkan perpindahan urea dan toksin dari jaringan ke vaskuler yang kemudian dialirkan ke mesin hemodialisa (Parson et al. 2006). Latihan fisik yang dilakukan selama hemodialisis dapat meningkatkan *dialysis efficacy* yaitu mengurangi efek racun dari uremik sindrom yang dapat mengakibatkan komplikasi pada pasien penyakit ginjal kronik. Pasien yang melakukan latihan fisik selama hemodialisis memungkinkan untuk lebih sedikit mengalami komplikasi. Aliran darah melalui jaringan meningkat saat dilakukan latihan fisik, menggunakan otot – otot tungkai bawah memungkinkan kapiler untuk membuka lebih banyak sehingga memberikan luas permukaan yang lebih besar untuk pertukaran zat dari jaringan ke darah.

Perawat memegang peranan yang sangat penting dan strategis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan CKD yang menjalani hemodialisis.

Perawat dapat memberikan intervensi latihan fisik selama hemodialisis karena dapat meningkatkan aliran darah pada otot, memperbesar jumlah kapiler serta memperbesar luas dan permukaan kapiler sehingga meningkatkan perpindahan ureum dan toksin dari jaringan ke vaskuler yang kemudian dialirkan ke *dialyzer* atau mesin hemodialisis. Perawat hemodialisis berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang latihan fisik, mengajarkan dan memotivasi untuk melakukan latihan tersebut serta memberikan pelayanan konsultasi tentang latihan fisik tersebut.

KESIMPULAN

Latihan yang kurang, atrofi otot, kemampuan kerja fisik dan fungsi yang lemah, prevalensinya sangat tinggi pada pasien-pasien CKD dan potensial dapat diperbaiki dengan latihan jasmani. Latihan jasmani atau *regular physical activity* memberikan beberapa manfaat pada klien CKD yang berpotensi untuk memperbaiki kerja fisik dan kualitas hidup. Beberapa jenis latihan dapat dilakukan oleh klien CKD ini dengan mempertimbangkan beberapa aspek agar hasil yang diharapkan optimal. Latihan sebagai salah satu pendekatan terapi modalitas pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa aman diberikan dan tidak mempunyai efek samping dengan memperhatikan kondisi fisik klien.

DAFTAR PUSTAKA

Adams, R.G. and Vaziri, D.N. (2005). *Skeletal Muscle dysfunction in chronic renal failure: effect of exercise*. Am. J. Physiol 290: F753-F761,2006: http://ajprenal.physiology.org

Bennett, Paul N. Daly, Robin M. Fraser, Steve F. Haines, Terry. Barnard, Robert. Kent, Cherene Ockerby and Bridie. (2013). *The impact of an exercise physiologist coordinated resistance exercise program on the physical function of people receiving hemodialysis : Stepped wedge randomized control study.* BMC Nephrology, http://wwwbiomedcentral.com/1417-2369/14/204

Bulckaen, Massimo. Capitanini, Alessandro. Lange, Sara. Caciula, Andrea. Giuntoli, Franco. Cupisti, Adamasco. (2011). *Implementation of exercise training programs in a hemodialysis unit: effects on physical.* Societa Italiana di Nefrologia-ISSN 1121-8428, http://JNephrol.2011:24(06):790-797

Chang, Yuanmay. Cheng, Sue Yueh. Lin, Meeliang. Gau, Fung-Yi. Chao, Yamm-Fen C. (2010). *The effectiveness of Intradialytic leg ergometry exercise for improving sedentary life style and fatgue among patients with chronic kidney disease: A randomized clinical trial*. *International Journal of Nursing Studies*, http://doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.05.002

Cheema, B.S. O'Sullivan, J. Chan, M Patwardhan A. Et al. (2006). *Progressive resistance training during hemodialysis: rationale and method of a randomized-controlled trial*. Hemodialysis International Journal;10;303-310, http://www.interscience.com

de Lima, Maurícia Cristina. Cicotost, Camila de Lima. Cardoso, Kelly da Silva. Junior, Luiz Alberto Forgiarini. Monteiro, Mariane Borba. and Dias, Alexandre Simões.

(2013). *Effect of Exercise Performed during Hemodialysis: Strength versus Aerobic.* Informa Healthcare USA, Inc; http://doi:10.3109/0886022k.2013.780977

Hidayati, W. (2009). *Laporan analisis praktek residensi spesialis keperawatan medikal bedah peminatan sistem perkemihan di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo dan RS. PGI Cikini*, tidak dipublikasikan.

Johansen. (2005). Exercise and chronic kidney disease: current recommendations Sport Med 2005;35(6):485-99; www.aakp.org

Knap, B. Pnikvar, BJ. Bren, FA. (2005). *Regular exercise as a part of treatment for patient with end stage renal disease, therapeutic apheresis and dialysis*; 9(3);211-213; http://www.proquesumi.pqdauto

Mohseni, Raheleh. Zeydi, Amir Emami. Ilali, Ehteramosadat. Adib-Hajbaghery, Mohsen. Makhlough, Atieh. (2013). *The Effect of Intradialytic Aerobic Exercise on Dialysis Efficacy in Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial.* Oman Medical Journal Vol. 28 No. 5:345-349, http://doi.10.5001/omj.2013.99

Nasution, Sally Rosefi. (2011). *Latihan Jasmani pada pasien hemodialisis regular*

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2014). *National Chronic Kidney Disease Fact Sheet*

Orti, ES. (2010). *Exercise in hemodialysis patients: A literature systematic review. Nephrologia* 2010;30(2):236-246; http://revistanefrologia.com

Orti, ES. Kouidi, E. Lison, JF. (2008). *Effect of Resistance exercise during hemodialysis on physical function and quality of life : randomized controlled trial*. Clinical Nefrologi Vol. 71 – No. 5/2009 (527-537)

Parson, TK. Tosselmire, ED. King-Van Vlack, CE. (2006). *Exercise training during hemodialysis improve dialysis efficacy and physical performance, exercise arch phys med rehabil* : 2006 ; 87 : 680 – 7 ; http://www.interscience.com

Perkumpulan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI). (2012). *Program Indonesia Renal Registry*.

Shahgholian, Nahid. Eshghinezhad, Ameneh. Mortazavi, Mojgan. (2014). *The effect of tai chi exercise on quality of life in hemodialysis patients.* Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Publications & Media Pvt. Ltd, http://Iranianjournalofnur*sing*andmidwiferyresearch.2014;19:152-8

Sulistyaningsih, Dwi Retno. (2014). *Efektifitas Latihan Fisik selama hemodialisis terhadap peningkatan kekuatan otot pasien penyakit ginjal kronik di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang*. Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah

EFEKTIFITAS LATIHAN ROM PASIF DAN AKTIF TERHADAP PENINGKATAN RENTANG GERAK SENDI PADA KLIEN HEMIPARESE PASCASTROKE : *LITERATURE REVIEW*

Endang Supriyanti

Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang
Email : endangsupriyanti007@yahoo.co.id, lithafikha@gmail.com

Abstrak

Latar belakang : Penyakit stroke di Indonesia menduduki peringkat ketiga setelah jantung dan kanker. Hasil studi 90 % penderita stroke yang mengalami paralisis didapatkan mengalami gangguan mobilisasi sehingga perlu dilakukan penaganan yang benar agar tidak terjadi gangguan seperti penurunan tonus otot, hilangnya sensibilitas pada sebagian anggota tubuh dan ketidakmampuan melakukan aktivitas tertentu. Angka kecacatan akibat stroke lebih tinggi daripada angka kematian dengan perbandingan 4:1, stroke menempati urutan pertama dalam hal penyebab kecacatan fisik yang berdampak menurunnya produktivitas dan menjadi beban berat bagi keluarga. Latihan ROM merupakan salah satu bentuk latihan yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada klien stroke. Review jurnal ini dilakukan untuk menilai perbandingan antara latihan ROM pasif dan akti terhadap peningkatan kemampuan rentang gerak sendi pada klien hemiparese pascastroke. **Metode** : *literature review* ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada google search, EBSCOhost, Science Direct dengan kata kunci yang dipilih. Penelusuran dibatasi terbitan 2010-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf dengan desain quasi eksperimental. Artikel yang sesuai kemudian dianalisis menggunakan *critical appraisal tool* yang sesuai untuk hasil penelitian quasi eksperimen untuk menilai kualitas penelitian. Data diekstraksi dari artikel lalu dikelompokkan untuk dibahas dan disimpulkan. **Hasil** : Temuan berupa 3 buah artikel dengan kualitas sedang. Hasil pembahasan menunjukkan bahwa Latihan ROM aktif dan passive dapat diberikan pada klien yang mengalami gangguan mobilisasi atau pergerakan khususnya pada klien pascastroke yang mengalami hemiparese. Dengan latihan ROM tersebut diharapkan kemampuan klien dalam melakukan rentang gerak sendi berangsur – angsur akan mengalami peningkatan mendekati kemampuan pergerakan normal sehingga klien akan terhindar dari kekakuan sendi.

Kata kunci : hemiparese, kemampuan rentang gerak sendi, ROM pasif dan aktif, stroke.

PENDAHULUAN

Stroke merupakan suatu penyakit kegawatdaruratan neurologis yang terjadi akibat terganggunya aliran darah otak secara tiba-tiba yang mengakibatkan kematian sel saraf otak sehingga terjadi disfungsi motorik dan sensorik yang berdampak pada timbulnya kecacatan ataupun kematian. Stroke merupakan penyebab kematian nomor dua didunia. Penyakit stroke di Indonesia menduduki peringkat ketiga setelah jantung

dan kanker. Hasil studi 90 % penderita stroke yang mengalami paralisis didapatkan mengalami gangguan mobilisasi sehingga perlu dilakukan penaganan yang benar agar tidak terjadi gangguan seperti penurunan tonus otot, hilangnya sensibilitas pada sebagian anggota tubuh dan ketidakmampuan melakukan aktivitas tertentu.

Angka kecacatan akibat stroke lebih tinggi daripada angka kematian dengan perbandingan 4:1, stroke menempati urutan pertama dalam hal penyebab kecacatan fisik. Klien stroke yang mengalami kelumpuhan diindonesia sekitar 56,5 % yang berdampak menurunnya produktivitas dan menjadi beban berat bagi keluarga. Mobilisasi dini dilakukan setelah kondisi neurologis dan hemodinamik mulai stabil, dilakukan secara rutin dan terus menerus untuk mencegah komplikasi stroke seperti kontraktur. Latihan ROM merupakan salah satu bentuk latihan yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada klien stroke. Review jurnal ini dilakukan untuk menilai perbandingan antara latihan ROM pasif dan aktif terhadap peningkatan kemampuan rentang gerak sendi pada klien hemiparese pascastroke.

METODE

Design penelitian ini adalah literature review dengan tipe study yang akan di review adalah study kuasi eksperimental yang merupakan hasil publikasi penelitian. Tipe responden adalah laki – laki dan perempuan dengan usia 35 – 70 tahun yang terkena stroke dan mengalami hemiparese dan klien yang mengalami gangguan mobilisasi. Responden yang tidak mengalami gangguan mobilisasi dan tidak dalam rentang usia 35 – 70 tahun termasuk dalam kriteria eksklusi. Sedangkan Tipe intervensi yang diberikan adalah latihan rentang gerak sendi atau ROM pasif dan sebagai kontrol adalah latihan ROM Aktif.

HASIL

Hasil penelusuran yang dilaksanakan menghasilkan 3 buah artikel yang selanjutnya dianalisis kualitasnya. Hasil penelaahan ketiga artikel tersebut dan ekstraksi data dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Peneliti / Tahun	Judul	Desain	Jumlah dan karakteristik sampel	Intervensi		Hasil				Kualitas artikel
				Utama	Kontrol	Postoperative ROM	Loading response	Midstance	Rentang gerak sendi	
Lan-Hui Chen et. all / 2012	Agressive countinous passive motion exercise does not improve knee range of	QE	- study group with passive ROM (n = 30) - control group (n = 30)	Passive ROM	None	Passive ROM Mean = 125,51 None Mean = 125,13 P= 0,81	-	-	-	Sedang

	motion after total knee arthroplasty									
Cooper Allison et.all / 2011	The relationship of lower limb muscle strength and kknee joint hypersxtention duringthe stance past o gait in hemiparetic stroke patients	Observational comparison	- 20 org	-	-	-	Mean = 25 % P = 0,05	Mean = 30 % P = 0,051	-	Sedang
Murtaqib / 2013	Perbedaan latihan range of motion pasif dan aktif selama 1-2 minggu terhadap peningkatan rentang gerak sendi pada penderita stroke	QE	- 15 orang kelompok intervensi dengan ROM Pasif - 15 orang kelompok kontrol dengan ROM Aktif	Passive ROM	Aktif ROM	-	-	-	Passive ROM Mean = 125,40 Aktif ROM Mesan = 130,93 P = 0,001	Sedang

Tabel 1. Karakteristik artikel yang didapatkan (N = 3)

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lan-Hui Chen (2012) dengan melakukan latihan ROM passive baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol pada klien pascaoperasi total knee arthroplasty, dengan mean pada kelompok intervensi adalah 125, 51 dan pada kelompok kontrol adalah 125, 13 sedangkan p value adalah 0, 81. Berdasarkan hasil tersebut maka pada klien dengan postopersai total knee arthroplasty pemberian latihan ROM pasif tidak memberikan peningkatan yang bermakna terhadap kemampuan rentang gerak sendi khususnyasendi lutut.
Hasil penelitian yang kedua yaitu dilakukan oleh Allison (2011) dengan mengobservasi kemampuan klien dalam loading knee hiperekstension dan midstance knee hiperekstension. Hasil yang didapat adalah mean untuk loading knee hiperekstension adalah 25 % dan midstance knee hiperekstension adalah 30 % dengan p value adalah 0,05. Berdasarkan hasil tersebut maka ada perbedaan yang bermakna antara kemampuan klien dalam loading knee hiperekstension dan midstance knee hiperekstension.
Sedangkan hasil penelitian yang ketiga yaitu dilakukan oleh Murtaqib (2013) dengan memberikan latihan ROM pasif pada kelompok intervensi dengan hasil mean adalah 125,40 dan P value adalah 0,001 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan yang bermakna kemampuan rentang gerak sendi klien yang telah dilakukan latihan ROM pasif.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lan-Hui Chen (2012) dengan melakukan latihan ROM passive baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol pada klien pascaoperasi total knee arthroplasty, dengan mean pada kelompok intervensi adalah 125, 51 dan pada kelompok kontrol adalah 125, 13 sedangkan p value adalah 0, 81. Berdasarkan hasil tersebut maka pada klien dengan postopersai total knee arthroplasty pemberian latihan ROM pasif tidak memberikan peningkatan yang bermakna terhadap kemampuan rentang gerak sendi khususnyasendi lutut.
Hasil penelitian yang kedua yaitu dilakukan oleh Allison (2011) dengan mengobservasi kemampuan klien dalam loading knee hiperekstension dan midstance knee hiperekstension. Hasil yang didapat adalah mean untuk loading knee hiperekstension adalah 25 % dan midstance knee hiperekstension adalah 30 % dengan p value adalah 0,05. Berdasarkan hasil tersebut maka ada perbedaan yang bermakna antara kemampuan klien dalam loading knee hiperekstension dan midstance knee hiperekstension.
Sedangkan hasil penelitian yang ketiga yaitu dilakukan oleh Murtaqib (2013) dengan memberikan latihan ROM pasif pada kelompok intervensi dengan hasil mean adalah 125,40 dan P value adalah 0,001 dan memberikan latihan ROM aktif pada kelompok kontrol dengan hasil mean adalah 130,93 dan P value adalah 0,001 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan yang bermakna kemampuan rentang gerak sendi klien yang telah dilakukan latihan ROM aktif maupun latihan ROM pasif.
Dari hasil penelitian tersebut diatas maka tindakan latihan ROM aktif dan passive dapat diberikan pada klien yang mengalami gangguan mobilisasi atau pergerakan khususnya pada klien pascastroke yang mengalami hemiparese.

PENUTUP

Latihan ROM aktif dan passive dapat diberikan pada klien yang mengalami gangguan mobilisasi atau pergerakan khususnya pada klien pascastroke yang mengalami hemiparese. Dengan latihan ROM tersebut diharapkan kemampuan klien dalam

melakukan rentang gerak sendi berangsur – angsur akan mengalami peningkatan mendekati kemampuan pergerakan normal sehingga klien akan terhindar dari kekakuan sendi. Saran yang direkomendasikan untuk peneliti lebih lanjut adalah dapat dilakukan penelitian sejenis dengan desain yang berbeda dan level yang lebih tinggi yaitu randomized control trial dan jumlah sampel yang lebih besar.

REFERENSI

Chen, Lan-Hui et. all. (2012). Agressive Countinous Passive Motion Exercise Does Not Improve Knee Range Of Motion After Total Knee Arthroplasty. Journal of clinical nursing. 22. 389 – 394. Blackwell Publishing

Cooper, Allison et. all. (2011). The Relationship Of Lower Limb Muscle Strength And Kknee Joint Hyperextention During the Stance Past O Gait In Hemiparetic Stroke Patients. Physioter. 17. Swansea University.

Dharma, Kelana Kusuma. Metodologi Penelitian Keperawatan : panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian. Jakarta : Trans Info Media.

Murtaqib. (2013). Perbedaan Latihan Range Of Motion Pasif Dan Aktif Selama 1-2 Minggu Terhadap Peningkatan Rentang Gerak Sendi Pada Penderita Strokedi Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. Jurnal Keperawatan Soedirman. Vol 8 no.1

Plessis, M Du et. all. (2011). The Effectiveness of Countinous Passive Motion on Range of Motion, Pain and Muscle Strength following Rotator Cuff Repair: a systematic review. Clinical rehabilitation 25. 291-302.

Sikawin, Claudia Agustina et. all. (2013). Pengaruh Latihan Range Of Motion (Rom) Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Irna F Neurologi Blu RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Vol. 1 no.1

COLLABORATION WEANING PLAN (CWP) TERHADAP KEBERHASILAN PENYAPIHAN PASIEN TERPASANG VENTILASI MEKANIK

Sarinti

Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang,
Email : sari.icu14@gmail.com

Abstrak

Latar belakang : Penyapihan (weaning) dari ventilator mekanik merupakan proses pelepasan ventilator baik secara langsung maupun bertahap. Keberhasilan penyapihan mekanik ditentukan dari ketepatan pengambilan keputusan klinik berdasarkan parameter tertentu, antara lain proses penyakit PaO2, PEEP, FiO2 , pH, Hb, kesadaran, suhu tubuh, fungsi jantung, fungsi paru, jalan napas, obat – obatan agen sedative atau agen paralisis, fisiologis serta psikologis pasien. Proses penyapihan (weaning) dari ventilasi mekanik merupakan masalah yang komplek, diperlukan perencanaan perawatan bersama- sama oleh anggota tim kesehatan (*Collaboration weaning Plan*). Di beberapa unit perawatan intensif perawat telah mengambil peranan utama dalam penyapihan pasien dari ventilasi mekanik. Dari fenomena tersebut, perlu dilakukan *systematic review* untuk mengetahui *Collaboration weaning Plan* pada pasien kritis efektif dalam memperpendek pemakaian ventilasi mekanik. **Metode** : *Systematic review* ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada *Journal Critical Care, Googlesearch, Medline* serta *Sciencedirect.com* dengan kata kunci yang dipilih. Penelusuran dibatasi terbitan 2001-2014 yang dapat diakses fulltext dalam format pdf dengan desain RCT yang dilakukan pada pasien di keperawatan kritis. Perlakuan berupa *Collaboration weaning Plan* (CWP). Artikel yang sesuai kemudian dianalisis menggunakan *critical appraisal tool* yang sesuai untuk hasil penelitian RCT dan QE untuk menilai kualitas penelitian. **Hasil :** Hasil pembahasan menunjukkan bahwa *metode Collaboration weaning Plan* (CWP), efektif dalam meningkatkan hasil pasien dalam pengaturan perawatan kritis, dan dapat mengurangi lama pemakaian ventilasi mekanik tetapi tidak signifikan diantara kelompok terkait biaya atau kejadian komplikasi.

Kata kunci : Penyapihan, Ventilasi mekanik, Perencanaan kolaborasi.

Pendahuluan

Ventilasi mekanik merupakan tindakan pemasangan alat pernapasan yang digunakan untuk mempertahankan ventilasi dan memberikan suplay oksigen dalam jangka waktu tertentu, sebagai terapi definitif pada klien kritis yang mengalami kegagalan pernapasan (Smeltzer, et al, 2008). Ventilator sering digunakan pada sekitar 30% pasien yang mengalami masalah pernafasan di perawatan intensif (ICU). Penggunaan dalam jangka panjang dapat meningkatkan resiko infeksi nosokomial, pneumonia dan kematian.

Weaning adalah proses penyapihan pada ketergantungan paru terhadap bantuan ventilasi mekanik sehingga paru kembali melakukan fungsi secara mandiri (Ignatavicius & Workman, 2006). Penyapihan (weaning) ventilasi mekanik adalah proses pelepasan ventilator baik secara langsung maupun bertahap. Tindakan penyapihan (weaning) ventilasi mekanik merupakan suatu hal yang sering dilakukan di unit perawatan intensif (ICU). Penyapihan yang terlalu dini dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pasien gagal nafas. Keberhasilan penyapihan ventilasi mekanik ditentukan dari ketepatan pengambilan keputusan klinik berdasarkan parameter tertentu (Iwan dan Saryono, 2010). Dahulu parameter terpenting untuk keberhasilan penyapihan ventilasi mekanik adalah Rapid Shallow Breathing Index (RSBI), respiration rate (RR), dan ideal tidal volume (ITV). Kebanyakan dari parameter tersebut sensitif tapi kurang spesifik, sehingga meskipun klien gagal berdasarkan kriteria tersebut, sebenarnya masih ada kemungkinan untuk dilakukan penyapihan. Menyapih pasien dari ventilasi mekanik merupakan proses, dimana sebagian besar sekitar 70 – 80 % dapat dilakukan dengan mudah, namun sekitar 20 – 30 % mengalami kesulitan penyapihan sehingga dilakukan secara bertahap (Vassilakopoulos et all., 1996).

Pentingnya praktik perawatan kritis yang berbasis pengetahuan terus ditingkatkan, dengan harapan bahwa pengambilan keputusan secara kolaborasi di unit perawatan intensif akan meningkatkan hasil yang optimal pada penyapihan pasien dari ventilasi mekanik, (Bonell, 1999).

Hal ini menunjukkan bahwa secara umum semua parameter diatas merupakan prediktor penyapihan yang buruk. Monitoring terhadap klien seharusnya terus dilakukan untuk skrining yang tepat dalam melakukan penyapihan. Faktor – faktor lain yang perlu dipertimbangkan seperti tingkat kesadaran, pemberhentian sedasi, status cairan dan nutrisi adekuat, bebas dari infeksi, stabilitas hemodinamik, keseimbangan asam basa, elektrolit dalam batas normal dan oksigenasi terpenuhi. Tidak semua klien yang memenuhi kriteria weaning mampu toleransi terhadap latihan nafas spontan (*Spontaneous Breathing Trial/SBT*) (Hudak & Galo,1994). Proses penyapihan (*weaning*) pasien sakit kritis dari ventilasi mekanik bisa dari perspektif psikologi dan dari sudut pandang status kesehatan lain. Keberhasilan penyapihan mekanik ditentukan dari ketepatan pengambilan keputusan klinik berdasarkan parameter tertentu, antara lain proses penyakit PaO_2, PEEP, FiO_2 , pH, Hb, kesadaran, suhu tubuh, fungsi jantung, fungsi paru, jalan napas, obat – obatan agen sedative atau agen paralisis, fisiologis serta psikologis pasien. Proses penyapihan *(weaning)* dari ventilasi mekanik merupakan masalah yang komplek, diperlukan perencanaan perawatan bersama- sama oleh anggota tim kesehatan (*Collaboration weaning Plan*). Proses pengambilan keputusan secara bersama – sama (contoh bilamana tim ventilator dilengkapi).

Dari fenomena tersebut, perlu dilakukan *systematic review* untuk mengetahui *Collaboration weaning Plan* pada pasien kritis efektif dalam memperpendek pemakaian ventilasi mekanik.

Penemuan dari penelitian memperlihatkan *Collaboration weaning Plan* (CWP) lebih efektif daripada metode *weaning* konvensional. Sebagai bahan berdiskusi (Elizabeth et.al., 2001; Lisa et.al., 2011; Elizabeth et.al., 2002; Adel et al., 2014).

Berdasarkan banyaknya manfaat *Collaboration weaning Plan* (CWP) yang dilaporkan maka Penulis merasa tertarik melakukan *Systematic Review* untuk mengetahui efektifitas *Collaboration weaning Plan* (CWP) terhadap keberhasilan penyapihan pasien terpasang ventilasi mekanik di unit perawatan kritis.

Metode

Systematic Review ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada *Journal Critical Care*, *Googlesearch*, *Medline* serta *Sciencedirect.com* dengan kata kunci yang dipilih. Artikel yang ada kesamaan dalam setiap penelusuran diambil salah satunya dan dianalisa.

Penelusuran literatur dibatasi pada terbitan 2000-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf. Artikel yang dipilih adalah hasil penelitian yang berupa RCT dan *Quasi-experimental* yang dilakukan pada pasien di unit keperawatan kritis. Adapun topik yang dipilih adalah perlakuan berupa *Collaboration weaning Plan* (CWP) dengan penerapan *weaning board* dan *flow sheet* dalam menurunkan waktu pemakaian ventilasi mekanik dan lama rawat di unit keperawatan kritis. Artikel yang sesuai kriteria lalu dianalisis menggunakan *Critical Appraisal Tool* yang sesuai untuk hasil penelitian RCT dan *Quasi-experimental* untuk menilai kualitas penelitian (lampiran 1). Data-data dari hasil temuan yang sudah dianalisis kemudian diekstraksi dan dikelompokkan yang sejenis kemudian data-data yang sudah diekstraksi tadi dilakukan triangulasi, dibahas dan disimpulkan untuk menjawab tujuan.

Hasil

Karakteristik studi

Dengan maksud untuk mendapatkan artikel yang dibutuhkan, Penulis melakukan pencarian dengan menggunakan kata kunci yang terdapat dalam lampiran 2. Hasil penelusuran yang dilaksanakan menggunakan kata kunci tersebut pada beberapa *searching engine* yang *eligible* menghasilkan 5 buah artikel yang selanjutnya dianalisis kualitasnya. Metode penelusuran artikel dapat dilihat pada lampiran 3. Hasil penelaahan keempat artikel tersebut dan ekstraksi data dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1.
Karakteristik artikel yang didapatkan (N = 4)

JUDUL	PENELITI	METODOLOGI	SAMPEL	INTERVENSI	KONTROL	WAKTU INTERVENSI	INDIKATOR DAN PENGUKURAN	GRADE
Effect Collaboration weaning plan on patient outcome in the critical care setting	Elizabeth Henneman, et all (2000)	Quasy Experimental design (*QE*)	Pasien dengan ventilasi mekanik selama 3 hari atau lebih, baik dengan tracheostomy maupun endotracheal tube.	*Collaboration weaning plan (CWP)* terdiri dari medis, perawat, physiotherapist, dan nutrionist menerapkan *weaning board dan flow sheet*	Manajemen weaning sesuai instruksi medis	Setiap hari (selama 3 minggu)	Hasil primer : Catatanpada weaning board dan flowsheet ; - Metode weaning - Start dan berhenti usaha weaning - Variable Phsyologis diukur - Alasan tidak melanjutkan waning - Ada perubahan respon pasien dan keluarga	B
Developing a network protocol : nurse-led weaning from ventilation	Paul Fulbrook RN, et all (2000)	Artikel	Pasien dewasa terpasang ventilasi mekanik	Protocol weaning :Nurse-led weaning from ventilation	-	Selama 6 bulan monitoring	Parameter klinis : - Proses bertahap mengurangi dukungan dari ventilasi mekanik. - Pemantauan pasca ekstubasi - Gunakan kriteria dalam penyapihan. Parameter psikis : - Pasien kooperatif / tidak emosional - Kesiapan pasien - Cost-effectiveness	-

Using a collaborative weaning plan to decrease duration of MV and length of stay in ICU for patients receiving long-term ventilation	Yvonne J.L van Eijk-Hustings, et all (2010)	Randomised Controlled Trial (RCT)	Pasien dengan ventilasi mekanik selama 7 hari atau lebih. n = 140 (70 per group)	A collaborative weaning plan (weaning board and flow sheet)	Standardized assesment tool, dengan dokumentasi di medical record (catatan medis)	Setiap hari ,Selama 6 bulan.	Kriteria inklusi : semua pasien terpasang VM baik TT maupun ETT Kriteria ekslusi : pasien dg VM dengan komplikasi/penyulit; disfungsi neuromuskuler.	B
Evaluation of Psychological status of patients during & after weaning from VM.	Adel M, et all., (2014)	Prospective Observasional	Pasien terpasang VM, dengan kasus medikal dan surgical (n : 100)	Observasi evaluasi psikologis pasien dengan VM.	Usual care group	Selama 7 bulan, dilakukan investigasi dan observasi.	• Mayoritas pasien (70%) mengalami gelisah. • Semua pasien (100%) tidak suka disupport VM. • Sebagian pasien (96%) mengalami gangguan tidur. • Pasien (100%) mengalami gangguan komunikasi dan pergerakan. • Pasien (99%) mengalami nyeri	B
Non invasive Ventilation as a weaning strategy for MV in adults with respiratory failure	Karen E.A, et all., (2014)	Randomised Controlled Trial (RCT)	Pasien terpasang VM, COPD (n : 994)	Data extraction and quqlity assesment		Selama 1		A

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa 1 artikel memiliki kualitas tinggi dan 4 artikel mempunyai kualitas sedang. Sebanyak 1 penelitian menggunakan desain RCT 3 *Quasi-experimental* dan 1 penelitian dengan *study observasional*. Dampak *Collaborative Weaning Plan* (CWP) terhadap hasil pasien dalam pengaturan perawatan kritis berjumlah 3 penelitian, dampak CWP terhadap penurunan durasi waktu pemakaian ventilator berjumlah 1 penelitian, dan kemampuan pemecahan masalah *weaning* pada pasien gagal nafas berjumlah 1 penelitian. Semua penelitian dilakukan kepada pasien terpasang ventilasi mekanik di unit perawatan kritis.

Pembahasan

Dampak *Collaborative Weaning Plan* (CWP) terhadap keberhasilan penyapihan pasien terpasang ventilasi mekanik di perawatan kritis

Penelitian Quasi Experimental pertama oleh Elizabeth et all., (2001) setiap hari selama 3 minggu terhadap terpasang ventilasi mekanik selama 3 hari atau lebih, baik terpasang TT maupun ETT (n = 207). Dilakukan *purposive sampling* untuk menentukan anggota kelompok perlakuan dan kontrol. Pembagian kelompok dilakukan dengan cara membagi menjadi 2 kelompok, yang terdiri dari 1 kelompok perlakuan dan lainnya sebagai kelompok kontrol.

Komparasi dalam penelitian ini adalah proses penyapihan pasien dari ventilasi mekanik dengan metode penerapan papan *weaning* dan *flow sheet* secara bersama – sama anggota tim pemberi asuhan dengan metode protokol *weaning* konvensional. Data demografi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, bahwa tidak ada pengaruh signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terkait diagnosa pasien masuk (p = 0,20). *Outcome* 40 % (n = 62) pada kelompok perlakuan berhasil di lakukan *weaning* dengan perbanding pada kelompok kontrol.

Hasil akhir penelitian bahwa CWP mengurangi lama rawat di ICU sampai 3,6 hari (p = 0,03) dan lama pemakaian ventilator sampai 2,7 hari (p= 0,06).

Sebanyak 207 pasien yang memenuhi kriteria masuk untuk penelitian dan yang tidak memenuhi kriteria dikeluarkan dari analisis data karena mereka mewakili deviasi yang signifikan dari sisa pasien berdasarkan analisis distribusi frekuensi, seperti yang direkomendasikan oleh Weissman (21). Pasien-pasien ini diwakili 3% dari total sampel. Panjangnya waktu pemakaian ventilator dan tinggala ICU mulai dari 3,2 hari sampai 47,5 hari dan 3,9 hari sampai 75,3 hari, masing-masing representatif. Pengaturan data akhir tersebut terdiri dari 201 pasien (kelompok pembanding n = 77, kelompok eksperimen, n = 124). Dalam rangka memberikan representasi komprehensif hasil pasien, nilai median untuk seluruh populasi pasien (termasuk outlier) telah dicatat dalam tanda kurung di "Hasil" bagian.

Tidak ada perbedaanya antara kontrol dan kelompok eksperimental yang berkaitan dengan usia, gender, adanya penyakit paru-paru kronis, atau APACHE II skor. Sebagian besar pasien di kedua kontrol dan expermerimen dirawat di ICU dengan kegagalan pernafasan (kelompok pembanding, n = 67 [87%], kelompok eksperimen, n = 90 [72%]). Diagnosis lain termasuk sepsis, kegagalan hati, disfungsi neurologis, dan post arrest.

Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok sehubungan dengan diagnosa (p = 0,20) . Lima puluh persen (n = 62) dari pasien dalam kelompok eksperimen berhasil disapih dari ventilator dibandingkan dengan 40% (n =31) pasien dalam kelompok pembanding. Diterima sebagian besar pasien pada kedua kelompok disapih menggunakan metode kombinasi PSIMV dan PSV (kelompok pembanding, n= 30 (96,8%), kelompok experimen, n= 56 (86,1%).

Dampak *Collaborative Weaning Plan* (CWP) terhadap lama pemakaian ventilasi mekaniak di perawatan kritis

Lamanya waktu pemakaian ventilasi mekanik pada pasien dengan kelompok eksperimen kira – kira 10,3 hari dengan median 9 hari dengan pembanding rata 13 hari dengan median 11,8 hari (p = 0,06). Lama perawatan di ICU kira – kira 12 hari pada kelompok eksperimen dan 15,6 hari pada kelompok pembanding.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, CWP dengan menggunakan papan weaning dan *flow sheet* terbukti efektif dalam mengurasi durasi waktu pemakaian ventilasi mekanik dan lama perawatan di ICU.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang telah penulis sampaikan, maka ada beberapa hal yang dapat dijadikan kesimpulan, antara lain:

a. Pelaksanaan *Collaborative Weaning Plan* (CWP) dapat menurunkan durasi waktu perawatan di unit perawatan kritis. Pelaksanaan CWP dapat mengaktifkan anggota tim pemberi asuhan untuk mengambil keputusan bersama – sama dalam penyapihan pasien dari ventilasi mekanik dengan menganalisis situasi atau masalah-masalah kritis dan menemukan solusi yang bermakna.
b. Pelaksanaan *Collaborative Weaning Plan* (CWP) dapat menunkan lama pemakaian ventilasi mekanik sehingga mengurangi komplikasi nosokomial infeksi selama perawatan di ICU. Pelaksanaan CWP dapat mengaktifkan kemampuan berdiskusi pada anggota tim pemberi asuhan keperawatan sehingga menimbulkan beberapa alternatif yang bisa diambil sebagai keputusan bersama untuk menyelesaikan masalah.

Saran

a. *Collaborative Weaning Plan* (CWP) memiliki bukti yang cukup kuat untuk diaplikasikan pada penyapihan pasien dari ventilasi mekanik. Mengenai hal ini penulis merekomendasikan kepada pihak unit keperawatan kritis untuk dapat menerapkan metode penyapihan dengan metode *Collaborative Weaning Plan* (CWP).
b. Mengingat *Collaborative Weaning Plan* (CWP) dapat menurunkan durasi waktu lama rawat di ICU dan lama pemakaian ventilasi mekanik pasien di ICU maka disarankan kepada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian lanjutan sehingga dapat memperkaya bukti-bukti yang ada secara ilmiah.

Daftar Pustaka

Adel M, et all., (2014). Evaluation of the Psychological Status of Patients during and after Weaning from Mechanical Ventilation.

Elizabeth Henneman, RN, PhD, et all., (2001). Effect of a Collaborative Weaning Plan on Patien Outcome in the Critical Care Setting. Journal Crit Care Med 2001 vol 29, No 2.

Elizabeth Henneman, RN, PhD, et all., (2002). Using a Collaborative Weaning Plan to Decrease Duration of Mechanical Ventilation and Length of Stay in the Intensive Care Unit for Patients Receiving Long term Ventilaton.

Keren E.A. Burn MD MSc, et all., (2014). Noninvadive Ventilation as a Weaning Strategy for Mechanical Ventilation in adults with Respiratory Failure : a Cochrane Systematic Review.

Paul Fulbrook RN;PhD, MSc, PGDE, BSc (Hons), DPSN, et all.,(2000). Developing a Network protocol : Nurse – Led Weaning from Ventilation.

DISFUNGSI EREKSI PADA PASIEN LAKI-LAKI GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA

Eka Sakti Wahyuningtyas

Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan, Kampus Universitas Diponegoro, Jl. Prof. H. Soedarto, SH.Tembalang, Jawa Tengah – 50275
E-mail: ners.ekasakti@gmail.com

Abstrak

Latar belakang : Gagal Ginjal Kronik atau *Chronic Renal Failure* merupakan gangguan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan *irreversible*. Pasien laki-laki Gagal Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisa dapat mengalami masalah disfungsi seksual yaitu disfungsi ereksi. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi prevalensi disfungsi ereksi pada pasien laki-laki gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. **Metode** : Penelusuran artikel dengan menggunakan populasi pasien laki-laki gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, dimana pasien penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa mengisi kuisioner IIEF (*International Index Of Erectile Function*). Penelusuran dilakukan menggunakan *EBSCO* melalui database Universitas Diponegoro dan penelusuran google dengan kata kunci yang dipilih dan dibatasi pada artikel terbitan 2002-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf. Artikel yang ada kesamaan diambil salah satunya, lalu dianalisis menggunakan *Critical Appraisal Tools*. Data diekstraksi dari artikel yang berkualitas kemudian dikelompokkan, dibahas dan ditarik kesimpulan. **Hasil** : Hasil penelitian dari beberapa jurnal terkait menunjukkan disfungsi ereksi terjadi pada lebih dari 80 % pasien hemodialisa, pasien laki-laki yang berumur lebih dari 50 tahun memiliki prevalensi disfungsi ereksi lebih tinggi daripada pasien laki-laki yang berumur kurang dari 50 tahun. **Kesimpulan** : Prevalensi Ereksi *Disfunction* meningkat seiring dengan usia, signifikan lebih tinggi pada usia ≥ 50 tahun dapat terjadi gangguan fungsi ereksi pada penderita laki-laki penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

Kata kunci : Disfungsi ereksi, gagal ginjal kronik, hemodialisa, IIEF

PENDAHULUAN

Kesehatan seksual merupakan bagian dari hak asasi manusia karena dapat mempengaruhi kesehatan mental dan fisik manusia. *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan bahwa kesehatan seksual merupakan hak asasi manusia yang terintegrasi antara aspek fisik, emosional, intelektual, dan sosial dalam cara menilai diri secara positif, meningkatkan personalitas, komunikasi, dan cinta (WHO, 1975; Langfeldt & Porter, 1986 dalam Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2004).

Disfungsi seksual dapat dialami oleh perempuan dan laki-laki. Gangguan keinginan seksual, disfungsi ereksi, dan ejakulasi dini merupakan disfungsi seksual yang terjadi pada laki-laki. Disfungsi ereksi atau adalah ketidakmampuan yang persisten dalam mencapai atau mempertahankan fungsi ereksi untuk aktivitas seksual yang

memuaskan. Batasan tersebut menunjukkan bahwa proses fungsi seksual laki-laki mempunyai dua komponen yaitu mencapai keadaan ereksi dan mempertahankannya (Samekto Wibowo dan Abdul Gofir, 2008). Salah satu faktor biologi yang menyebabkan perubahan seksual tersebut adalah penyakit kronis. Krozy (2004) menyatakan perubahan seksualitas dapat dialami oleh pasien yang menderita penyakit kronik dan menjalani terapi seumur hidup yang terkait dengan penyakitnya. Penyakit Gagal Ginjal Kronik merupakan salah satu penyakit kronik yang dianggap dapat menyebabkan perubahan identitas seksual baik secara fisik maupun psikososial, disamping penyakit kronik lainnya seperti Kanker Prostat dan Payudara, Hipertensi, Diabetes Melitus Krozy (2004) dalam Stewart (2010).

Prevalensi pasien Gagal Ginjal Kronik di wilayah Asia Tenggara pada tahun 2010–2012 pada data *mortality* tercatat 250.217 jiwa (WHO, 2013). Berdasarkan *Center for disease control and prevention,* di Amerika Serikat kejadian dan prevalensi penyakit gagal ginjal meningkat dengan gagal ginjal yang dirawat dengan dialisis dan transplantasi ginjal meningkat dari 340.000 di tahun 1999 dan 651.000 dalam tahun 2010, sedangkan di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 mencatat bahwa penyakit Gagal Ginjal Kronik merupakan salah satu dari lima penyakit terbanyak dalam pelayanan rawat jalan maupun rawat inap.

Hemodialisa merupakan suatu terapi yang bertujuan untuk mengeluarkan sisa metabolisme dan cairan yang berlebih didalam tubuh, jadi hanya menggantikan fungsi ginjal sebagian saja. Proses dialisa ini akan dilakukan seumur hidup pasien (Suwitra dalam Sudoyo, et al, 2009). Perubahan yang akan ditimbulkan pada pasien yang menjalani hemodialisa diantaranya perubahan fisik, psikososial, dan perubahan finansial (Arslan & Ege, 2009). Perubahan fisik yang timbul akibat penyakit Ginjal Kronik diantaranya penyakit jantung, vaskuler, tulang, dan penyakit endokrin. Perubahan lain yang juga dialami pasien adalah gangguan tidur, perubahan nafsu makan dan berat badan, xerostomia, konstipasi, dan penurunan keinginan seksual. Perubahan psikososial diantaranya terjadi stress fisiologis dan psikologis juga dapat berkontribusi menimbulkan penurunan fungsi seksual pasien (Pezeshki & Ghazizadeh, 2008).

Prevalensi kejadian disfungsi ereksi yang cukup tinggi perlu mendapatkan perhatian dari perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan secara holistik terutama dalam pengkajian pola seksualitas pada pasien sehingga dapat diberikan intervensi untuk mengatasi masalah psikososial pada pasien karena perawat paling banyak berinteraksi dengan pasien hemodialisa. Intervensi masalah psikososial masih sangat jarang dilakukan perawat karena kurangnya pemahaman dalam mengenali perubahan seksual pasien hemodialisa. Perawat perlu mengkaji tentang perubahan seksual pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Di Indonesia masih sedikit penelitian terkait perubahan seksual pasien, khususnya pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Adanya perasaan ketidaknyaman dan masih dianggap sebagai sesuatu yang tabu saat pengkajian membuat perawat enggan menggali lebih dalam dalam pola seksual.

METODE

Studi dikaji dari segi kualitasnya, yang memiliki kualitas baik akan diambil sebagai bahan telaah. *Literature Review* ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi kata kunci yang dipilih. Metode pengkajian kualitas studi

menggunakan *critical appraisal tools*. Kemudian studi dianalisa dengan menggolongkan studi tersebut ke dalam level *evidence based nursing*.

Pencarian hanya dibatasi pada terbitan 2002-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf yang membahas tentang gambaran prevalensi disfungsi ereksi pada pasien laki-laki gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Pada kriteria inklusi ini dibatasi dalam penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronik berjenis kelamin laki-laki yang telah memiliki pasangan atau menikah, usia > 18 tahun atau antara 20 hingga 69 tahun, telah menjalani terapi hemodialisa lebih dari 6 bulan, dapat membaca dan menulis (untuk mengisi kuisioner IIEF), menyetujui *informed consent*, dan *composmentis*. Sehingga responden selain kriteria inklusi tersebut tidak masuk dalam sistematika review ini. Hasil yang diharapkan adalah ditemukannya gambaran prevalensi disfungsi seksual ereksi pada pasien laki-laki gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Jurnal yang dipilih adalah jurnal yang hanya menggunakan metode *cross sectional studies* yang dianalisis dengan menggunakan *Cross sectional critical Apraisal Tools* kemudian dianalisis hasil untuk didapatkan kesimpulan pada kelompok jurnal yang sejenis.

Pencarian database ini di lakukan dengan penelusuran jurnal dibeberapa *electronic* jurnal internasional dan nasional yang diakses melalui database Universitas Diponegoro yaitu di *EBSCO* dan penelusuran google dengan kata kunci yang dipilih. Penelusuran difokuskan pada pasien laki-laki gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

Penulis melakukan pencarian dengan menggunakan kata kunci:

a. *Erectile disfuction*
b. *Patient men or male*
c. *Chronic Renal Failure*
d. *Hemodialysis*
e. IIEF
f. (a) AND (b) AND (c)
g. (a) AND (c) AND (g)
h. (a) AND (b) AND (d)

HASIL

Responden yang digunakan dalam ketiga jurnal keseluruhan adalah pasien laki-laki dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, dari ketiga jurnal yang didapat menjelaskan bahwa prevalensi terjadinya masalah psikososial berupa disfungsi ereksi terjadi pada pasien laki-laki, dengan prevalensi kejadian meningkat pada umur > 50 tahun. Jurnal yang didapat merupakan hasil pencarian dengan membatasi pada kriteria inklusi. Jurnal yang memiliki kesamaan dengan tujuan yang akan dicapai adalah jurnal penelitian yang menggunakan metode *non experimental* : *correlation* atau *cross-sectional*. Jurnal yang diambil adalah jurnal yang menggunakan pengukuran dengan kuisioner IIEF (*International Index Erectile Function*).

Disfungsi seksual atau ereksi terjadi pada 82 % pasien hemodialisa, pasien laki-laki yang berumur kurang dari 50 tahun memiliki prevalensi disfungsi ereksi sebesar 63 % (95 % CI, 53 % - 71 %). Subjek pasien berumur 50 tahun atau lebih dari 50 tahun memiliki prevalensi 90 % (95 % CI, 84 % - 94 %) (Sylvia E. Rosas, Marshall Joffee, et al, 2003.

Prevalensi disfungsi ereksi untuk pasien < 50 tahun dan > 50 tahun masing-masing 74,5% dan 86,6 %. Tingkat keparahan disfungsi ereksi untuk pasien <50 tahun dan 50 tahun adalah sebagai berikut: ringan pada 20% dan 16,4% ringan sampai sedang pada 22,2% dan 12,3%; moderat dalam 14,4% dan 15,4%; dan berat pada 17,7% dan 42,2% dari pasien, masing-masing. Tingkat keparahan disfungsi ereksi secara signifikan lebih tinggi pada pasien 50 tahun (P ¼ 0,00045). Ketika kelompok usia dikelompokkan berdasarkan beberapa dekade, semua pasien lebih dari 70 tahun ditemukan memiliki disfungsi ereksi dalam beberapa tingkat. Prevalensi dan tingkat keparahan disfungsi ereksi menunjukkan peningkatan yang signifikan pada usia yang meningkat (P ¼ 0,01) (D Arslan, G Arrslan et all, 2002).

Hasil penelitian lain menjelaskan adanya peningkatan yang signifikan dengan bertambahnya usia berkorelasi dengan prevalensi dan tingkatan disfungsi ereksi, yang dalam hal ini dilaporkan prevalensi kejadian disfungsi ereksi 75,5 % pada pasien Hemodialisa < 50 tahun dan 87% pada pasien laki-laki yang berumur > 50 tahun dari Turki, prevalensi Disfungsi Ereksi pada pasien hemodialisa > 50 tahun lebih tinggi (Leila Malekmakan, Saeed Shakeri, Sezaneh Hagpanah, Maryam Pakferat, et al, 2011)

PEMBAHASAN

Masalah ereksi adalah sebuah gejala dari banyak kondisi. Operasi vena, usia, diabetes melitus, hipertensi, tingginya kolesterol darah, rendahnya kepadatan lipoprotein tinggi, obat-obatan, kerusakan neurogenik, penyakit, depresi, konsumsi alkohol, kurangnya pengetahuan seksual, hubungan interpersonal yang kurang erat atau terjadinya masalah didalamnya, dan banyak penyakit kronis, khususnya kegagalan renal dan dialisis. Penderita penyakit ginjal kronik pada penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh terhadap fungsi ereksi penderitanya, dikarenakan penyakit ginjal kronik penyebab gagal ginjal memiliki efek besar pada sistem reproduksi pria, terutama gangguan spermatogenesis, steroidogenesis dan fungsi seksual , melalui efek pada semua tingkat *hypothalamic - pituitary - testicular axis*, gangguan axis dapat dideteksi dengan hanya menilai rata-rata laju filtrasi glomerulus dan progresif menjadi memburuk bila sampai menjadi gagal ginjal (Saunders Elsevier; 2006).

Pada penyakit ginjal kronik selain terjadi gangguan pada sistem hormonal, terjadi juga gangguan pada sistem saraf simpatik. Penurunan pasokan arteri atau vena dari penis dan efek psikologis dapat memberikan kontribusi pada disfungsi ereksi pada pria penderita penyakit ginjal kronik. Pasien dengan penyakit ginjal kronik menyebabkan terjadinya oklusi arteri dan menyebabkan lemahnya aliran darah ke penis serta terjadinya oklusi vena yang menyebabkan ketidakmampuan untuk memiliki ereksi persisten. Penyakit ginjal kronik juga menyebabkan aterosklerosis dan gangguan vaskular di regio panggul, sehingga masalah sistem vaskular ini menyebabkan terjadinya penurunan fungsi ereksi atau disfungsi ereksi (Rathi Manish, 2012). Faktor psikologis juga berperan penting dalam fungsi ereksi penderita penyakit ginjal kronik. Penyakit yang mengancam hidupnya menimbulkan dampak rasa takut dalam diri penderita. Perasaan takut mati, tekanan keuangan serta timbulnya stres karena pengobatan juga menimbulkan gangguan fungsi seks termasuk ereksi (Purnomo, 2012).

Dari beberapa jurnal yang ada, menyebutkan disfungsi ereksi adalah permaslahan umum yang dapat terjadi pada pasien hemodialisis, 82% dari pasien hemodialisis mengalaminya. Prevalensi dan beratnya disfungsi ereksi meningkat seiring dengan usia. Evaluasi untuk disfungsi ereksi harus dimasukkan dalam

pengkajian rutin pasien hemodialisis. Dari ketiga jurnal diperoleh bahwa prevalensi dan beratnya disfungsi ereksi secara signifikan lebih tinggi pada pasien lebih dari 50 tahun. Hanya 1% dari pasien mengungkapkan masalah ereksi mereka dan mencari bantuan medis.

IIEF telah terbukti menjadi alat diagnostik yang valid dalam pengukuran seksualitas dan membedakan laki-laki dengan dan tanpa disfungsi. Kuesioner ini saat ini banyak digunakan dalam uji klinis disfungsi ereksi. Beberapa penelitian menggunakan kuisioner tersebut untuk mengevaluasi frekuensi dan tingkat keparahan disfungsi ereksi pada pasien hemodialisis. Kuesioner tersebut dikelola sendiri dari 15 item dan memiliki lima domain termasuk fungsi ereksi, fungsi orgasme, gairah seksual, kepuasan hubungan seksual dan kepuasan secara keseluruhan. Hasil dari skor IIEF bahwa adanya disfungsi Ereksi (skor: 21-25), disfungsi Ereksi ringan (skor: 16-20), disfungsi Ereksi sedang (skor: 11-15) dan disfungsi Ereksi berat (skor: 5-10). Berarti skor kepuasan hubungan seksual dan skor kepuasan secara keseluruhan menunjukkan hubungan signifikan yang ada dengan tingkat keparahan disfungsi ereksi. Skor yang lebih tinggi diamati sebagai keparahan disfungsi ereksi menurun.

Permasalahan disfungsi ereksi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa ini merupakan pengaruh dalam kualitas hidup mereka sampai batas tertentu. Sementara kemajuan penting untuk meningkatkan kelangsungan hidup pada terapi hemodialisis telah dicapai, perbaikan kualitas hidup juga harus dicari. Oleh karena itu evaluasi untuk permasalahan disfungsi ereksi harus dimasukkan dalam penilaian dan pengkajian rutin pasien hemodialisis.

KESIMPULAN

Pada *literature review* terkait penelitian-penelitian mengenai disfungsi ereksi pria, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Terdapat disfungsi ereksi pada pasien laki-laki penderita penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa karena mempengaruhi faktor hormonal, aliran darah sistemik, dan efek psikologis.
2. Terdapat pengaruh disfungsi ereksi pria pada pevalensi umur. Hal ini tampak dari beberapa jurnal penelitian dimana responden laki-laki penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, didapatkan lebih dari 50 % pada kelompok usia pasien > 50 tahun menderita disfungsi ereksi dibandingkan pasien yang berumur < 50 tahun.

DAFTAR PUSTAKA

Arslan D, G Aslan, A Sifil, et al. 2002. *Sexual dysfunction in male patients on hemodialysis : assessment with the International Index of Erectile Function (IIEF)*. Turkey : International of Impotence Research

Center for Disease Control and Prevention**.** *National chronic kidney disease fact sheet 2010*. (diakses 20 Desember 2014).

Kozier, B., Erb. G., Berman, A., & Snyder, S.J. 2004. *Fundamentals Of Nursing*. Canada : Prentice Hall Inc

Krozy, R.E. 2004. *Sexual disorder : Psychiatric nursing*. Philadelphia : Lipincott

Leila Malekmakan, Saeed Shakeri, Sezaneh Hagpanah, Maryam Pakferat. 2011. *Epidemiology Of Erectile Dysfunction in Hemodialysis Patients using IIEF Quistionnaire*. Iran : Saudi Journal Of Kidney Disease and Transplantation

PERNEFRI. 2009. *2 nd Report of Indonesian Renal Registry*. Profil pasien hemodialisa di Indonesia

Pezeshki, M.L., & Ghazizadeh, S. 2008. *Sexual and reproductive function in end-stage disease and effect of Kidney Transplatation*. Asian Journal of Andrology

Purnomo BB. *Dasar-dasar urologi Edisi ke-3*. Jakarta: Sagung Seto; 2012. h. 279-85.

Rathi Manish, Ramachandran Raja. 2012. *Sexual and gonadal dysfunction in chronic kidney disease: pathophysiology*. Indian J Endocrinol Metab. :hal 14-9.

Rosas .E Sylvia, Marshall Joffe, Eunice Franklin. 2003. *Association of decreased quality of life and eectile dysfunction in hemodialysis patients*. Philadelphia. Kidney International Journal

Singh AK, Mulder J, Palmer BF. *Endocrine aspects of kidney disease, editor. Brenner and rector's the kidney. Edisi ke-8*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006.h.1744-53

MOIST WOUND DRESSING DENGAN MENGGUNAKAN *MODERN DRESSING* TERHADADAP PERCEPATAN PENYEMBUHAN LUKA PADA PASIEN DIABETIC

Santoso Tri Nugroho

Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Jl Professor H. Soedharto, SH, Tembalang, Semarang, Jawa Tengah, 50275.
Email: santrinug01@gmail.com

Abstrak

Latar belakang : Diabetes mellitus merupakan penyakit gangguan metabolisme karbohidrat yang berlangsung kronis yang pada suatu saat dapat menyebabkan berbagai komplikasi yang bersifat kronis. Salah satu komplikasi yang ditimbulkannya adalah *Perypheral Neuropathy* yang bisa menyebabkan terjadinya luka kaki diabetic, yang apabila tidak dirawat dengan baik bisa dilakukan tindakan amputasi. Banyak metode balutan luka yang dikembangkan untuk merawat luka. Perawatan luka dengan sistem lembab (moist dressing), dikembangkan berdasarkan pendapat dari seorang dokter dari Yunani yang bernama Galen (120-210 M), menyatakan secara empiris bahwa luka sembuh secara optimal di lingkungan yang lembab. Sekarang ini banyak perusahaan besar memproduksi pembalut luka tertutup, yang mana didesain untuk mempertahankan kelembabaan di dalam luka. Bahkan pembalut luka tertutup terbaru, bisa mempercepat re-epitelisasi, menstimulasi sintesis kolagen, mengkreasikan lingkungan yang kedap udara di permukaan luka untuk mendorong angiogenesis dan menurunkan pH di permukaan luka, mengkreasikan suatu lingkungan yang tidak nyaman bagi bakteri untuk berkembang biak, sehingga bisa menurunkan angka kejadian infeksi pada luka
Metode : *Literature review* ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada *Academic search complete and Psychology and Behavioral Science Collection*, *Googlesearch*, *PubMed* serta *Sciencedirect.com* dengan kata kunci yang dipilih. Penelusuran dibatasi terbitan 2004-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf dengan desain RCT. Artikel yang sesuai kemudian dianalisis menggunakan *critical appraisal tool* yang sesuai untuk hasil penelitian RCT untuk menilai kualitas penelitian. Data diekstraksi dari artikel lalu dikelompokkan untuk dibahas dan disimpulkan. **Hasil** : Temuan berupa 3 buah artikel memiliki kualitas tinggi. Hasil pembahasan menunjukkan bahwa *moist wound* dressing lebih efektif dalam penyembuhan luka diabetic dibandingkan dengan sistem balutan dengan tekhnik konvensional. Mengurangi waktu untuk penyembuhan luka dan mempercepat timbulnya epitelisasi baru.

Kata kunci : *Moist Wound Dressing*, luka diabetik, penyembuhan luka

PENDAHULUAN

Diabetes mellitus merupakan penyakit gangguan metabolisme karbohidrat yang berlangsung kronis yang pada suatu saat dapat menyebabkan berbagai komplikasi yang bersifat kronis(American Diabetic Association,2013). Penyakit diabetes mellitus saat ini telah menjadi penyakit epidemik. Dalam 10 tahun terakhir terjadi peningkatan 2-3 kali lipat yang disebabkan oleh pertambahan umur, kelebihan berat badan dan gaya hidup. Hasil laporan dari *World Health Organisation* menunjukkan bahwa Indonesia menepati urutan ke-4 angka kesakitan diabetes melitus di dunia setelah India, Cina dan Amerika Serikat(WHO, 2006).

Meningkatnya jumlah penderita diabetes mellitus menyebabkan peningkatan kejadian komplikasi diabetes, diantaranya luka pada kaki. Menurut Peter Sheehan (2003) dalam Sartika, D.D (2009) di Amerika Serikat sekitar 2,5 % dari penderita diabetes mellitus berkembang timbulnya luka kaki diabetes per tahun dan 15% dari penderita luka kaki diabetes yang akhirnya menjalani amputasi. Manifestasi komplikasi luka diabetes dapat dijumpai dalam berbagai stadium yang masing-masing membutuhkan perawatan tersendiri, mulai dari stadium ringan yang cukup menggunakan alat-alat sederhana sampai stadium lebih berat yang harus mengunakan sarana prasarana dan seorang perawat khusus diabetes. Pencegahan terhadap timbulnya luka memberikan pengaruh positif terhadap pencegahan amputasi pada kaki diabetik, sehingga diperlukan program penanganan pasien diabetes mellitus yang komprehensif

Praktek perawatan luka telah berkembang dengan pesat dari tahun ke tahun. Seorang dokter dari Yunani yang bernama Galen (120-210 M), menyatakan secara empiris bahwa luka sembuh secara optimal di lingkungan yang lembab. Namun demikian, hampir 2000 tahun, perawatan luka berfokus pada mengeringkan luka dengan aplikasi kasa yang bersifat menyerap. Namun saat ini, penggunaan dari kasa steril untuk balutan luka banyak dipertanyakan sebab adanya rasa nyeri dan kerusakan epitel baru yang ditimbulkannya saat penggantian balutan.(Sarabahi,S, 2012)

Pada tahun 1962, Winter menyatakan bahwa luka dengan balutan tertutup, membutuhkan waktu yang lebih singkat untuk pembentukan epitelisasi dibandingkan pada luka yang dibiarkan terbuka pada udara luar, yang mana pendapat itu dikuatkan oleh Cho dan Lo, (1998) dalam Sarabahi, S, (2012). Balutan tertutup memungkinkan luka terus-menerus bersinggungan dengan proteinase, chemotactic, komplemen dan faktor-faktor pertumbuhan di sekeliling cairan luka, yang pada balutan dengan teknik terbuka faktor-faktor pertumbuhan tersebut hilang menguap.

Pada akhir abad ke 20, banyak penelitian-penelitian dipublikasikan untuk mendukung pendapat di atas, dan perusahaan-perusahaan besar mulai memproduksi pembalut luka tertutup, yang mana didesain untuk mempertahankan kelembabaan di dalam luka. Bahkan pembalut luka tertutup terbaru, bisa mempercepat re-epitelisasi, menstimulasi sintesis kolagen, mengkreasikan lingkungan yang kedap udara di permukaan luka untuk mendorong angiogenesis dan menurunkan pH di permukaan luka, mengkreasikan suatu lingkungan yang tidak nyaman bagi bakteri untuk berkembang biak, sehingga bisa menurunkan angka kejadian infeksi pada luka. (Varghese MC, Balin AK, Carter DM, Caldwell D dalam Sarabahi S, 2012).

METODE

Literature review ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada *Academic search complete and Psychology and Behavioral Science Collection*, *Googlesearch*, *PubMed* serta *Sciencedirect.com* dengan kata kunci yang

dipilih. Artikel yang ada kesamaan dalam setiap penelusuran diambil salah satunya dan dianalisa. Penelusuran literatur dibatasi pada terbitan 2004-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf. Artikel yang dipilih adalah hasil penelitian yang berupa RCT. Adapun topik yang dipilih adalah *wound care* dengan tekhnik *moist* (*moist dressing*) untuk mempercepat penyembuhan luka. Artikel yang sesuai kriteria lalu dianalisis menggunakan *critical appraisal tool* yang sesuai untuk hasil penelitian RCT untuk menilai kualitas penelitian. Data-data dari hasil temuan yang sudah dianalisis kemudian diekstraksi dan dikelompokkan yang sejenis kemudian data-data yang sudah diekstraksi tadi dilakukan triangulasi, dibahas dan disimpulkan untuk menjawab tujuan.

HASIL

1. Karakteristik studi

Studi menunjukkan bahwa 2 jurnal memiliki kualitas tinggi dan sisanya sedang. Sebanyak 2 jurnal menggunakan sampel penelitian lebih dari 100 orang, sedangkan 1 jurnal jumlah sampel hanya 8 orang dan 8 orang selebihnya sebagai kontrol. Sebanyak 2 penelitian menggunakan desain RCT dan sisanya *quasi experiment*. Penelitian tentang *Moist wound* dressing dibandingkan dengan *standard care* terhadap penyembuhan luka berjumlah 2 penelitian, penelitian tentang *manuka honey* dibandingkan dengan *hydrogel* terhadap penyembuhan *venous ulcers* sebanyak 1 jurnal.

2. Penelitian tentang penggunaan balutan modern untuk memperbaiki luka diabetic.

Penelitian dilakukan dengan desain *quasi experiment with pre-post test measurement*. Kelompok perlakuan adalah pasien luka diabetik yang dirawat dengan metode balutan modern. Sebagai pembanding adalah pasien luka diabetik yang dirawat dengan metode balutan konvensional. Penilaian luka dilakukan pada hari I perawatan luka dan dievaluasi pada hari ke 10. Luka dinilai dengan menggunakan instrumen pengkajian luka Bates-Jensen dengan skor 1= terdapat kerusakan jaringan, 2= terdapat lubang superfisial, 3= kawah luka yang dalam tanpa terowongan, 4= adanya lapisan jaringan bukan nekrosis dan 5= tampak jaringan penyokong tendon dan sendi. Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien luka diabetes yang dirawat di RS dr. Saiful Anwar Malang (15 orang) dan RS Ngudi Waluyo Blitar sejumlah 8 orang. Kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu: 1) klien dengan luka diabetes grade II sampai grade IV menurut klasifikasi Wagner, 2) kadar gula darah stabil, 3) bersedia menjadi subyek penelitian. Berdasarkan kriteria tersebut ditetapkan 8 pasien dengan perlakuan balutan modern dan 8 pasien dengan balutan konvensional. Karakteristik pasien dari sisi usia pada kelompok balutan moderen dan balutan konvensional tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan yaitu 50,75 tahun dan 52,88 tahun. Meskipun pada kelompok balutan modern mempunyai usia yang lebih bervariasi yaitu 8,7 namun perbedaan tersebut tidak signifikan ($p<0,05$). Sedangkan perbedaan rerata selisih skor perkembangan perbaikan luka yang signifikan ($p=0,031$) pada kedua kelompok. Kelompok balutan modern mempunyai perkembangan perbaikan luka yang lebih baik dibandingkan kelompok balutan konvensional, yaitu 16,00 dan 8,75.

Perbedaan efektifitas pembiayaan diperhitungkan dari total biaya material perawatan luka dibagi selisih skor proses perkembangan luka. Hasil menunjukkan biaya yang dikeluarkan pada kelompok balutan modern lebih tinggi dibandingkan dengan

kelompok konvensional, tetapi mempunyai tingkat perbaikan luka yang lebih cepat dibandingkan kelompok konvensional.

3. Perbandingan antara *moist wound dressing* dan *standard care* terhadap penyembuhan luka bedah vasculer

Penelitian ini *prospective randomized controlled study*, pasien yang akan menjalani operasi vasculer dipilih secara acak, apakah akan diberi balutan dengan menggunakan aquacell atau mapore. Pada hari ke 4, semua balutan dilepas, kecuali yang memerlukan perlakuan khusus (masih basah), masih dibalut dengan menggunakan balutan standard. Setiap hari pasien ditanya tentang masalah yang berhubungan dengan kenyamanan dari balutan, mengenai ketidaknyamanan saat bergerak, nyeri saat penggantian balutan dan masalah di kulit. Kombinasi dari beberapa masalah diatas, selanjutnya pasien dikategorikan menjadi 3 bagian, yaitu: baik, jika sama sekali tidak ada keluhan tentang ketidaknyamanan; sedang, jika sedikit ada masalah; dan buruk jika ada keluhan ketidaknyamanan yang sangat. Pada hari ke 14 saat pengambilan jahitan, luka juga diamati untuk mengetahui adanya tanda- tanda infeksi (kemerahan, pembengkakan dan adanya nanah), hematoma dan keluarnya cairan terus-menerus dari luka.

Populasi penelitian adalah pasien yang berumur 18 tahun keatas, direncanakan untuk dilakukan operasi vascular dengan perkiraan dirawat di rumah sakit paling tidak 4 hari. Pasien yang diketahui hipersensitive terhadap mapore atau aquacell, dementia, atau hamil dimasukkan dalam kriteria eksklusi.

Jumlah pasien yang menggunakan aquacel adalah 70 orang dan 66 orang menggunakan mepore. Gender untuk yang menggunakan aquacel adalah (laki-laki/perempuan) 46/24, dan yang menggunakan mepore 45/21. Diebetes pasien yang menggunakan aquacell sebanyak 10 orang (14%) dan yang menggunakan mepore sebanyak 14 orang (21%).

Hasil penelitian adalah tidak ada perbedaan yang bermakna mengenai lama perawatan di rumah sakit antara dua grup, tidak ada perbedaan yang bermakna tentang kenyamanan diantara dua jenis balutan tersebut (81% kategori baik di grup aquacell, dan 73% kategori baik di grup mapore). Kejadian infeksi 13% di aquacell grup dan 11% di mapore grup.

4. Perbandingan penggunaan *Manuka honey* dan hydrogel terhadap penyembuhan *venous ulcer*

Desain penelitian adalah *Prospective Randomized Controlled Trial*. Dari 156 responden dibagi menjadi 2 bagian sama besar, selanjutnya secara acak ditentukan grup yang akan diberi perlakuan, dan grup yang lainnya sebagai kontrol. Kriteria inklusi adalah mempunyai *venous ulcer*, berumur 18 tahun keatas, mempunyai luka yang kurang dari atau sama dengan 50% tertutup oleh slough, luas ulcer kurang dari 100 cm^2. Kriteria eksklusi adalah berumur kurang dari 18 tahun, luas luka lebih dari 100 cm^2, luka termasuk jenis malignancy, luka berongga, termasuk jenis luka infeksi, sedang menggunakan antibiotic untuk suatu alasan, sedang menggunakan oral immuno supressant, penderita diabetes yang tidak terkontrol, wanita hamil atau menyusui. Perlakuannya adalah, semua luka dibersihkan dengan air hangat, selanjutnya setiap minggunya kelompok perlakuan diberi aplikasi *manuka honey* dan kelompok kontrol diberi aplikasi hydogel. Perlakuan ini dilakukan selama 4 minggu. Selanjutnya *follow*

up dilakukan oleh lokal *investigator* yang berbeda-beda pada masing-masing pasien. Observasi kembali dilakukan pada minggu ke 12. Penghitungan data dilakukan pada masing-msing kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, dengan signifikansi 0,05. Statistik regresi digunakan dalam penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *manuka honey* lebih efisien dalam usaha penyembuhan luka dan mengurangi angka kejadian infeksi pada *venous ulcer* dibandingkan dengan kelompok kontrol.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian di atas, 2 hasil penelitian yaitu penelitian pertama dan ketiga membuktikan bahwa *wound care* dengan teknik *moist dressing* efektif dalam penyembuhan luka. Balutan modern yang dimaksud dalam penelitian pertama, memiliki prinsip kerja dengan menjaga kelembaban dan kehangatan area luka. Jenis balutan yang digunakan dalam penelitian ini adalah Alginet, Hidrofiber, Hidrogel yang mempunyai sifat bisa mempertahankan kelembaban, sehingga prinsip menjaga kelembaban luka terpenuhi dengan teknik tadi. Sebagai kontrol dalam penelitian ini adalah balutan konvensional, yaitu balutan luka yang menggunakan kasa sebagai balutan utama. Prinsip balutan modern dan konvensional sebenarnya sama yaitu menjaga kelembaban, kehangatan dan mencegah dari trauma. Namun balutan tradisional kurang dapat menjaga kelembaban, karena NaCl cepat menguap dan kasa menjadi kering, sehingga balutan konvensional tidak bisa mempertahankan prinsip menjaga kelembaban luka.

Jurnal ketiga juga memperkuat bahwa tehnik *moist dressing* akan mempercepat penyembuhan luka diabetic. Dalam penelitian tersebut, prinsip dari perawatan luka dari keduanya adalah dengan mempertahankan kelembaban luka. Untuk kelompok pertama yaitu dengan menggunakan *manuka honey*, sedangkan kelompok kontrol menggunakan balutan modern. Dari penelitian tersebut didapatkan bahwa *manuka honey* lebih efisien dalam mengurangi angka kejadian infeksi dibandingkan dengan balutan modern.

Untuk jurnal kedua, menunjukkan hasil penelitian bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara penggunaan aquacell (*moist/modern dressing*), dengan mepore (*dry*) dalam hal kenyamanan, lama perawatan di rumah sakit dan angka kejadian infeksi. Namun demikian penelitian tidak mengkhususkan pada pasien diabetic saja.

KESIMPULAN

Teknik perawatan luka dengan prinsip mempertahankan kelembaban luka (*moist dressing*) adalah teknik yang efektif untuk mempercepat penyembuhan luka diabetic dan mencegah kejadian infeksi. Modern dressing adalah tekhnik yang baik dalam mempertahankan kelembaban luka, namun *manuka honey* ternyata lebih efektif dalam mempertahankan kelembaban luka dan mencegah angka kejadian infeksi. *Modern dressing* baik untuk mempertahankan kelembaban luka dan mengurangi kejadian infeksi, namun memerlukan *cost* yang cukup besar. Diperlukan adanya penelitian yang lain yang bersifat bisa mempertahankan kelembaban seperti *modern dressing*, sejenis *manuka honey* dan dengan biaya yang ringan.

DAFTAR PUSTAKA

American Diabetic Association (2013) *Diagnosis and Classification of Diabetic Mellitus.* Diabetes Journal.org.http://creativecommons.org/licenses / by-nc-nd / 3.0 / for details. Diakses May 2013.

Dina Dewi Sartika Lestari Ismail, Dewi Irawat, Tutik Sri Haryati (2009) *"Penggunaan Balutan Modern Memperbaiki Proses Penyembuhan Luka Diabetik"* Diunduh: 25-10-2014

Georgina Gethin and Seamus Cowman (2008*), " Manuka honey vs. hydrogel – a prospective, open label, multicentre, randomised controlled trial to compare desloughing efficacy and healing outcomes in venous ulcers"* 2008 Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing. Diunduh 25-10-2014.

Katja C. Vogt, MD, DMSc; M. Uhlyarik, RN; Torben V. Schroeder, MD, DMSc (2007) "*Moist wound healing compared with standard care of treatment of primary closed vascular surgical wounds: A prospective randomized controlled study*."Blackwell Publishing Limited. Diunduh : 25-10-2014

Sarabahi, S, (2013). *Recent advances in topical wound care* . Indian Journal of Plastic Surgery. http//www.jps.org. Diakses May 2015.

World Health Organization (2006). *Diabetes Melitus Online.* Http://who.int. Diakses; May 2015

EFEKTIVITAS *MOTIVATIONAL INTERVIEWING* TERHADAP KONTROL GLIKEMIK DARAH DAN PENURUNAN BERAT BADAN PADA PASIEN DM: *LITERATURE REVIEW*

Dwi Uswatun Khasanah

Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang
Email : adek30uwiek@yahoo.co.id

Abstrak

Latar belakang : Diabetes Mellitus membutuhkan kepatuhan seumur hidup dalam mengontrol kadar glukosa darah. Penurunan berat badan sebagai upaya mengontrol kadar glukosa darah. *Motivational Interviewing* (MI) merupakan metode teruji secara ilmiah berhasil digunakan untuk memperoleh dan mempertahankan perubahan perilaku seseorang. MI mungkin berpengaruh terhadap kontrol glikemik dan penurunan berat badan pasien DM. **Metode :** Penelusuran artikel dengan menggunakan *EBSCO, Proquest* dan Pubmed dengan kata kunci yang dipilih dan dibatasi pada artikel terbitan 2007-2011 dalam format *fulltext*. Artikel yang ada kesamaan diambil salah satunya, ditentukan kualitasnya menggunakan *cochrane handbook for systematic review of interventions* serta dilakukan ektraksi dan sintesis data terkait pengaruh MI terhadap kontrol glikemik dan penurunan berat badan pasien DM, dibahas dan ditarik kesimpulan. **Hasil :** Tiga penelitian melibatkan 749 pasien DM baik type 1 maupun type 2 yang berusia dewasa. MI + *usual care* dibandingkan *usual care,* pada kelompok MI tidak ada perbedaan yang signifikan terhadap level HbA1C dan penurunan berat badan setelah 24 bulan tindak lanjut. MI dibandingkan plasebo, terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok MI terhadap penurunan berat badan pada bulan 6, 12 dan 18, dan kontrol glikemik pada bulan 6. MI +DSME dibandingkan DSME, pada kelompok yang menerima MI memiliki perubahan berarti dalam HbA1c yang secara signifikan lebih rendah dibandingkan yang tidak menerima MI. Biaya dalam pelaksanaan MI lebih besar daripada DSME standar. **Kesimpulan :** MI secara signifikan mempengaruhi penurunan berat badan dan perubahan HbA1C. MI mungkin tidak meningkatkan kontrol glikemik pada durasi diabetes yang lama. MI memiliki perubahan berarti dalam HbA1C yang buruk. Perlu dipertimbangkan kelayakan dan keberlanjutan pelatihan MI pada tenaga kesehatan profesional khususnya perawat jika MI dianggap sebagai strategi promosi kesehatan yang perlu diadopsi.

Kata Kunci : *motivational, interview*, diabetes

PENDAHULUAN

Diabetes Melitus (DM) menjadi masalah paling umum di dunia. Secara global di seluruh dunia, terdapat 285 juta jiwa dengan diabetes melitus pada tahun 2010. Diperkirakan jumlah ini akan meningkat menjadi 439 juta jiwa pada tahun 2030. Selama rentang waktu 2010-2030 akan terjadi peningkatan prevalensi diabetes melitus sebesar ± 69% di berbagai negara berkembang (Shaw, et al., 2010). Menurut survei

yang dilakukan WHO pada tahun 2000, Indonesia menduduki peringkat ke 4 jumlah penyandang diabetes terbesar di dunia yaitu sebesar 8,4 juta setelah India, Cina dan Amerika Serikat. Diperkirakan pada tahun 2030 jumlah penderita diabetes di Indonesia akan mencapai 21,3 juta (Wild, Rogric, Green, Sincree & King, 2004).

Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolik yang membutuhkan kepatuhan seumur hidup dalam mengontrol kadar glukosa darah. Seseorang dengan DM biasanya mengalami obesitas. Penurunan berat badan merupakan upaya untuk mengontrol kadar glukosa darah.

Motivational Interviewing adalah sebuah wawancara yang interaksinya berpusat pada pasien dan bertujuan untuk membantu seseorang menggali dan mengatasi ambivalensi tentang perubahan perilaku. Merupakan metode yang jelas dan teruji secara ilmiah dari konseling klien yang telah berhasil digunakan untuk memperoleh dan mempertahankan perubahan perilaku seseorang dalam sejumlah layanan kesehatan (Rollnick and Miller, 2013).

Sebuah kajian baru-baru ini menunjukkan adanya *pengaruh motivational interviewing* terhadap perubahan perilaku kesehatan pasien DM seperti diet, aktivitas fisik. Kajian sebelumnya menekankan perlunya studi pada pengaruh *motivational interviewing* terhadap kontrol glikemik. *Literatur review* ini merangkum pengaruh *motivational interviewing* terhadap kontrol glikemik dan penurunan berat badan pasien DM dewasa.

TUJUAN

Tujuan utama dari kajian ini adalah untuk mengetahui apakah *motivational interviewing* efektif terhadap kontrol glikemik dan penurunan berat badan pasien DM dan tujuan sekunder adalah mengetahui biaya yang terkait dengan MI

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *literature review*. Review ini menggunakan penelusuran internet untuk literatur medis yang diterbitkan, PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), EBSCO, Proquest. Istilah pencarian yang digunakan sebagai berikut: (motivational OR motivation OR motivating OR motivate OR motivate) and (interviewing OR session OR counseling) and diabetes di dalam judul atau abstrak atau sebagai kata kunci.

HASIL

Karakteristik penelitian dalam literatur review ini adalah semua penelitian RCT (*Randomised Controlled Trials*) meliputi kelompok eksperimen *Motivational Interviewing* yang dibandingkan dengan metode lain sebagai upaya kontrol glikemik dan penurunan berat badan pada pasien DM berusia dewasa. Adapun hasil utama yang diukur yaitu kontrol glikemik HbA1C dan penurunan berat badan serta hasil sekunder yaitu biaya yang terkait dengan MI.

Enam artikel penelitian telah diidentifikasi dalam pencarian yang mencakup *motivational interviewing* untuk pasien DM. Tiga artikel penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi dan ekslusi dimasukkan dalam *literatur review*. Penulis mengeluarkan artikel penelitian yang desainnya bukan RCT, pasien DM anak dan remaja, tidak menyediakan intervensi sebagaimana pada kriteria inklusi dan artikel yang hanya berupa abstrak.

Pengkajian risiko bias menggunakan kriteria dalam *cochrane handbook for systematic review of interventions* (Higgins 2011). Secara keseluruhan kualitas semua penelitian yang direview adalah baik. Rangkuman risiko bias dari masing- masing penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Rangkuman risiko bias : penilaian penulis review tentang risiko bias masing-masing item untuk setiap penelitian yang termasuk dalam inklusi

	Random sequence generation (selection bias)	**Allocation concealment (selection bias)**	**Blinding (performance bias and detection bias)**	**Incomplete outcome data (attrtion bias)**	**Selective reporting (reporting bias)**	**Groups similiar at baseline?**	**Free from early stopping?**
Minet 2011	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk
West 2007	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk
Welch2 011	Low risk	Unclear Risk	Unclear risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk

Pengaruh Intervensi

1. ***Motivational interviewing* + *usual care* dibandingkan *usual care***

Kontrol Glikemik. Analisa ini termasuk satu penelitian dengan 298 pasien DM yang membandingkan antara kelompok intervensi *motivational interviewing* dengan kelompok kontrol *usual care* (Minet, 2011). *Usual care* sebagai kelompok kontrol yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tindakan medis yang diberikan oleh dokter seperti pemeriksaan, tes biokimia dan konseling individu dan rekomendasi berdasarkan hasil pemeriksaan. *Usual care* biasanya melibatkan 4 kali kunjungan ke dokter selama setahun. Adapun kelompok intervensi selain *usual care* ditambahkan *motivational interviewing* terdiri dari 5 sesi konseling individu yang berlangsung sekitar 45 menit dan ditawarkan pada bulan ke 1, 3, 6, 9 dan 12. Rata-rata kunjungan setiap pasien 4,6 sesi dan rata-rata waktu 34 menit. Selama 1 tahun 85 % pasien memenuhi 5 sesi kunjungan sedangkan 15 % nya antara 1-3 kunjungan. Kontrol glikemik dikaji menggunakan HbA1C. HbA1C diukur setelah 12 bulan dan 24 bulan tindak lanjut. Ketika dibandingkan MI dengan usual care , rata –rata level HbA1c setelah 12 bulan (0,029, p= 0,757) sedangkan rata-rata level HbA1C setelah 24 bulan tindak lanjut (0,131, p = 0,221) (Minet, 2011).

Penurunan berat badan. Berat badan diukur dengan tidak menggunakan sepatu dan menggalkan asesoris seperti dompet, kunci dan *mobile phone.* Ketika dibandingkan MI dengan *usual care*, rata-rata berat badan setelah 12 bulan (0,588, p=0,210) dan setelah 24 bulan tindak lanjut rata-rata berat badan (0,661, p=0,291).

2. ***Motivational Interviewing* dibandingkan dengan perhatian plasebo**

Kontrol glikemik. Analisa ini termasuk satu penelitian dengan 217 pasien DM wanita dengan obesitas dan mendapatkan obat oral diabetik tetapi bukan insulin, yang membandingkan antara kelompok intervensi motivational interviewing dengan

kelompok kontrol plasebo (West, 2007). *Plasebo* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sesi pendidikan kesehatan individu sebagai plasebo perhatian. Edukasi yang diberikan berfokus pada topik kesehatan wanita seperti perawatan payudara, perawatan kulit, kesehatan gigi, makanan yang aman, kebiasaan tidur dan lain-lain. Adaputn motivational interviewing terdiri dari 5 sesi, dengan sesi pertama sebelum dimulai terapi kelompok dan kemudian pada bulan ke 3, 6, 9 dan 12. Setiap sesi sedikitnya 45 menit Kontrol glikemik dikaji menggunakan HbA1C. HbA1C diukur setelah 6, 12 dan 18 bulan. Perempuan dalam kelompok motivational interviewing mengalami penurunan HbA1C secara signifikan dibandingkan kelompok kontrol (p=0,02) pada bulan ke 6 tetapi tidak untuk bulan ke 18 (West, 2007).

Penurunan berat badan. Berat badan diukur dengan tidak menggunakan sepatu. Perempuan dalam kelompok intervensi MI mengalami kehilangan berat badan secara signifikan pada bulan ke 6 (p=0,01) dan dan pada bulan ke 18 (p=0,04).

3. *Motivational Interviewing + Diabetes Self Management Education (DSME)* dibandingkan DSME standar

Kontrol glikemik. Analisa ini termasuk satu penelitian dengan 234 pasien DM type 2 tidak terkontrol, yang membandingkan antara motivational interviewing + DSME (n-118) dengan DSME (n=116) (Welch, 2011). Untuk setiap intervensi pasien mendapatkan sesi DSME awal selama 1 jam diikuti 30 menit/sesi pada bulan ke 1, 3 dan 6. Kontrol glikemik dikaji menggunakan HbA1C. HbA1C diukur setelah 6 bulan. Hasil regresi berganda menunjukkan signifikan negatif pengaruh MI terhadap perubahan HbA1C dimana kelompok yang menerima MI memiliki perubahan berarti dalam HbA1c yang secara signifikan lebih rendah (kurang ditingkatkan) dibandingkan mereka yang tidak menerima MI (t= 2,10, p=0,037)

Pelatihan MI memerlukan biaya berkisar 57.000 dolar untuk 3 tahun lebih dan dibandingkan 22.500 dolar yang dibutuhkan untuk pengembangan *software* yang berhubungan dengan *computarized self management* assesment tool dan tidak ada biaya pelatihan untuk DSME standar.

PEMBAHASAN

Diabetes melitus merupakan penyakit kronik yang akan diderita seumur hidup. Penyakit ini tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikelola dengan mematuhi empat pilar utama yaitu edukasi, diet, latihan jasmani dan terapi farmakologi. Mematuhi aturan ini seumur hidup tentunya menjadi stressor berat bagi pasien sehingga banyak yang mengalami kegagalan. Ketidakpatuhan ini mengakibatkan penderita sulit mengendalikan kadar glukosa darahnya, sehingga seringkali datang ke rumah sakit dengan kadar glukosa tinggi dan sudah terjadi komplikasi.

Salah satu tehnik edukasi yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah *Motivational Interviewing* (MI). *Motivational Interviewing* adalah sebuah wawancara yang interaksinya berpusat pada pasien dan bertujuan untuk membantu seseorang menggali dan mengatasi ambivalensi tentang perubahan perilaku. MI untuk memperkuat motivasi seseorang sendiri dan komitmen untuk berubah. Merupakan metode yang jelas dan teruji secara ilmiah dari konseling klien yang telah berhasil digunakan untuk memperoleh dan mempertahankan perubahan perilaku seseorang dalam sejumlah layanan kesehatan (Rollnick and Miller, 2013).

MI bergantung pada kemampuan untuk mengidentifikasi dan memobilisasi nilai intrinsik klien dan tujuan untuk melakukan perubahan. Prinsip *Motivational Interviewing* diantaranya: (1) Ekspress empati melalui *reflective listening*, (2) Mengembangkan ketidaksamaan antara tujuan klienatau nilai-nilai dan perilaku mereka saat ini, (3) Hindari argumen dan konfrontasi langsung, (4) Sesuaikan dengan resistensi klien daripada menentang secara langsung, (5) Mendukung *self-efficacy*. Adapun lima kemampuan komunikasi utama yang digunakan dalam MI meliputi mengajukan pertanyaan terbuka, menegaskan (*affirming*), mencerminkan (*reflecting*), meringkas (*summarizing*), dan memberikan informasi dan saran dengan izin (Rollnick & Miller, 2013).

MI telah berkembang baik melalui pengalaman klinis dan penelitian empiris dalam praktek berbasis bukti yang dikenal sebagaimana hari ini. Asumsi *Motivational interviewing* dapat mempengaruhi perubahan perilaku kepatuhan pasien DM terhadap manajemen diri diabetes sehingga tercapai penurunan berat badan dan kontrol glikemik.

Waktu intervensi MI bervariasi dari 45 menit dalam satu sesi (Minet,2011, West, 2007) dan 30 menit dalam satu sesi (Welch, 2011). Rollnick mengembangkan strategi yang wawancara motivasi singkat untuk digunakan dalam satu sesi (misalnya, sekitar 40 menit) dalam pengaturan perawatan primer (Rollnick, Bell , & Heather, 1992). Teknik itu dimaksudkan untuk mewujudkan semangat dan praktek MI dalam pengaturan kontak medis singkat di tempat pelayanan kesehatan (Rollnick & Miller, 2013).

Dari semua penelitian dalam *literatur review* ini, intervensi MI diberikan oleh profesional kesehatan seperti dokter, perawat spesialis diabetes, ahli gizi, psikolog yang telah mendapatkan pelatihan MI (Minet, 2011; West, 2011) maupun edukator diabetes yang bersertifikasi (Welch, 2011). Peran profesional kesehatan adalah mendampingi dan memberi dukungan pada pasien dalam mengembangkan sumberdaya untuk berubah.

Ketiga penelitian mengkaji kontrol glikemik menggunakan indikator HbA1C. HbA1C diyakini sebagai kontrol glikemik karena HbA1C menggambarkan kontrol glukosa darah pasien DM selama 2-3 bulan. Pengukuran HbA1C menggunakan alat yang telah terstandarisasi yanitu dengan menggunakan Bayer DCA 2000 (West,2007), *a high performance liquid cromatography based ion exchanged procedure* (Tosho 2.2, Tokyo, Japan) (Minet, 2011) dan *HPLC ion capture method* (Tosh Medics Inc, San Fransisco, CA) (Welch, 2011). Untuk pengukuran berat badan pada semua penelitian dilakukan dengan tidak menggunakan sepatu (Minet, 2011; West, 2007).

Waktu untuk mengukur hasil utama berbeda diantara beberapa penelitian. Pada bulan ke 6 (Welch, 2011), bulan ke 6, 12 dan 18 (West, 2007), serta bulan ke 12 dan 24 (Minet, 2011).

Dampak menguntungkan dari MI jelas setelah hanya dua sesi dengan penurunan berat badan dan perbaikan kontrol glikemik secara signifikan lebih besar pada bulan ke 6, dilanjutkan dengan penurunan berat badan yang unggul pada bulan ke 18 (West, 2007). Penurunan berat badan jangka panjang yang dihasilkan dengan MI :1,6 -1,8 kg lebih daripada penurunan berat badan dengan intervensi perilaku standar. Manfaat tambahan ini sebanding dengan perbaikan berat badan jangka pendek dalam penelitian terkontrol lainnya (Smith, 1997; Woollard, 1995 dalam West, 2007).

Dua penelitian menemukan bahwa kelompok yang menerima MI memiliki perubahan berarti dalam HbA1c yang secara signifikan lebih rendah (kurang ditingkatkan) dibandingkan mereka yang tidak menerima MI (Welch, 2011) dan tidak adanya pengaruh yang signifikan antara MI dengan kontrol glikemik dan penurunan berat badan (Minet, 2011). Kecenderungan untuk mengurangi efek kontrol glikemik ditemukan dalam penelitian dimana durasi diabetes di atas 9 bulan (Minet, 2010 dalam Minet, 2011). Dalam penelitian Minet (2011), durasi diabetes responden baik kelompok kontrol maupun intervensi rata-rata 4,7 tahun dan level HbA1C 7 %. Pada dasarnya MI mungkin tidak meningkatkan kontrol glikemik pada pasien yang memiliki durasi diabetes yang lebih lama dan HbA1C yang relativ rendah.

Biaya dalam pelaksanaan MI lebih besar daripada DSME standar dikarenakan dalam pelaksanaan MI dibutuhkan tenaga kesehatan profesional yang telah mengikuti pelatihan MI, sedangkan biaya pelatihan MI cukup besar bila dibandingkan dengan DSME yang tidak membutuhkan pelatihan. Oleh karena itu perlu dipertimbangkan kelayakan dan keberlanjutan pelatihan MI pada tenaga kesehatan profesional jika MI dianggap sebagai strategi kesehatan masyarakat yang perlu diadopsi.

PENUTUP

MI sebagai intervensi ajuvan singkat secara signifikan mempengaruhi penurunan berat badan dan perubahan HbA1C. Untuk mencapai kontrol glikemik perlu dipertimbangkan durasi diabetes dan level HbA1C. MI mungkin tidak meningkatkan kontrol glikemik pada level HbA1C yang relativ rendah dan durasi diabetes yang lama. MI memiliki perubahan berarti dalam HbA1C yang buruk. Perlu dipertimbangkan kelayakan dan keberlanjutan pelatihan MI pada tenaga kesehatan profesional jika MI dianggap sebagai strategi promosi kesehatan yang perlu diadopsi terkait dengan biaya pelatihan MI yang besar.

DAFTAR PUSTAKA

Higgins, J, Green S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. The cochrane collaboration. Available from www. cochrane-handbook.org

Minet, L. et al. (2011). *The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self management in patient with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme : a randomised controlled trial.* Diabetologia, 54:1620-1629

Rollnick, S. & Miller, W.R. (2013). *Motivational interviewing: Helping People Change.* New York: The Guilfold Press

Shaw, et all. (2010). *Global estimates of the prevalences of diabetes for 2010 and 2030*. Diabetes Res Clin. Pract. 87 (1). 4-14.

Welch, Gery. (2011). *Motivational interviewing delivered by duiabetes educator : Does it improved blood glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients?* Diabetes Res Clin Pract;91 (1);54-60

West, S. D, et al (2007). *Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes*. Diabetes Care 30 ; 1081-1087

Wild, Rogric, Green, Sincree & King. (2004). *Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030* . Diabetes Care 2004;27: 1047-1053

PEMBERIAN INTERVENSI MUSIK SUARA ALAM TERHADAP PENURUNAN KECEMASAN DAN NYERI PADA PASIEN KRITIS

Kurnia Wijayanti

Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan, Kampus Universitas Diponegoro, Jl. Prof. H. Soedarto, SH Tembalang, Jawa Tengah-50275.
Email : jayahe28@gmail.com

Abstrak

Latar belakang : Selama beberapa dekade terakhir terjadi peningkatan minat dalam penggunaan musik, karena telah mencapai beragam hasil yang memuaskan dan memiliki evaluasi yang cukup. Salah satu musik yang digunakan sebagai terapi adalah suara alam seperti suara burung, ombak, angin, air mengalir, dll nya. Pemberian intervensi musik suara alam terhadap penurunan kecemasan dan nyeri untuk pasien kritis di rumah sakit. **Metode** : metode yang digunakan adalah literature review. Pencarian dilakukan secara komprehensif dengan melibatkan database keperawatan dan kesehatan. Penelusuran artikel menggunakan *EBSCO, Sciencedirect,* dan penelusuran google dengan kata kunci yang dipilih dan dibatasi pada artikel terbitan 2004-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf. Studi yang dimasukkan dalam kajian ini untuk mengetahui pengaruh pemberian intervensi musik suara alam pada pasien kritis di rumah sakit dengan desain percobaan acak terkontrol. **Hasil** : Sebanyak 29 studi yang indentifikasi sesuai dengan kriteria inklusi kemudian dilakukan penilaian klinis. Musik yang dimainkan melalui headphone atau speaker mampu mengurangi kecemasan dan nyeri pada pasien kritis di rumah sakit. Meskipun bukti terbatas, musik dapat meningkatkan mood, kenyamanan, dan kepuasan pasien. **Kesimpulan** : Kajian ini menunjukkan pengaruh pemberian intevensi musik suara alam terhadap penurunan kecemasandan nyeri pada pasien kritis. Terapi musik sangat dianjurkan untuk dilakukan sebagai salah satu implementasi keperawatan atau tindakan mandiri perawat karena terapi ini terbukti mampu memberikan efek yang positif kepada pasien, murah dan tidak ada efek samping.

Kata Kunci : Suara alam, kecemasan, nyeri, pasien kritis

PENDAHULUAN

Kecemasan dideskripsikan sebagai perasaan khawatir atau ketakutan pada sesuatu yang akan terjadi. Respon yang diberikan merupakan akibat dari adanya stimulus. Kecemasan dan nyeri hal yang saling berhubungan dan menjadi keluhan utama pada pasien.

Aplikasi musik sebagai terapi intervensi merupakan pengembangan besar yang dimulai dari abad kedua puluh pertengahan. Musik sebagai intervensi telah digunakan untuk pasien dari segala usia termasuk bayi, anak-anak, orang dewasa dan orang tua. Musik juga telah digunakan di banyak kesehatan perawatan spesialisasi termasuk; perawatan intensif, perawatan koroner, perioperatif, perawatan kanker, unit bersalin, unit geriatri, perawatan paliatif dan departemen rawat jalan. Namun, banyak dari studi

ini melibatkan kecil jumlah peserta dan beberapa tidak memiliki kekuatan untuk mendeteksi hasil yang signifikan. Oleh karena itu kajian atau sistematik review ini untuk mengetahui pengaruh pemberian intervensi musik suara alam pada pasien di rumah sakit khususnya untuk menurunkan kecemasan dan nyeri.

Musik memberikan efek atau dampak yang banyak pada setiap individu. Esther (2003) mengatakan bahwa musik dapat mengurangi stress dengan pengalihan perhatian dari suara yang mengganggu. Sedangkan Hoffman (1997) mengatakan bahwa musik dapat membantu mencapai tahap relaksasi yang dalam, membebaskan insomnia, dan membantu pasien untuk mengembalikan ingatannya, menurunkan tekanan darah, dan menormalkan gelombang jantung. Terapi musik bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan, menurunkan stress, menurunkan rasa sakit, mengungkapkan perasaan, meningkatkan ingatan, meningkatkan kemampuan berkomunikasi, dan mempercepat menyembuhan fisik.

Metode yang dipakai dalam mengobati atau untuk menurunkan kecemasan dan nyeri yaitu dengan pendekatan farmakologi dan nonfarmakologi. Salah satu terapi nonfarmakalogi adalah dengan pemberian intervensi musik suara alam. Suara alam memiliki efek yang sama dengan musik. Suara alam adalah suara yang dihasilkan oleh fenomena alam, seperti angin, hujan, laut, sungai, binatang, dan burung. Suara alam juga memiliki tempo yang berbeda, *pitch*, dan irama yang umumnya lambat atau nada yang tidak tiba-tiba tinggi. Manusia memiliki hubungan yang erat dan kontak dengan alam yang bermanfaat bagi kesehatan (Chiang, 2012).

METODE

Studi yang dimasukkan dalam literature review dikaji dari segi kualitasnya, yang memiliki kualitas baik akan diambil sebagai bahan telaah. *Literature revew* ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi kunci yang dipilih. Metode pengkajian kualitas studi menggunakan *critical appraisal tools*. Kemudian study dianalisa dengan menggolongkan studi tersebut ke dalam level *evidence based nursing*. Metode ini akan memperkuat bahwa studi yang diambil adalah study dengan kualitas baik dan level yang tinggi sehingga meminimalkan terjadinya bias.

Pencarian hanya dibatasi pada terbitan 2004-2014 yang dapat diakses secara *fulltext* dalam format pdf dilakukan dengan serangkaian langkah yang berurutan untuk mendapatkan studi yang relevan. Kriteria inklusi artikel yang dimasukkan dalam review ini adalah penelitian yang mengukur pengaruh pemberian intervensi musik suara alam/ nature sounds terhadap penurunan kecemasan dan/ atau nyeri pada pasien usia dewasa di rumah sakit.

Pencarian artikel dilakukan dengan melakukan penelusuran di beberapa electronic jurnal internasional dan nasional yang diakses melalui jaringan internet Universitas Diponegoro yaitu *EBSCO, Sciencedirect* dan penelusuran google dengan kata kunci yang dipilih. Daftar referensi semua diambil untuk kemudian dicari studi tambahan yang dapat dimasukkan dalam review. Penulis melakukan pencarian dengan menggunakan kata kunci:

a. *Nature sound*
b. *Hospital*
c. *Anxiety*
d. *Pain*
e. (a) AND (b) AND (c)

f. (a) AND (b)
g. (a) AND (c)
h. (a) AND (d)

HASIL

Hasil penelusuran didapatkan 4 artikel jurnal yang eligible untuk dilakukan review. Dalam kajian ini jumlah responden pada kelompok intervensi 91 orang dan pada kelompok kontrol 88 orang, dan 117 pasien kanker.

1. Kecemasan
   Sebanyak 3 RCT mengevaluasi dampak musik pada kecemasan. Alat yang digunakan untuk mengukur kecemasan adalah *State Trait Anxiety Inventory* (STAI), Visual Analog Scale (VAS) dan Spielberg State Strait Inventory.
   Hasil pemberian intervensi musik suara alam menunjukkan bahwa efektif mengurangi kecemasan kelompok yang diberi intervensi daripada kelompok kontrol. Hal ini sama di kelima RCT dalam kajian ini. Kelompok intervensi menunjukkan penurunan kecemasan dari level very good ke excellent, poor ke fair.
2. Nyeri
   Kajian ini mengevaluasi dampak dari musik suara alam pada penilaian pasien nyeri menggunakan VAS. Dari ketiga RCT didapatkan penurunan nyeri pada pasien di rumah sakit dengan postop cardiac surgery, bronchoscopy procedur, dan untuk pasien kanker. Nilai $p<0,001$ artinya adanya pengaruh dari pemberian intervensi musik suara alam terhadap nyeri.

Pada satu RCT dengan menggunakan multivariat analisis didapatkan adanya hasil yang tumpang tindih antara pemberian intervensi musik suara alam dengan pemberian analgesik. Penurunan nyeri pada pasien dirasakan sebelum, selama, dan setelah dilakukan prosedur atau terhadap penyakitnya.

PEMBAHASAN

Pada *literature review* ini musik suara alam yang digunakan adalah suara burung, ombak, air mengalir, angin.dapat digunakan sebagai kombinasi atau tunggal.
Literature review tentang musik untuk orang dewasa selama rawat inap menunjukkan efektivitasnya untuk pengurangan kecemasan dan nyeri selama pemberian perawatan normal. Akan tetapi untuk prosedur yang tidak menyenangkan dan tindakan invasif didapatkan penuruan nyeri dan kecemasan yang kurang signifikan. Penggunaan obat penenang dan analgesik juga hal yang dapat meningkatkan bias dalam penelitian. Intervensi musik tidak mempunyai efek samping dan biaya yang murah tetapi tetap diperlukan penelitian penunjang lain.

Secara singkat musik dapat mengurangi kecemasan pasien rumah sakit, tidak mengurangi kecemasan pasien yang menjalani prosedur invasif atau tidak menyenangkan, musik meningkatkan suasana hati pasien rumah sakit, tapi efeknya pada suasana hati selama prosedur invasif dan tidak menyenangkan belum secara menyeluruh dievaluasi.

Berdasarkan bukti yang sangat terbatas, musik dapat mengurangi kebutuhan untuk obat penenang selama prosedur, dapat mengurangi kebutuhan untuk analgesia selama prosedur, tidak mengubah persepsi pasien tentang nyeri, dan dapat

meningkatkan toleransi pasien selama prosedur. Terkait efektifitas musik terhadap kepuasan pasien perlu dilakukan eksplorasi lebih luas secara kumulatif selama pasien di rumah sakit.

KETERBATASAN STUDI

Penggunaan analgesik dan obat penenang membuat hasil penelitian menjadi tumpang tindih dengan pemberian intervensi musik suara alam didalam pelaksanaan penelitian. Pemakaian suara alam khususnya suara air mengalir membuat pasien akan mudah merasakan ingin buang air kecil dan ini tentunya akan mengganggu proses pelaksanaan penelitian. Pada saat dilakukan terapi pasien seharusnya dalam keadaan tenang, tidak diganggu oleh orang lain misalnya mengajaknya berbincang,tetapi dalam pelaksanaannya koordinator/peneliti mengalami kesulitan untuk mengendalikan hal ini.

IMPLIKASI KEPERAWATAN

Sejumlah implikasi keperawatan muncul dalam setiap penelitian penting. Review jelas menunjukkan bahwa musik secara efektif mengurangi kecemasan da nyeri pada pasien selama dirawat di rumah sakit. Atas dasar ini, musik harus menjadi komponen rutin perawatan berikan kepada orang-orang selama rawat inap. Tujuannya harus untuk meminimalkan kecemasan yang berhubungan dengan penyakit, prosedur invasif, operasi, atau hanya sebagai konsekuensi dari berada di rumah sakit. Musik juga mulai diimplementasikan kepada pasien bedah pada pra dan pasca-operasi pasien jantung. Minimalnya efek samping berbahaya dan biaya relatif rendah, dianjurkan intervensi musik suara alam menjadi bagian rutin atau tindakan mandiri keperawatan yang diberikan kepada semua orang menjalani invasif atau tidak menyenangkan prosedur. Implikasi dari hal ini adalah bahwa perawat mempersiapkan memberikan bantuan kepada orang yang akan menjalani prosedur yang tidak menyenangkan.

KESIMPULAN

Kajian ini menunjukkan efektivitas musik untuk mengurangi kecemasan dan nyeri pada pasien rumah sakit. Intervensi yang murah dan minimal efek samping membuat intervensi musik suara alam memerlukan studi lebih lanjut untuk dapat dikembangkan dan menjadi bagian dari intervensi primer dari keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Chiang, Ling Chu. (2012). *The effects of music and nature sounds on cancer pain and anxiety in hospice cancer patients*. (Doctor dissertation). Case Western Reserve University : Frances Payne Bolton School Of Nursing .

Cutshall, Susanne M.MS.A CNS-BC. Et all. (2011). *Effect of the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surgery patient* ; RCT. US National Library of Medicine Nasional Institutes of Health.

Diette, Gregory B. Et all. (2003). *Distraction therapy with nature sounds and sounds to reduce pain during flexible bronchoscopy*. www.chesti journal.org

Esther Mok, Kwai-Yiu Wong. 2003. *Effects of music on patient anxiety* –Research. AORN Journal.

Hoffman, J. 1997. *Tuning in to the power of music, (Complimentary Therapy)* RN 60 (June 1997) 52-54.

Kemper, K. J., & Danhauer, S. C. (2005). *Music as therapy. Southern Medical Journal*, 98(3), 282-288.

Wright, J. (Ed.) (2001) *Collins Cobuild English dictionary for advanced learners (3rd ed.). Glasgow:* Harper Collins Publishers.

TINJAUAN LITERATUR: *REIKI* SEBAGAI TERAPI KOMPLEMENTER UNTUK NYERI, KECEMASAN, DAN KUALITAS HIDUP PASIEN

Andy Kristiyan

Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang; Email; andy_cardio@yahoo.com

Abstrak

Latar belakang: Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, berkaitan dengan kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi menimbulkan kerusakan jaringan. Terapi komplementer dan alternatif adalah terapi dalam ruang lingkup luas meliputi system kesehatan, modalitas, dan praktek-praktek yang berhubungan dengan teori-teori dan kepercayaan pada suatu daerah dan pada waktu/periode tertentu. *Reiki* merupakan salah satu dari 1800 jenis terapi komplementer yang ada di dunia. *Reiki* ditemukan pertama kali oleh Mikao Usui pada tahun 1922. Cara menggunakanya energi reiki sangat mudah, hanya meniatkan akan menggunakan energi *reiki* dan meletakkan tangan pada cakra (pintu gerbang energi tubuh) atau bagian tubuh yang sakit. **Tujuan: U**ntuk mengetahui efektifitas Reiki dalam mengurangi gejala nyeri, kecemasan dan peningkatan kualitas hidup. **Metode:** *Literature Review* ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada *Googlesearch*, *PubMed, PsychInfo, Sciencedirect,* dan *Medline databases* untuk *Reiki Research* (*The International Center for Reiki Training,* 2002). Menggunakan kata kunci; pain, anxiety, dan *Reiki*. Pencarian artikel melalui website dilakukan pada periode oktober sampai dengan desember 2014. Penelusuran literatur dibatasi pada terbitan diatas tahun 2000. Artikel yang dipilih adalah hasil penelitian yang berupa *Randomised Controller Trial* yang dilakukan pada pasien dewasa dengan keluhan nyeri, cemas, dan penurunan kualitas hidup. Adapun topik yang dipilih adalah perlakuan berupa pemberian terapi komplementer *Reiki* dengan kombinasi therapi lainnya (terapi obat, terapi musik). **Hasil**: Penelitian Karin Olson dkk (2003) mengambil sampel terhadap 24 pasien kanker (pria=9, wanita=15) dengan rentang usia 56-59,5tahun. Sampel dibagi menjadi dua grup dengan perlakuan pemberian terapi analgetik + Reiki selama 1,5 jam (A, n=11) dan pemberian terapi analagetik + istirahat (B, n=13). Penelitian Karin Olson dkk (2003) mengambil sampel terhadap 24 pasien kanker (pria=9, wanita=15) dengan rentang usia 56-59,5tahun. Sampel dibagi menjadi dua grup dengan perlakuan pemberian terapi analgetik + Reiki selama 1,5 jam (A, n=11) dan pemberian terapi analagetik + istirahat (B, n=13).

Kata kunci : Reiki, pain, anxiety, quality of life

Pendahuluan

Setiap individu pasti pernah mengalami nyeri dalam tingkatan tertentu. Nyeri merupakan alasan yang paling umum orang mencari perawatan kesehatan.Walaupun merupakan salah satu dari gejala yang paling sering terjadi di bidang medis, nyeri

merupakan salah satu yang paling sedikit dipahami. Individu yang merasakan nyeri merasa menderita dan mencari upaya untuk menghilangkannya. Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, berkaitan dengan kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi menimbulkan kerusakan jaringan (*International Association for Study of Pain :* IASP, 1979). Berdasarkan typenya, nyeri dibagi menjadi 3 yakni nyeri akut, nyeri kronik non keganasan, dan nyeri kronik keganasan. Nyeri dapat disebabkan oleh: trauma (mekanik, thermis, khemis, dan elektrik), neoplasma (jinak atau ganas), inflamasi, gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah, trauma psikologis.

Teori *Gate Contro*l dari Melzack dan Wall (1965) mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri.

Rasa sakit karena kanker dapat diatasi secara efektif pada kebanyakan pasien dengan kanker maupun mereka yang mempunyai riwayat kanker dalam keluarga. Meskipun rasa sakit akibat kanker tidak dapat selalu dihilangkan sepenuhnya, namun terapi dapat mengurangi rasa sakit pada sebagian besar pasien. Karena setiap pasien mempunyai diagnosa, stadium penyakit dan respon yang berbeda terhadap rasa sakit dan pengobatannya serta kesukaan dan ketidak sukaan yang berbeda, cara mengatasi rasa sakit yang diakibatkan oleh kanker harus ditangani secara individual. Pasien, keluarga pasien dan perawat harus bekerja sama dengan baik untuk mengatasi rasa sakit si pasien secara efektif.

Terapi komplementer dan alternatif adalah terapi dalam ruang lingkup luas meliputi sistem kesehatan, modalitas, dan praktek-praktek yang berhubungan dengan teori-teori dan kepercayaan pada suatu daerah dan pada waktu/periode tertentu. Terapi komplementer adalah terapi yang digunakan secara bersama-sama dengan terapi lain dan bukan untuk menggantikan terapi medis. Terapi komplementer dapat digunakan sebagai *single therapy* ketika digunakan untuk meningkatkan kesehatan (Sparber, 2005).

Alasan yang paling umum orang menggunakan terapi komplementer adalah untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan/*wellness*. *Wellness* mencakup kesehatan optimum seseorang, baik secara fisik, emosional, mental dan spiritual. Fokus terapi komplementer adalah kesejahteraan yang berhubungan dengan tubuh, pikiran dan spirit. Terapi komplementer bertujuan untuk mengurangi stres, meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, menghindari atau meminimalkan efek samping, gejala-gejala, dan atau mengontrol serta menyembuhkan penyakit (Purnel, 2001).

Reiki merupakan salah satu dari 1800 jenis terapi komplementer yang ada di dunia. *Reiki* ditemukan pertama kali oleh Mikao Usui pada tahun 1922. *Reiki* berasal dari bahasa Jepang yaitu *rei* yang artinya alam semesta dan *ki* yang berarti energi kehidupan, jadi *Reiki* berarti energi alam semesta yang dikarunia Tuhan sang maha pencipta kepada manusia yang diperoleh sejak ia dilahirkan. Energi ini dapat digunakan untuk memelihara kesehatan serta menyembuhkan diri sendiri ataupun orang lain. Teknik Penyembuhan *Reiki* adalah teknik penyembuhan sangat sederhana dan mudah dipelajari oleh semua orang hanya dalam waktu inisiasi 30-45 menit dan langsung dapat digunakan untuk menyembuhkan diri sendiri maupun orang lain yang bersifat permanen. Kemampuan *Reiki* bisa diperoleh seketika melalui proses *attunement*/penyelarasan atau inisiasi yang dilakukan oleh *Reiki Master*. Setelah dilakukan proses penyelarasan energi terhadap sumber energi alam semesta oleh *Reiki Master*, secara langsung seseorang memiliki kemampuan memanfaatkan energi reiki. Cara menggunakanya energi *Reiki* sangat mudah, hanya meniatkan akan menggunakan energi *Reiki* dan meletakkan tangan pada cakra (pintu gerbang energi tubuh) atau bagian tubuh yang sakit (Anthony, 2000).

Berdasarkan data yang menunjukkan manfaat *Reiki* untuk menguragi gejala nyeri, maka penulis melakukan tertarik melakukan *Literature Review* untuk menggali lebih jauh apakah terapi komplementer *Reiki* dapat mengurangi keluhan nyeri?

Tujuan umum dari review literatur ini adalah untuk mengetahui efektifitas *Reiki* dalam mengurangi gejala nyeri. Sedangkan tujuan khususnya adalah untuk Mengetahui efektifitas *Reiki* dalam mengurangi gejala nyeri dan peningkatan kualitas hidup.

Metode

Review ini menggunakan *literature* r*eview* yang dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada *Googlesearch*, *PubMed, PsychInfo, Sciencedirect,* dan *Medline databases* untuk *Reiki Research (The International Center for Reiki Training,* 2002). Menggunakan kata kunci; *pain, anxiety*, dan *Reiki*. Pencarian artikel melalui website dilakukan pada periode oktober sampai dengan desember 2014. Penelusuran literatur dibatasi pada terbitan diatas tahun 2000. Artikel yang dipilih adalah hasil penelitian yang berupa *Randomised Controller Trial* yang dilakukan pada pasien dewasa dengan keluhan nyeri, cemas, dan penurunan kualitas hidup. Adapun topik yang dipilih adalah perlakuan berupa pemberian terapi komplementer *Reiki* dengan kombinasi therapi lainnya (terapi obat, terapi musik).

Setelah mengeluarkan artikel yang mempunyai kesamaan, didapatkan 7 artikel untuk diseleksi sesuai kriteria eklusi dan inklusi. Untuk mendapatkan artikel yang tebaik dilakukan penilaian berdasarkan publikasi diatas tahun 2000, desain RCT, pasien dewasa, dan menggunakan intervensi *Reiki* untuk mengatasi nyeri, cemas, dan

penurunan kualitas hidup. Ternyata didapatkan 3 jurnal yang sesuai dengan kriteria penulis tetapkan.

Artikel-artikel tersebut lalu dianalisis menggunakan *critical appraisal tool* yang sesuai untuk hasil penelitian *Randomised Controller Trial* untuk menilai kualitas penelitian. Data-data dari hasil temuan yang sudah dianalisis kemudian diekstraksi dan dikelompokkan yang sejenis, selanjutnya dilakukan triangulasi, dibahas dan disimpulkan untuk menjawab tujuan.

Hasil

Karakteristik studi

Dengan maksud untuk mendapatkan artikel yang dibutuhkan, Penulis melakukan pencarian dengan menggunakan kata kunci yang terdapat dalam lampiran 2. Hasil penelusuran yang dilaksanakan menggunakan kata kunci tersebut pada beberapa *searching engine* yang *eligible* menghasilkan 3 buah artikel yang selanjutnya dianalisis kualitasnya. Hasil penelaahan dan ekstraksi data ketiga artikel tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa ketiga artikel memiliki kualitas tinggi. Semua artikel menjelaskan penggunaan terapi *Reiki* sebagai intervensi dengan durasi dan frekuensi yang bervariasi untuk mengatasi nyeri, yang dibandingkan dengan terapi musik, istirahat, dan terapi analgetik. Semua penelitian menggunakan menggunakan desain *Randomised Controller Trial* dengan sampel pasien kanker, *Acute Coronary Syndrome* dan wanita post operasi *Hysterectomy*. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan bahwa intervensi *Reiki* memberikan dampak yang bermakna terhadap penurunan kualitas nyeri, mengurangi tingkat kecemasan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien yang menjadi subyek penelitian.

Tabel 1
Karakteristik artikel yang didapatkan (N=4)

Peneliti / Tahun	Judul	Desain	Jumlah, karakteristik sampel	Intervensi		Hasil			Kualitas artikel
Karin Olson, John Hanson, Mary Michaud, tahun 2003	A Phase II Trial of Reiki for the Management of Pain in Advanced Cancer Patients	Randomized to either Reiki or rest group	Pasien Cancer n=24 (pria=9, wanita=15) usia 56-59.5th	Meminum opioid plus Reiki (n=11), dengan prosedur pasien menerima intervensi Reiki 1.5 jam pada hari ke-1sampai ke-4 setelah 1 jam minum obat analgesik di sore hari	Meminum opioid plus istirahat (n=13), dengan prosedur pasien beristirahat 1.5 jam pada hari ke-1 sampai ke-4 setelah 1 jam minum obat analgesik sore hari	opioid plus Reiki (10 cm VAS) Pain Before 4.5 After 3.3 Quality of Life Before 5.4 After 6.2	opioid plus rest (10 cm VAS) Pain Before 4.5 After 4.2 Quality of Life Before 5.1 After 5.1	Comparing Kruskal-Wallis P = 0.035 Kruskal-Wallis P = 0.002	Tinggi
Rachel, Friedman, Matthew M. Burg, Pamela Miles, Forrester Lee, Rachel Lampert,	Effects of Reiki on Autonomic Activity Early After Acute Coronary Syndrome	Randomized to either Reiki or rest group	Pasien ACS n=49 (pria=35, wanita=14) usia 47-73 th, EF=52%	Mendapat terapi Reiki sebanyak 7 posisi standar selama 30 menit sebelum dilakukan perekaman EKG	Menerima intervensi music klasik selama 30 menit sebelum dilakukan perekaman EKG	Received Reiki Mean HRV increased from baseline 0.58 ±0.15 Ln(msec)²	Received music control Mean HRV increased from baseline 0.10 ±0.16 Ln(msec)² R-R Interval 0.22 ±10.9	P = 0.007 P = 0.002	Tinggi

tahun 2010						R-R Interval 46.49 ±11.3 msec	msec		
Vitale, A. T., O'Connor, P. C., Holist Nursing Practice, tahun 2006	Compare levels of pain and state anxiety in women after abdominal hysterectomi	Randomized to either Reiki or usual care group	Pasien post-hysterectomy n=22, usia 40 - 73 th	Mendapat terapi Reiki selama 30 menit sebelum operasi, serta 24 dan 48 menit setelah operasi	Menerima terapi anti nyeri Dilaudid time 2 Dilaudid time 3	Pain ↓ (p=0.04) Anxiety ↓ (p=0.005)	Dilaudid time 2 Pain ↓ (p =0.001)	Dilaudid time 3 Pain ↓ (p=0.007)	Tinggi

Pengaruh intervensi Reiki terhadap nyeri

Penelitian Karin Olson dkk (2003) mengambil sampel terhadap 24 pasien kanker (pria=9, wanita=15) dengan rentang usia 56-59,5tahun. Sampel dibagi menjadi dua grup dengan perlakuan pemberian terapi analgetik + *Reiki* selama 1,5 jam (A, n=11) dan pemberian terapi analagetik + istirahat (B, n=13). Penentuan anggota grup dilakukan secara *random*. Hasil penelitian menunjukkan penurunan kualitas nyeri berdasarkan pengukuran *Visual Analog Scale* (VAS 10cm) didapatkan data bahwa pemberian terapi analgeti+*Reiki* menunjukkan penurunan yang lebih bermakna dibandingkan pemberian terapi analgetik+istirahat, dengan nilai p=0.035.

Pada penelitian Rachel dkk (2010) mengambil sampel terhadap 49 pasien ACS (pria=35, wanita=14) dengan rentang usia 47-73 tahun dan Ejection Frection=52%. Semua sampel diberikan perlakuan sama yaitu pemberian terapi *Reiki* selama 30 menit sebelum dilakukan perekaman EKG dan 30 menit terapi musik klasik sebelum perekaman EKG. Hasil penelitian menunjukkan penurunan kualitas nyeri pasien dengan intervensi *Reiki* yang dimanifestasikan dari Heart *Rate Variability* dan R-R terlihat sangat bermakna dibanding pemberian intervensi terapi musik klasik, p=0.007.

Sedangkan hasil penelitian Vitale dkk (2006) mengambil sampel terhadap 22 wanita dengan rentang usia 40-73 tahun. Semua sampel diberikan perlakuan sama yaitu pemberian terapi *Reiki* selama 30 menit sebelum operasi, 24 dan 48 post operasi. Sedangkan hari kedua dan ketiga diberikan terapi analgetik. Hasil penelitian menunjukkan penurunan kualitas nyeri setelah dilakukan intervensi *Reiki* sebelum dan sesudah post operasi menunjukkan penurunan yang lebih bermakna dibandingkan pemberian terapi analgetik, dengan nilai p=0.04.

Pengaruh intervensi Reiki terhadap kecemasan

Sedangkan hasil penelitian Vitale dkk (2006) mengambil sampel terhadap 22 wanita dengan rentang usia 40-73 tahun. Semua sampel diberikan perlakuan sama yaitu pemberian terapi *Reiki* selama 30 menit sebelum operasi, 24 dan 48 post operasi. Sedangkan hari kedua dan ketiga diberikan terapi analgetik. Hasil penelitian menunjukkan penurunan tingkat kecemasan setelah dilakukan intervensi Reiki sebelum dan sesudah post operasi menunjukkan penurunan yang sangat bermakna dengan nilai p=0.005.

Pengaruh intervensi Reiki terhadap kualitas hidup

Penelitian Karin Olson dkk (2003) mengambil sampel terhadap 24 pasien kanker (pria=9, wanita=15) dengan rentang usia 56-59,5tahun. Sampel dibagi menjadi dua grup dengan perlakuan pemberian terapi analgetik + *Reiki* selama 1,5 jam (A, n=11) dan pemberian terapi analagetik + istirahat (B, n=13). Penentuan anggota grup dilakukan secara random. Hasil penelitian menunjukkan penurunan kualitas hidup berdasarkan pengukuran *Quality of Life Assessment* (QOL) didapatkan data bahwa pemberian terapi analgetik+*Reiki* menunjukkan peningkatan yang lebih bermakna dibandingkan pemberian terapi analgetik+istirahat, dengan nilai p=0.002.

Pembahasan

Reiki didasarkan pada keyakinan Timur dalam energi yang mendukung kemampuan penyembuhan tubuh bawaan atau alami. Namun, tidak ada bukti ilmiah bahwa energi tersebut ada. Penelitian tentang Reiki secara umum difokuskan pada manajemen gejala atau kesejahteraan.

Praktisi *Reiki* atau *Master Reiki* merupakan mediator untuk mengalirkan energi alam kedalam tubuh manusia melalui kedua tangannya. Tubuh manusia tersusun atas tubuh fisik dan non fisik yang saling berhubungan, saat tubuh non fisik terganggu maka tubuh fisikpun akan tergangu. Terapi *Reiki* tidak langsung ke ditujukan pada bagian fisik tubuh melainkan dialirkan dalam bentuk gelombang elektro magnetik melalui medan radiasi tubuh atau aura. Saat melakukan penyembuhan, seorang praktisi reiki akan menyerap energi *Reiki* dari alam semesta dan menyalurkannya ke tubuh nonfisik si pasien melalui cakra/pintu gerbang energi yang ada dalam tubuh manusia. Hasil yang diharapkan adalah terjadi keselarasan/keseimbangan energi dalam tubuh, meningkatkan kerja sel tubuh sehingga fungsi tubuh akan membaik dan dapat melakukan pemeliharaan dan perbaikan kesehatan.

Terapi *Reiki* telah dimanfaatkan masyarakat termasuk pasien kanker, pasien dengan prosedur operasi, dan kesehatan masyarakat. Kajian studi mengelompokkan *Reiki* ke dalam terapi komplementer. Dari review hasil penelitian yang hanya diwakili 95 pasien dengan penyakit kanker, *ACS*, dan post operasi *Hysterectomi* menurut penulis belum cukup mewakili untuk dijadikan sebagai generalisasi bahwa *Reiki* dapat menurunkan nyeri dibandingkan terapi lainnya.

Waktu pemberian terapi yang masih bervariasi juga menunjukka belum prosedur standar yang harus dipakai jika petugas kesehatan akan memanfaatkan *Reiki* sebagai terapi anti nyeri. Untuk penelitian berikutnya perlu ditetapkan waktu yang terstandar dalam pemberian terapi *Reiki* agar didapatkan hasil penelitian yang mendekati tingkat kesamaan prosedur yang lebih jelas.

Begitu juga dengan pengaruh terapi *Reiki* terhadap penurunan tingkat kecemasan dan peningkatan kualitas hidup pasien, masih perlu dilakukan penelitian yang mendalam dan melibatkan responden yang lebih banyak. Masih diperlukan penelitian khusus tentang pengaruh terapi *Reiki* terhadap penurunan tingkat kecemasan dan peningkatan kualitas hidup, sehingga bisa digunakan sebagai alternatif tindakan untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.

.

Penutup

Reiki adalah terapi non invasif, membuat nyaman, dan intervesi untuk relaksasi yang dapat dimanfaatkan perawat dalam memberikan implementasi ke pasien. Perawat

dapat mempelajari tekhnik *Reiki* sebagai bekal untuk bekerja di pelayanan sebagai alternatif intervensi untuk mengurangi keluhan pasien. Tetapi masih diperlukan banyak penelitian yang dapat menguatkan bahwa terapi *Reiki* memang bermanfaat bagi pasien dalam layanan kesehatan.

Penulis menganggap tulisan *Literature Review* ini masih banyak kekurangan walaupun sudah berusaha untuk mengurangi bias dalam menyeleksi arikel/jurnal dengan menetapkan kriteria inklusi dan eklusi. Tetapi karena faktor publikasi hasil penelitian/jurnal yang masih terbatas sehingga membuat penulis kesulitan untuk mendapatkan artikel sesuai dengan tujuan pembuat *Literature Review* ini.

Daftar Pustaka

Assefi N, Bogart A, Goldberg J, et al, 2008. Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 14(9):1115-1122.

Barnes PM, Bloom B, Nahin RL, 2008. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *CDC National Health Statistics Report #12*.

Bowden D, Goddard L, Gruzelier J, 2010. A randomised controlled single-blind trial of the effects of Reiki and positive imagery on well-being and salivary cortisol. *Brain Research Bulletin*. 81(1):66-72.

Anonim: http://greenlotus.hubpages.com/hub/Reiki_Really_Works-A_Groundbreaking_Scientific_Study

Rachel S. C. Friedman, MD, Matthew M. Burg, PhD, Pamela Miles, BA, Forrester Lee, MD, *Rachel Lampert, MD, 2010. Effects of Reiki on Autonomic Activity Early After Acute Coronary Syndrome, *Journal of the American College of Cardiology* Vol. 56, No. 12.

Karin Olson, RN, PhD, John Hanson, MSc, and Mary Michaud, RN, 2003. A Phase II Trial of Reiki for the Management of Pain in Advanced Cancer Patients, *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 26, No. 5.

SUPPORT GROUP TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL YANG MENJALANI HEMODIALISA

Nugroho Lazuardi

Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Diponegoro, Kampus FK UNDIP, Jl. Dr. Soetomo No 18 (Komplek Zona Pendidikan RSUP Dr. Kariadi Gedung Dekanat Lama FK UNDIP), Semarang, Jawa Tengah.

Email : nugroz_lazuardy@gmail.com

Abstrak

Pasien ESRD memerlukan terapi hemodialisa, sehingga bergantung pada mesin dialysis. Kondisi ketergantungan pada mesin dialisa menyebabkan terjadinya perubahan dalam kehidupan penderita gagal ginjal kronis yang melakukan terapi hemodialisa. Waktu yang diperlukan untuk terapi hemodialisa akan mengurangi waktu yang tersedia untuk melakukan aktivitas sosial. Hal ini dapat menciptakan konflik, frustrasi, rasa bersalah serta depresi bagi pasien dan dalam keluarga. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa individu yang memiliki interaksi yang dekat dengan teman dan kerabat lebih dapat menghindari penyakit sedangkan untuk mereka yang sedang dalam masa penyembuhan akan sembuh lebih cepat apabila mereka memiliki keluarga atau teman yang menolong mereka dan meningkatkan kualitas hidup pasien.Systematic review dengan penelusuran artikel – artikel yang berkaitan dengan dukungan sosial/ support group pada klien CKD terhadap peningkatan fungsi fisik dan kualitas hidup. Penelusuran dilakukan melalui web menggunakan Ebscohost dan Sciencedirect, dengan term dipilih dan dibatasi rentang tahun 2000-2014 yang dapat diakses fulltext dalam format pdf. Artikel yang berkaitan diambil kemudian dianalisis dengan menggunakan CASP (Critical Appraisal Skills Programme) dan menentukan level of evidence serta melakukan ekstraksi data kemudian disimpulkan. Hasil dari penelusuran menunjukkan dukungan sosial baik dari keluarga, teman maupun tenaga kesehatan, dapat berpengaruh terhadap penurunan tingkat stress, kualitas hidup.support group sebagai salah satu pendekatan terapi modalitas pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa aman diberikan dan tidak mempunyai efek samping. Rekomendasi : Identifikasi jenis terapi modalitas yang sangat berpengaruh terhadap peningkatan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisa.
Kata kunci : dukungan sosial, support group, chronic kidney disease,hemodialisis, quality of life
Kepustakaan : 3 (2000 - 2014)

PENDAHULUAN

Ginjal berfungsi untuk mengatur keseimbangan air dalam tubuh, mengatur konsentrasi garam dalam darah dan keseimbangan asam-basa darah, serta ekskresi bahan buangan dan kelebihan garam. [3] Apabila ginjal gagal menjalankan fungsinya maka penderita memerlukan pengobatan dengan segera. Keadaan dimana ginjal lambat laun mulai tidak dapat melakukan fungsinya dengan baik disebut juga gagal ginjal.

Populasi penyakit gagal ginjal di Indonesia dari tahun ke tahun kian meningkat. Peningkatan yang signifikan per tahunnya selalu terjadi pada penyakit gagal ginjal dimana kebanyakan peningkatan tersebut dipantik oleh meningkatnya populasi

penderita diabetes dan hipertensi di Indonesia. Tentu ini menjadi perhatian khusus bagi semua orang bila menginginkan kemungkinan hidupnya panjang. Berdasarkan data yang dirilis PT. Askes pada tahun 2010 jumlah pasien gagal ginjal ialah 17.507 orang. Kemudian meningkat lagi sekira lima ribu lebih pada tahun 2011 dengan jumlah pasti sebesar 23.261 pasien. Pada tahun 2011 ke 2012 terjadi peningkatan yakni 24.141 pasien, bertambah hanya 880 orang. Meski tak begitu besar tetap ini merupakan peringatan penting buat kita yang menginginkan memiliki umur yang panjang. Selain itu, pada tahun 2013 juga diduga akan mengalami peningkatan mengikuti peningkatan populasi diabetes dan hipertensi sebagai pangkal munculnya penyakit gagal ginjal ini. [4]

Tindakan ini sering disebut terapi pengganti ginjal karena berfungsi menggantikan sebagian fungsi ginjal. Diantara jenis dialysis, yang menjadi pilihan utama dan merupakan metode perawatan yang umum untuk penderita gagal ginjal adalah hemodialisa.[6]

Pasien hemodialisa dirawat di rumah sakit atau unit hemodialisa dimana mereka menjadi pasien rawat jalan. Sebagian besar pasien membutuhkan waktu 10 - 15 jam hemodialisa setiap minggunya yang terbagi dalam dua atau tiga sesi dimana setiap sesi berlangsung 4-5 jam. [8]

Kondisi ketergantungan pada mesin dialisa menyebabkan terjadinya perubahan dalam kehidupan penderita gagal ginjal kronis yang melakukan terapi hemodialisa. Waktu yang diperlukan untuk terapi hemodialisa akan mengurangi waktu yang tersedia untuk melakukan aktivitas sosial. Hal ini dapat menciptakan konflik, frustrasi, rasa bersalah serta depresi bagi pasien dan dalam keluarga. Gaya hidup terencana berhubungan dengan terapi hemodialisa, pembatasan asupan makanan dan cairan, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang menghilang serta komplikasi hemodialisa menjadi dasar perubahan gaya hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa. [7, 8]

Perubahan yang terjadi dalam hidup pasien hemodialisa merupakan salah satu faktor pemicu terjadinya stress yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi kesakitan dan pola perilaku individu. Banyak reaksi emosional yang dialami oleh pasien yang menderita penyakit gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa mengharuskan pasien tersebut bereaksi dan mengatasi masalah yang dialaminya dengan menggunakan koping yang ada dalam dirinya. Setiap individu melakukan respon yang berbeda - beda terhadap masalah yang dihadapi tergantung pada pemahaman individu terhadap penyakit yang dialaminya dan persepsi mereka terhadap kemungkinan dampak terhadap kehidupan, keluarga dan gaya hidup mereka. Respon individu bisa adaptif atau maladaptif tergantung faktor yang mempengaruhinya baik dari internal maupun eksternal. Hal ini jelas menunjukkan adanya keadaan stress akan memperburuk kondisi kesehatan perderita dan menurunkan kualitas hidupnya.

Agar dapat meningkatkan kualitas hidupnya dengan baik, individu membutuhkan bantuan dari orang lain. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa individu yang memiliki interaksi yang dekat dengan teman dan kerabat lebih dapat menghindari penyakit sedangkan untuk mereka yang sedang dalam masa penyembuhan akan sembuh lebih cepat apabila mereka memiliki keluarga atau teman yang menolong mereka. Secara umum dikatakan pula bahwa individu yang merasa menerima penghiburan, perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau kelompok biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis.[1] Dukungan sosial kelompok yang diberikan dapat dikelompokkan ke dalam lima bentuk, yaitu dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan harga diri, dan

dukungan dari kelompok sosial.[7] Dukungan kelompok atau support group therapy adalah terapi yang dilakukan dengan menggunakan kelompok sebaya yang memiliki problem yang relatif sama dengan cara sharing informasi tentang permasalahan yang dialami serta solusi yang perlu dilakukan sekaligus proses saling belajar dan menguatkan. Tujuan utama dari Support Group Therapy adalah tercapainya kemampuan coping yang efektif terhadap masalah ataupun trauma yang dialami.[1] Support group therapy adalah suatu proses terapi pada suatu kelompok yang memiliki permasalahan yang sama untuk mengkondisikan dan memberi penguatan pada kelompok maupun perorangan dalam kelompok sesuai dengan permasalahnnya.[10]

Gangguan pada fungsi ginjal dan perawatannya serta penyesuaian diri terhadap kondisi sakit menyebabkan pasien hemodialisa mengalami stress. Stress ini mengakibatkan kualitas hidup pasien tersebut menurun sehingga menambah beban stress yang telah ada sebelumnya. Dukungan kelompok sosial yang tepat dapat membantu pasien dalam menghadapi hal hal yang menimbulkan stress dan tercapainya kemampuan koping yang efektif, sementara dukungan kelompok yang tidak tepat ternyata malah menimbulkan stress baru pada pasein dan terakumulasi ke dalam stress yang sedang dialami pasien tersebut sehingga akan memperburuk keadaan.

METODE

Metode yang digunakan dalam literature review ini adalah mengumpukan data dan menganalisa artikel/ jurnal penelitian mengenai *Support group therapy pada klien Chronic Kidney Disease.* Artikel dicari melalui database elektronik web Undip yaitu *PubMed / Medline, Ebsco Host, Sciencedirect, cochrane,* dengan menggunakan kata kunci dukungan sosial,*support group, chronic kidney disease, hemodialisis, quality of life.*

HASIL

Hasil penelusuran yang dilaksanakan menggunakan kata kunci tersebut pada beberapa searching engine yang eligible menghasilkan 3 buah artikel yang selanjutnya dianalisis kualitasnya. Tiga artikel tersebut memiliki kualitas sedang. penelitian menggunakan RCT dan quasi eksperiment . Aspects of quality of life through end-stage renal disease berjumlah 1 penelitian, dukungan sosial pada pasien gagal ginjal terminal berjumlah 1 penelitian dan dampak tingkat stress terhadap kualitas hidup pasien berjumlah 1 jurnal. Semua penelitian dilakukan kepada pasien yang menjalani hemodialisa dan mendapatkan terapi pengganti ginjal.

Gagal ginjal terminal adalah keadaan dimana ginjal sudak tidak dapat menjalankan fungsinya lagi. Ginjal tersebut tidak dapat diperbaiki sehingga pengobatan yang paling mungkin dilakukan adalah dengan melakukan cuci darah (yang lebih sering disebut dialisa) setiap jangka waktu tertentu atau transplantasi (Pearce, 1995). Gagal ginjal makin banyak menarik perhaian dan makin banyak dipelajari karena walaupun sudah mencapai gagal ginjal terminal akan tetapi penderita masih dapat hidup panjang dengan kualitas hidup yang cukup baik (sidabutar,1992). Penelitian untuk mengetahui tingkat kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis akhir-akhir ini semakin banyak dilakukan. Ibrahim (2009) melakukan penelitian tentang kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialysis di Bandung. Hasil penelitian menunjukkan dari 91 pasien hemodialysis ,52 pasien (57,2%) mempersepsikan kualitas Hidupnya pada tingkat rendah dan 39 pasien lainnya (42,9%) pada tingkat tinggi.

Interaksi yang dekat, penghibur, perhatian dan pertolongan yang diberikan kepada seseorang disebut juga dengan dukungan sosial. Menurut Thoits (1993) mengatakan bahwa dukungan sosial adalah derajat dimana kebutuhan dasar individu pada afeksi, persetujuan, rasa memiliki dan keamanan didapatkan lewat interaksi denga orang lain. Martin (dalam sarafino 1998) menemukan bahwa penderita kanker merasa dukungan emosional dan dukungan pada harga diri lebih dapat menolong dalam mengatasi masalah yang mereka hadapi.

Gangguan pada fungsi ginjal dan perawatannya serta penyesuaian diri terhadap kondisi sakit menyebabkan pasien hemodialisa mengalami stress dan depresi. Kondisi tersebut mangakibatkan kualitas kesehatan pasien terssewbut menurun sehingga menambah beban yang telah ada sebelumnya. Dukungan sosial yang tepat dapat membantu pasien dalam menghadapi hal hal yang menimbulkan stress, sementara dukungan sosial yang tidak tepat ternyata malah menimbulkan stress baru pada pasien dan terakumulasi ke dalam stress yang sedang dialami pasien sehingga memperburuk kualitas hidup pasien.

PEMBAHASAN

Tindakan hemodialisis dilakukan pada pasien gagal ginjal tahap akhir adalah kondisis overload cairan yang tidak berespon terhadap pemberian diuretik, Meskipun sebagai terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy), tetapi tindakan dialisis ini tidak mampu menyebabkan beberapa abnormalitas klinis uremia dapat dihilangkan. Selain keuntungan, hemodialisis juga memiliki beberapa komplikasi, yaitu terjadinya kram dan hipotensi intradialisis.

Tingginya angka morbiditas dan mortalitas pada klien CKD yang menjalani hemodialisa akibat dari komplikasi yang menyertai misalnya penyakit kardiovaskular, hipertensi, anemia, penyakit tulang, malnutrisi dan kualitas hidup yang buruk serta gangguan kemampuan fungsi tubuh menyebabkan klien harus dapat mengubah gaya hidup untuk mengurangi resiko komplikasi tersebut terutama resiko penyakit kardiovaskuler sebagai penyebab tertinggi terjadinya kematian pada klien CKD (Pernefri, 2013).

Bagi pasien hemodialisa, adaptasi ini mencakup keterbatasan dalam memanfaatkan kemampuan fisik dan motoric, adaptasi terhadap perubahan fisik dan pola hidup. Ketergantungan secara fisik dan ekonomi pada orang lain serta ketergantungan pada mesin dialysis selama sisa hidup. Moos dan Schaefer serta serason (dalam Sarafino, 1998) mengatakan bahwa perubahan dalam kehidupan merupakan salah satu pemicu terjadinya stress.

Sarafino berpendapat bahwa stress muncul akibat terjadinya kesenjangan antara tuntutan yang dihasilkan oleh transaksi antara indivisu dan lingkungan dengan sumber daya biopsiko atau system sosial yang dimiliki individu. Pendapat lain tentang stress didapatkan dari Lahey dan Ciminero yang menjelaskan stress dengan penekanan pada peristiwa dan situasi negative yang dialami individu yang dapat menimbulkan efek yang tidak teratur pada perilakunya.

Dapat ditarik kesimpulan bahwa stress merupakan gangguan emosional dan perilaku yang terjadi dalam melakukan respon adaptasi diri terhadap peristiwa atau situasi karena adanya perbedaan antara tuntutan yang diakibatkan oleh peristiwa atau situasi dengan sumber daya yang dimiliki oleh individu. Stress mempengaruhi kesehatan dalam dua cara. Cara pertama, perubahan yang diakibatkan oleh stress secara langsung mempengaruhi fungsi fisik system tubuh yang dapat mempengaruhi kesehatan. Cara kedua, secara tidak langsung stress mempengaruhi perilaku individu sehingga menyebabkan timbulnya penyakit atau memperburuk kondisi yang sudah ada.[10] Dari

kedua cara tersebut, dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisa.

Support group adalah suatu terapi yang dilakukan dengan menggunakan kelompok sebaya yang memiliki masalah yang relative sama dengan cara care sharing informasi tentang permasalahan yang dialami serta solusi yang perlu dsekaligus proses saling belajar dan menguatkan (Yalom, 1985). definisi lain menjelaskan, support groups therapy adalah suatu proses terapi pada kelompok yang memiliki permasalahan yang sama untuk mengkondisikan dan memberi penguatan pada kelompok maupun perorangan dalam kelompok sesuai dengan permasalahannya (Seligman and Laura, 1990).

Secara umum dukungansosial yang diberikan tenaga medis berbeda dengan dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga, dimana keluarga memberikan dukungan yang lebih besar. Hal ini mengingat keluarga memiliki tuntutan untuk mendukung yang lebih kuat dibandingkan tenaga medis karena hubungan kekerabatan. Untuk itu, tenaga medis mengandalkan partisipasi aktif dari keluarga. Dari hasil eliminasi, komposisi jenis kebutuhan yang terbanyak adalah dukungan emosional (33%), sementara yang tersedikit adalah dukungan kelompok sosial. Kurang dibutuhkannya dukungan kelompok sosial mungkin terpengaruh dari pola interaksi masyarakat.

Perawat memegang peranan yang sangat penting dan strategis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Perawat hemodialisis turut berperan dalam mencapai adekuasi dialisis. Perawat dapat memberikan intervensi dukungan/ support selama hemodialisis karena dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawat hemodialisis berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang terapi modalitas, mengajarkan dan memotivasi untuk melakukan terapi tersebut serta memberikan pelayanan konsultasi tentang perawatan tersebut.

KESIMPULAN

Secara umum dukungan sosial memberikan beberapa manfaat pada klien CKD (Chronic Kidney Disease) dan ESRD (End Stage Renal Disease) berpotensi untuk memperbaiki kualitas hidup. Dukungan sosial yang diberikan oleh tenaga medis berbeda dengan dukunga sosial yang diberikan oleh keluarga, dimana keluarga memberikan dukungan lebih besar. Untuk itu, tenaga medis mengandalkan partisipasi aktif dari keluarga.

Dari sudut pandang sumber dukunga sosial, dukungan sosial yang dibutuhkan oleh pasien hemodialisa ngan yang mereka berikan kepada pasien hemodialisa, baik ternyata berbeda dengan dukungansosial yang diberikan kepada pasien hemodialisa. perbedaan terjadi dari jenis dukungan instrumental, dukungan emosional, dan dukungan dari kelompok sosial. Dalam setiap jenis, baik dukungan ekonomi, bantuan selama melakukan hemodiallisa dan partisipasi dalam kegiatan sosial. Akan tetapi dalam dukungan informasional dan harga diri, sumber dukungan sosiala memberikan dukungan sesuai dengan yang dibutuhkan pasien hemodialisa. dukungan ini meliputi informasi umum tentang penyakit, nasihat, pemberian motivasi serta kegiatan mengobrol ketika sedang melakukan hemodialisa.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gazda, G. M., 1989. Group counselling : a developmental approach 4rd ed. Boston : Allyn and Bacon.

2. Lubis, A.J. (2006). Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal Yang Melakukan Terapi Hemodialisa. Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan.

3. Pearce, E.C (1995). Anatomi dan fisiologis untuk paramedia. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama

4. Pernefri, (2013). Indonesian Renal Registri.

5. Price, S.A. & Wilson, L.M. (1995). Patofisiology; Konsep klinis proses-proses penyakit. Edisi 4. Jakarta : EGC.

6. Raharjo, J.P (1996). Strategi terapi gagal Ginjal Kronik. Dalam S. Waspadji, R.A Gani, S. Setiadi & I. Alwi (eds), Bunga Rampai Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta : Fakultas kedokteran Universitas Indonesia

7. Sarafino, E.P (1998). Health Psychology : Biopscychosocial Interaction (3 ed.) New York : John Wiley & Sons. Inc

8. Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2001). Brunner And Suddarth's Texbook Of Medical Surgical Nursing. Lippincott; Philadelphia.

9. Kurtus. R. (2005). University of Toronto Quality of Life Model. http://www.schoolfor- champions.com / life/toronto_ univ_quality_life.htm diperoleh tanggal 5 Maret 2011.

10. Gabriele Helga Franke (2002), Aspects of quality of life through end-stage renal disease. University of Essen, Germany

PENINGKATAN FUNGSI VENTILASI PARU MELALUI YOGA BREATHING EXERCISE (PRANAYAMA) PADA PASIEN ASMA BRONCHIALE

Sukarno

Mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
E-mail : bung_karno82@yahoo.com

Abstrak

Latar belakang : Dalam manajemen penatalaksanaan pasien asma, pengobatan komplementer dan alternatif adalah pengobatan yang popularitas di seluruh dunia. Ulasan ini mensintesis literatur tentang teknik pengobatan komplementer dan alternatif yang memanfaatkan Latihan pernafasan yoga (pranayama) sebagai komponen utama dan membandingkan bukti dari percobaan terkontrol dengan sebelum dan sesudah percobaan. **Metode** : literature review dilaksanakan dengan menelusuri artikel/jurnal melalui PudMed, Medline, respiratory medicine, Proquest Publish Health, Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention dari tahun 2009-2013. Jurnal yang sudah terkumpul kemudian dilakukan ekstraksi data. **Hasil** : didapatkan data bahwa yoga breathing exercise (pranayama) merupakan latihan pernafasan yang tidak membebankan berat tugas pada sistem pernafasan. Hasil yang ditemukan bahwa yoga breathing exercise (pranayama) sangat singnifikan dalaam meningkatkan fungsi ventilasi paru-paru dan kualitas hidup pasien asma. **Implikasi** : penelitain selanjutnya didasarkan pada penelusuran angka kejadian kunjungan pasien asma di rumah sakit, perlu tindak lanjut tentang kebijakan pihak terkait dalam menjalankan intervensi ini dalam keterlibatan pasien dan keluarga.

Kata kunci : Yoga Breathing exercise (Pranayama), Bronchial Asma, Ventilasi Paru

PENDAHULUAN

Asma Bronchial merupakan suatu keadaan gangguan / kerusakan bronkus yang ditandai dengan spasme bronkus yang reversibel (spasme dan kontriksi yang lama pada jalan nafas) (Black and Hawks, 2014). Beberapa individu dengan asma mengalami respon imun yang buruk terhadap lingkungan mereka. Antibody yang dihasilkan kemudian menyerang sel-sel mast seperti histamine, bradikinin dan prostaglandin serta anafilaksis dari substansi yang bereaksi lambat. Pelepasan mediator ini dalam jaringan paru mempengaruhi otot mengakibatkan hipoksemia membutuhkan pemberian oksigen dan pemantauan gas darah arteri. Cairan diberikan karena individu dengan asma mengalami dehidrasi akibat diaforesis. Kondisi diperburuk dengan diperburuk oleh berbagai faktor seperti faktor lingkungan, infeksi, faktor pekerjaan, paparan dingin, dan latihan / olahraga.

Pada kondisi seperti ini pasien dengan asma bronchiale membutuhkan penatalaksanaan baik berupa farmakologis dan non farmakologis. Salah satu bentuk penatalaksanaan non farmakologis yang dapat dilakukan adalah dengan tindakan latihan pernafasan yoga (Pranayaama). Pranayama yoga merupakan salah satu jenis yoga yang bertujuan mengontrol pernafasan secara sadar (Worby, 2007). Latihan ini dapat menguatkan sistem pernafasan, menenangkan sistem saraf, membantu mengurangi atau menghilangkan berbagai kecanduan, dan dapat menguatkan sistem kekebalan tubuh.

Oleh sebab itu terapi komplementer ini dilakukan untuk melihat perubahan fungsi ventilasi paru dengan latihan pernafasan yoga.

METODE

1. Design
   Pencarian literatus sistematis dilakukan untuk mengidentifikasi penelitian yang diterbitkan pada tahun 2009 sampai tahun 2013 pada jurnal peer-review pada tindakan yoga breathing exercise (Pranayama) terhadap peningkatan fungsi ventilasi paru pada pasien asma bronkhiale.
2. Kriteria inklusi dan ekslusi
   a. Kriteria Inklusi
      i. Tipe study
         Semua jurnal peer-review yang berkaitan dengan tindakan yoga breathing exercise (pranayama) dengan pendekatan quasi eksperimental dan metode sampling yang dilakukan adalah randomized controll trial.
      ii. Tipe participant/responden
         Populasi dalam jurnal peer-review semua terdiagnosis asma bronkhiale berdasarkan kriteria dari pemeriksaan dignosis dokter
      iii. Tipe intervensi
         Tindakan yang dilakukan pada peer-review jurnal adalah yoga breathing exercise (pranayama).
      iv. Tipe outcome yang diukur
         Hasil yang diukur dalam jurnal peer-review adalah melihat ventilasi paru dengan pengukuran spirometri untuk melihat arus puncak ekspirasnya, 6 minute walk test, resistensi pernafasan dan kualitas hidup pada pasien asma bronchiale.
   b. Kriteria Eksklusi
      Studi jurnal dikeluarkan jika penelitian tidak melaporkan data asli, bukan tindakan yoga breathing exercise dan bukan penyakit asma murni seperti sindrom hiperventilasi dan pasien PPOK.
3. Strategi pencarian literature
   Pencarian literatur melalui Pubmed, Medline, respiratory medicine, Proquest Publish Health, Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, menggunakan kata kunci asma bronchiale dan yoga breathing exercise (pranayama).
4. Metode pengkajian kualitas study
   Artikel atau jurnal yang sesuai dengan kriteria dilakukan analisis critical appraisal sesuai dengan pendekatan penelitain RCT. Alat ukur yang dipakai adalah critical appraisal skills programme (CSAP). Data yang suda dianalisis kemudian diekstrasi dan disintesis sesuai dengan tujuan.
5. Cara ekstraksi data
   Judul dan abstrak yang ditinjau oleh penulis dimasukkan dalam lembar penilaian kelayakan calon jurnal yang di review. Uji kelayakan jurnal tidak dapat dilihat dari abstraknya saja tetapi perlu dilihat teksnya secara lengkap. Jurnal yang masuk berdasarkan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan. Selain itu juga dilihat karakteristik peserta seperti usia, jenis kelamin, tempat berobat, besaran sampel yaang dipakai dan kekuatan dari jurnal tersebut. Sampel benar-benar dipilih secara acak yang diperlihatkan dengan metode yang dipakai.

No	Authors	Title	Research Objective	Design	Sample	Results
1.	Saxena and Saxena, (2009)	The effect of various breathing exercises (pranayama) in patients with bronchial asthma of mild to moderate severity	Untuk mengetahui efek pranayama breathing exercise pada berbagai tipe, durasi dan efikasi pada pasien asma	Quasi eksperimen	25 pasien asma dengan nomer genap sebagai kelompok intervensi dan 25 pasien asma dengan nomer ganjil sebagai kelompok kontrol	Setelah 12 minggu, terdapat penurunan yang signifikan pada gejala, peningkatan FEV1 dan PEFR pada kelompok intervensi (p = 0,001) dibandingkan dengan kelompok kontrol
2.	Ruprai et al (2013)	Effect of Yoga Training on Breathing Rate and Lung Functions in Patients of Bronchial Asthma	Untuk mengetahui apakah latihan pernafasan yoga mempunyai dampak posistif terhadap FCV, FEV1 dan PEFR pada pasien asma bronchiale	Quasi eksperimen	Kelompok kontrol: 25 responden; kelompok eksperimen: 25 responden pasien asma bronchiale	Setelah dilakukan selama 12 minggu ada perubahan signifikan secara statistik peningkatan variabel pernapasan (p = 0,001) setelah dilakukan latihan pernafasan yoga. Studi ini menunjukkan bahwa ada efek menguntungkan di ventilasi paru dengan cara relaksas otot inspirasi dan ekspirasi.
3.	Rachana sahir et al (2013)	A Clinical Study On *Shringyadi Churna* With And Without *Pranayama* In The Management Of *Tamaka Shwasa* (Bronchial Asthma)	Untuk mengetahui pengaruh shringyadi churna dan latihan pernafasan pranayama dalam management pasien asma bronchiale..	quasi eksperimen	22 pasien dilakukan *Shringyadi Churna* 22 pasien dilakukan pranayama	Tindakan *Shringyadi Churna dan pranayama* sangat efektif dilakukan pada psien asma bronchiale (p<0,05)

HASIL

Hasil perlakukan yoga breathing exercise yang dilakukan oleh Ruprai et al (2013) : BHT & Respiratory rate for pre & post yoga session

Parameters		Pre	Post	P Value
		Mean ± SD	Mean ± SD	
Breath holding Time (sec)		33.10 ± 4.62	45.95 ± 5.37	< 0.001
Respiratory rate		17.25 ± 2.00	12.58 ± 2.51	< 0.001
pulmonary function test	FEC	2.92 ± 0.52	3.64 ± 0.52	< 0.001
	FEV1	61.90 ± 4.84	70.88 ± 3.55	< 0.001
	PEFR	4.71 ± 1.03	7.06 ± 0.88	< 0.001

Ada peningkatan yang signifikan dalam FVC, FEV1% dan PEFR (p <0,001) dalam kelompok studi setelah yoga. Tingkat pernapasan secara signifikan menurun (p <0,001), dan waktu pernafasan meningkat secara signifikan (p <0,001) setelah sesi yoga.

Hasil perlakuan yoga breathing exercise menurut Saxena and Saxena (2009) :

Parameters	Group A (Exercise Group)	Group B (Control group)	P Value
Cough • Before • After 12 weeks	 73 12	 77 75	 >.05 <.01
Wheezing • Before • After 12 weeks	 76 8	 80 80	 >.05 <.01
Dypsnea • Before • After 12 weeks	 73 10	 77 79	 >.05 <.01

Setelah 12 minggu, ada penurunan yang signifikan dalam gejala, peningkatan FEV1 dan PEFR dalam kelompok A (P <.001) dibandingkan dengan kelompok B (kontrol).

Hasil Perlakuan yang dilakukan oleh Rachana Sharir, et al (1013) :

Symptoms	Group I			Group II			Goup III		
	Mean	X2	P Value	Mean	X2	P Value	Mean	X2	P Value
Dypsnoe	76.92 %	13.16	.001	80%	16.81	0.001	50%	4.27	>0.05
Ronchi	66.66%	5.49	<0.05	85.71%	16.21	< 0.001	55.55%	1.76	>0.05

Hasil dari perlakuan bahwa terjadi perubahan signifikan PEFR yang ditunjukkan pada group I dan Group II dengan Nilai P<0.001.

PEMBAHASAN

Keperawatan holistik merupakan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan komprehensif dengan mengintegrasikan konsep keperawatan komplementari, yakni alternatif dan spiritual yang mengacu pada healing pasien

berdasarkan pendekatan secara menyeluruh berbagai aspek biologis, psikologis, kognitif, sosial, kulturaldan spiritual.Pemakaian terapi komplementer bagi pasien bertujuan untuk mencari rasa nyaman, mencari solusi pegobatan dan meningkatkan well being (Dossey, 2005).

Yoga memiliki keunggulan bila dibandingkan dengan jenis olah tubuh yang lain terutama dari sisi spiritualnya karena yoga bersifat statis, mempengaruhi banyak organ atau sistem fisiologis, gerakan sinkron dengan pernafasan sehingga suplai oksigen selalu cukup dan menenangkan (Wiadyana, 2010).

Yoga dilakukan untuk memberikan keseimbangan fungsional antara tubuh dan pikiran. Apabila dilakukan secara teratur dan benar dapat menstimulasi saraf, meningkatkan rasa nyaman, bebas stres, meningkatkan rasa percaya diri, memperbaiki sikap dan perilaku, pola pikir yang lebih positif dan meningkatkan kesehatan secara menyeluruh (holistik), keseimbangan kondisi fisik dan kejiwaan seseorang dalam dirinya, dapat membantu pencapaian kesehatan paripurna, yaitu sehat secara fisik, mental, sosial dan spiritual. Ketika kekuatan hidup tidak seimbang akan menimbulkan ketidakharmonisan fisik, mental, emosional dan spiritual (Bidweel, 2012). Yoga merupakan latihan pernafasan yang digunakan sebagai terapi non farmakologi yang secara signifikan meningkatkan fungsi paru pada pasien asma bronkial (Ruprai, 2013).

Prinsip pranayama adalah pernafasan melalui hidung, yaitu menarik dan menghembuskan nafas melalui hidung. Pernafasan melalui hidung mempunyai manfaat antara lain : di dalam rongga hidung udara dihangatkan, udara disaring oleh bulu-bulu dari sel-sel pelapis rongga hidung, udara dilembabkan oleh basahnya selaput rongga hidung, benda asing yang ikut masuk bersama udara ke dalam hidung akan dibuang melalui mekanisme refleks bersin agar tidak masuk ke dalam paru-paru dan indra penciuman dapat menyaring udara berbau tak sedap (Saxena, 2009).

Secara normal kita hanya memakai 10-15 % saja dari kemampuan kita dalam bernafas sehari-hari. Latihan yoga akan meningkatkan jumlah udara yang dipertukarkan di dalam paru-paru. Penderita asma cenderung memiliki basal parasympatis tone lebih tinggi, saraf parasimpatis (kolinergik) merupakan komponen dari sisitem saraf otonom yang mengontrol otot jalan nafas dan sekresi jalan nafas. Komponen kolinergik dari sisten saraf otonom ini memiliki peran dalam refleks bronkokonstriksi dan perubahan sesnsitivitas reseptor muskarinik yang menyebabkan pernafasan menjadi hiperresponsif terhadap udara dingin, nafas menjadi cepat dan histamin. Aktifitas dari parasimpatis bukan merupakan satu-satunya faktor yang terlibat dalm patogenesis asma, tetapi didukung oleh fungsi dari β2-adrenoreseptor. Reseptor ini memediasi relaksasi bronkiolus dan didistribusikan secara luas di jaringan otot polos bronkhiolus. Kondisi ini akan menyebabkan relaksasi pernafasan, kemudian dapat meningkatkan kolinergik dan mengaktifkan mass sel (Ruprai, 2013).

Yoga pranayama adalah latihan pernafasan yang mengontrol fungsi otonom sebagai terapi untuk pasien dengan masalah disistem pernafasan seperti asma bronchiale, COPD dll. Pranayama menyebabkan perbaikan klinis dengan perubahan positif di MIP dan MEP serta penyesuaian kembali dari keseimbangan vago simpatis sistem kardiovaskuler (Jaju, 2011). Gangguan fungsi otot pernafasan pada pasien asma bronchiale menyebabkan dyspnea saat beraktifitas, sehingga dengan pranayama dapat melatih otot-otot pernafasan dan meningkatkan kinerjanya. Otot inspirasi pada saat pernafasan sangat penting berkontribusi terhadap exertional dyspnea. Beberapa prinsip dalam berlatih otot pernafasan meliputi peningkatan frekuensi, durasi dan intensitas pelatihan, namun program latihan ini harus disesuaikan dengan kemampuan dan

kebutuhan pasien, sehingga akan memberikan manfaat pada nilai MIP dan MEP. Dengan toleransi latihan yang progresif akan menurunkan rasa sesak namun tidak berpengaruh pada tekanan pernafasan. Latihan otot pernafasan yang mampu meningkatkan MIP adalah 15-50 menit per hari , dilakukan selama seminggu lima kali dalam 1-6 bulan. Dengan latihan selama 6 bulan secara signifikan mampu meningkatkan kinerja aktifitas parasimpatis. Latihan pranayama mampu mengaktifkan otot parasimpatis dari sistem saraf otonom (Jaju et al, 2011).

PENUTUP

Yoga Breathing exercise (pranayam) adalah latihan pernapasan yang dapat meningkatkan koordinasi dan efisiensi dari otot-otot pernapasan yang bertujuan untuk menurunkan sesak napas, menurunkan frekuensi dan kedalaman pernapasan, meningkatkan ventilasi alveolar, sehingga kebutuhan oksigen tubuh terpenuhi. Latihan pernafasan yang berkelanjutan dapat meringankan beban pada pasien asma dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan mewujudkan kualitas hidup yang meningkat.

DAFTAR PUSTAKA

Black, J.M and Hawks, J. H, 2014. Keperawatan Medikal Bedaah : Manajemen Klinis untuk hasil yang diharapkan. Elseiver

Bidwell, Amy J., Beth Yazel., David Davin., Timothy J. fairchild., Jill A. Kanaley. (2012). Yoga Training Improves Quality of life in Women with Asthma. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. Volume 18 Number 8 . Pages 749-755. Mary Ann Liebert,Inc. DOI: 10.1089/acm.2011.0079.

Dossey, Barbara Montgomery., Lynn Keegan., Cathie E. Guezzetta. (2005). Holistic Nursing A Handbook for Practice. Fourth Edition. Jones and Bartlett Publishers, Inc.

Jaju, DS., Dikshit, MB., Balaji, J., George, J., Rizvi, S. & Al Rawas, O. (2011). Effects of Pranayam Breathing on Respiratory Pressures and Sympathovagal Balance of Patients with Chronic Airflow Limitation and in Control Subjects. SQU Med J; 11(2): 221-229.

Rachana sahir et al (2013). A Clinical Study On *Shringyadi Churna* With And Without *Pranayama* In The Management Of *Tamaka Shwasa* (Bronchial Asthma). Global J Res. Med. Plants & Indigen. Med. | Volume 2, Issue 3 | March 2013 | 172–177

Ruprai, Reena Kaur., Prathamesh Kamble., Manisha Kurwale. (2013). Effect of Yoga Training on Breathing Rate and Lung Function in Patients of Bronchial Asthma. International Journal of Recent Trends in Science and Technology. Volume 5 issue 3. pp 127-129.

Saxena, T. & Saxena M. (2009). The effect of various breathing exercises (pranayama) in patients with bronchial asthma of mild to moderate severity. International journal of yoga; 2(1): 22-25. Doi: 10.4103/0973-6131.53838.

Worby, C (2007). Memahami segalanya tentang yoga : tingkat kekuatan, kelenturan, dan kesehatan andaa (S.C. Simanjuntak, Trans(, In Y.I. Wahyu (Eds). Yoga : The everything yoga book. Jakarta : Karisma Publishing Group.

Poster Presentation

SEMINAR ILMIAH NASIONAL KEPERAWATAN

3rd Adult Nursing Practice : Using Evidence in Care

"Holistic Nursing in Emergency and Disaster : Issue and Future"

GAMBARAN PERILAKU PENDERITA HIPERTENSI DALAM MELAKSANAKAN DIIT RENDAH GARAM BERDASARKAN *THEORY OF PLANNED BEHAVIOR* DI KELURAHAN BULUSAN, KOTA SEMARANG

Abi Sufyan Harits[1)], Henni Kusuma[2)]

1) Mahasiswa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email : yusgaa@gmail.com)
2) Staf Pengajar Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: hen_hen8@yahoo.com)

Abstrak

Latar Belakang: Hipertensi merupakan keadaan tanpa disertai gejala dimana tekanan darah arteri yang tinggi menyebabkan meningkatnya risiko komplikasi penyakit kardiovaskuler dan ginjal. Diit rendah garam merupakan salah satu terapi pengobatan hipertensi. **Tujuan:** Untuk mengetahui gambaran perilaku penderita hipertensi dalam melaksanakan diit rendah garam berdasarkan *theory of planned behavior.* **Metode**: Penelitian menggunakan desain deskriptif survei dengan teknik *cross sectional*. Responden diambil menggunakan metode *accidental sampling* sehingga sampel pada penelitian ini berjumlah 120 orang. Instrumen yang digunakan adalah *Dietary Sodium Restriction Quesionaire (DSRQ)* yang dimodifikasi berjumlah 15 item. Instrumen dimodifikasi dan diuji validitas (r = 0,526 - 0,815) dan reliabilitas (0.899) dengan cara uji *construct* dan uji *expert*. Data ditampilkan menggunakan tabel frekuensi. Data dianalisis menggunakan analisis univariat. **Hasil**: Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, responden perempuan jumlahnya lebih dari separuh total responden (52,5%). Pendidikan terakhir responden didominasi perguruan tinggi (48,3%). Sebagian besar responden memiliki pekerjaan (86,7%). Mayoritas responden telah menikah (93,3%). Derajat hipertensi responden sebagian besar adalah derajat 1 (80%). Penelitian ini menunjukkan lebih dari separuh responden berperilaku baik (74,2%). Pada tiap komponen perilaku menunjukkan sikap baik (77,5%), norma subjektif mendukung (75%), serta kemampuan mengontrol perilaku lemah (90%). **Kesimpulan dan Saran**: Sebagian besar perilaku pelaksanaan diit rendah garam pada penderita hipertensi di Kelurahan Bulusan baik. Namun, pada komponen kemampuan mengontrol perilaku mayoritas masih lemah. Keluarga diharapkan dapat membantu untuk menyediakan makanan rendah garam dan menjadi sumber pendukung yang efektif bagi anggota keluarga yang menderita hipertensi untuk berprilaku baik dalam pelaksanaan diit rendah garam. Penelitian ini menjadi informasi bagi perawat untuk melakukan promosi kesehatan komunitas.

Kata Kunci : Hipertensi, Diit Rendah Garam, *Theory of Planed Behavior*

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang mengakibatkan kesakitan yang tinggi. Hipertensi atau penyakit darah tinggi adalah gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Sustrani, Syamsir, & Hadibroto, 2005). Secara umum hipertensi merupakan suatu keadaan tanpa disertai gejala, dimana tekanan darah yang tinggi di dalam arteri menyebabkan meningkatnya risiko terhadap penyakit-penyakit yang berhubungan dengan sistem kardiovaskuler seperti serangan jantung, stroke dan kerusakan ginjal (Sutanto, 2010).

World Health Organization (WHO), memprediksikan bahwa tahun 2020 penyakit tidak menular, seperti salah satunya hipertensi akan menyebabkan 73% kematian (ISH, 2003). Menurut WHO saat ini terdapat 600 juta penderita hipertensi di seluruh dunia dan 3 juta di antaranya meninggal setiap tahunnya di dunia (Rahajeng & Tuminah, 2009). Hal ini akan berdampak secara global negara yang akan menerima dampak terbesar adalah negara berkembang termasuk Indonesia.

Di Indonesia hipertensi menempati peringkat ke-2 dari 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit di Indonesia pada tahun 2006 dengan prevalensi sebesar 4,6% (Depkes RI, 2007). Data riset kesehatan dasar tahun 2007 menyebutkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia berkisar 30% dengan insiden komplikasi kardiovaskuler lebih banyak pada perempuan (52%) dibandingkan laki-laki (48%). Data riset kesehatan dasar juga menyebutkan hipertensi sebagai penyebab kematian No. 3 setelah stroke dan tuberkulosis. Kematian yang disebabkan oleh hipertensi berjumlah 6,8% dari seluruh penyakit kematian pada semua umur masyarakat di Indonesia (Depkes RI, 2007).

Pada tahun 2012 di Jawa Tengah terjadi 544.771 kasus hipertensi, angka ini termasuk tinggi jika dibandingkan dengan provinsi lain di Indonesia (Dinkes Jateng, 2012). Di Kota Semarang hipertensi selalu berada di angka kasus tertinggi dengan prosentase : 2007 (48,3%), 2008 (42,9%), 2009 (44,9%), 2010 (46,8%), dan 2011 (42,4%), dari semua penyakit yang ada. Hal ini menggambarkan hipertensi merupakan masalah yang cukup serius di Kota Semarang (Dinkes Kota Semarang, 2012).

Dari data yang diperoleh dari Puskesmas Rowosari yang merupakan salah satu Puskesmas di Semarang, diketahui jumlah pasien yang hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Rowosari dari bulan Oktober sampai bulan Desember 2013, Oktober 96 orang, November 47 orang, Desember 71 orang. Prevalensi ini termasuk tinggi sehingga membutuhkan strategi pengobatan yang tepat dalam menanggulangi penyakit hipertensi.

Pengobatan pada hipertensi sendiri dapat dibagi menjadi dua yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis adalah pengobatan dengan obat anti hipertensi atau obat penurun tekanan darah. Terapi non farmakologis mencakup olahraga, diet rendah garam, berhenti merokok, tidak mengkonsumsi alkohol dan lain – lain (Sudoyo, Setiyohadi, Idrus, Simadibrata, & Setiati, 2008).

Salah satu terapi pengobatan non farmakologis yang terpenting pada pasien hipertensi adalah pengaturan konsumsi natrium karena konsumsi natrium dapat secara langsung menaikkan tekanan darah. Setengah sendok teh garam, (satu sendok teh setara dengan 6 gram), bisa menaikkan tekanan sistolik sebesar 5 mmHg dan tekanan diastolik bertambah 3 mmHg (Atmatsier, 2004). Garam menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh karena bersifat mengikat cairan eksternal yang seharusnya diekskresikan oleh tubuh, sehingga akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Thomas, 2000).

Natrium dalam garam (NaCl) sebenarnya bermanfaat untuk menjaga regulasi volume dan tekanan darah, kontraksi otot, transmisi sel saraf, serta membantu keseimbangan air, asam dan basa dalam tubuh jika dikonsumsi sesuai dengan takaran yang telah ditentukan. Dampak dari konsumsi garam berlebih dapat memicu serangan jantung, stroke, dan tekanan darah tinggi karena kelebihan garam dapat menyebabkan volume darah meningkat sehingga jantung harus bekerja keras memompa darah melalui arteri (Thomas, 2000).

Konsumsi garam menurut panduan umum gizi seimbang dianjurkan tiap orang tidak lebih dari 6 gram (setara 1 sendok teh) setiap hari, dan jumlah 6 gram itu sama dengan 2400 mg natrium (Sudoyo, Setiyohadi, Idrus, Simadibrata, & Setiati, 2008). Untuk penderita hipertensi, konsumsi garam yang selama ini direkomendasikan adalah 2-4 gram setiap hari (Kowalski, 2010).

Perilaku konsumsi garam masyarakat Indonesia rata-rata adalah 15 gram setiap hari. Jumlah ini hampir tiga kali lipat dari konsumsi yang direkomendasikan oleh WHO. Hal ini tentunya menjadi masalah yang mungkin menyebabkan tingginya prevalensi hipertensi di Indonesia.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Kelurahan Bulusan melalui pemeriksaan tekanan darah menunjukkan 5 dari 10 orang masyarakat mengalami hipertensi derajat dua. Berdasarkan hasil wawancara kepada 10 orang tersebut didapatkan informasi bahwa perilaku konsumsi garam warga Bulusan lebih dari satu sendok teh setiap hari.

Terdapat banyak teori tentang perilaku untuk penyedia layanan kesehatan seperti *Theory of Planned Behavior* (TPB) dan *Health Promotion Model* (HPM). TPB merupakan suatu teori untuk memprediksi perilaku yang akan dilakukan seseorang termasuk perilaku pengobatan suatu penyakit. HPM adalah salah satu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam

berbagai dimensi. Konsep HPM tidak hanya menjelaskan perilaku pengobatan penyakit namun mencakup perilaku lainnya untuk meningkatkan kesehatan dan mengaplikasikannya secara holistik (Butts & Rich, 2011). Berdasarkan hal ini peneliti memilih untuk menggunakan TPB sebagai landasan karena penelitian ini hanya berfokus pada tindakan pengobatan penyakit dalam hal ini perilaku diit rendah garam.

Komponen - komponen perilaku menurut *Theory of Planned Behavior* meliputi sikap, norma subjektif dan kemampuan mengontrol perilaku. Untuk melakukan suatu perilaku, pertama seseorang harus bersikap positif terhadap perilaku tersebut. Seseorang tidak mungkin melakukan perilaku yang tidak disikapi dirinya dengan positif. Komponen kedua yaitu norma sebjektif adalah pengaruh dari orang lain yang mempunyai peranan penting bagi seseorang. Seseorang akan lebih mudah berperilaku apabila mendapat dukungan dari orang - orang terdekatnya. Komponen terakhir yaitu keyakinan mampu mengontrol perilaku, perilaku akan tercapai apabila seseorang yakin bisa melakukan perilaku tersebut.

Sikap individu terhadap suatu perilaku diperoleh dari keyakinan terhadap konsekuensi yang ditimbulkan oleh perilaku tersebut, yang diistilahkan dengan *behavioral beliefs* (keyakinan terhadap perilaku). Keyakinan terhadap perilaku menghubungkan perilaku dengan hasil tertentu, atau beberapa atribut lainnya seperti biaya atau kerugian yang terjadi saat melakukan suatu perilaku (Butts & Rich, 2011). Sikap sangat dipengaruhi oleh tingkat penegetahuan (Hernawan, 2012). Berdarakan latar belakang pengetahuan yang berbeda kemungkinan sikap warga bulusan dalam pelaksanaan diit rendah garam juga akan berbeda. Dalam teori keperawatan model promosi kesehatan, komponen sikap ini terdapat dalam afek sikap yang berhubungan dengan aktifitas (*activity-related affect*).

Norma subjektif diartikan sebagai adanya persepsi individu terhadap tekanan sosial yang ada untuk menunjukkan atau tidak suatu perilaku. Individu memiliki keyakinan bahwa individu atau kelompok tertentu akan menerima atau tidak menerima tindakan yang dilakukannya. Apabila individu meyakini apa yang menjadi norma kelompok, maka akan mematuhui dan membentuk perilaku yang sesuai dengan kelompoknya (Butts & Rich, 2011). Penelitian ini telah membuktikan adanya hubungan dukungan keluarga dengan perilaku kepatuhan diit rendah garam (Tumenggung, 2013). Pada masyarakat Bulusan dukungan keluarga sangat mungkin mempengaruhi perilaku untuk menjalani pengobatan termasuk diit rendah garam. Dalam teori keperawatan model promosi kesehatan, norma subjektif ini terdapat dalam pengaruh interpersonal (*interpersonal influences*).

Keyakinan mengontrol perilaku merupakan keyakinan tentang ada atau tidaknya faktor - faktor yang memfasilitasi dan menghalangi individu untuk melakukan suatu perilaku. Keyakinan mengontrol perilaku ditentukan oleh pengalaman masa lalu individu dan juga perkiraan individu mengenai seberapa sulit atau mudahnya untuk melakukan suatu perilaku (Butts & Rich, 2011). Penelitian ini telah membuktikan

adanya hubungan yang signifikan antara keyakinan diri mengontrol perilaku dengan kepatuhan menjalankan pengobatan (Setiadi, 2014). Dalam teori keperawatan model promosi kesehatan, keyakinan mengontrol perilaku ini terdapat pada komponen kemampuan diri (*perceived self-efficacy*).

Perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor *predisposing* (predisposisi), faktor *enabling* (pemungkin), dan faktor *reinforcing* (penguat). Faktor predisposisi yaitu kepercayaan atau agama, geografis, sikap, dan pengetahuan penderita. Faktor *enabling* adalah peran fasilitas kesehatan seperti perawat sebagai sarana penting dalam memberikan penyuluhan terhadap penderita. Faktor penguat yang termasuk di dalamnya adalah dukungan petugas dan dukungan keluarga (Friedman, 1998).

Di Kelurahan Bulusan dan sekitar Kota Semarang terdapat budaya yang disebut "bancakan" oleh masyarakat. Berdasarkan pengamatan peneliti yang tinggal di sekitar wilayah Kelurahan Bulusan warga Bulusan masih secara rutin melaksanakan kebudayaan ini dimana di tempat lain kebudayaan semacam ini mulai menghilang. Bancakan yaitu perayaan memperingati hari lahir berdasarkan kalender bulan Jawa atau disebut juga dengan weton. Dalam perayaan ini terdapat berbagai macam makanan yang disajikan seperti ayam, gudangan, dan ikan asin, dengan adanya kebudayaan ini membuat konsumsi garam masyarakat Bulusan tinggi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif deskriptif survei dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di Kelurahan Bulusan, Kecamatan Tembalang Semarang dengan 120 responden yang telah memenuhi kriteria inklusi (2 - 20 Juli 2014). Alat pengumpul data berupa kuesioner yang dimodifikasi dari DSRQ (*Dietary Sodium Restriction Questionaire*) yang berjumlah 15 item pertanyaan yang disesuaikan dengan budaya lokal. Adapun kuesioner tersebut mencakup 3 komponen perilaku yakni sikap, norma subjektif, dan keyakinan mengontrol perilaku. Sebelum digunakan, kuesioner terlebih dahulu diuji validitas (*content validity & construct validity*) dan reliabilitasya di Kelurahan Srondol. Setelah dinyatakan seluruh item valid oleh ekspert (Ns. Ahmat Pujianto, S.Kep., M.Kep dan Ahmad Shauqy, MPH) lalu dilanjutkan uji konstruk validitas dan reliabilitas dengan hasil semua item valid (r = 0,526 - 0,815) dan kuesioner reliabel (rii=0,899). Selanjutnya data yang terkumpul dianalisis secara univariat dan ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

HASIL

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden mempunyai perilaku baik (74,2%). Sedangkan, berdasarkan karakteristik responden mayoritas berjenis kelamin perempuan (52,5%), berpendidikan tinggi (48,3%), bekerja (86,7%), berstatus menikah (93,3%), berada pada derajat 1 hipertensi (80%), berada pada usia menengah (84,2%).

Analisis ketiga komponen perilaku menunjukkan hasil sebagai berikut : sikap responden cenderung baik yaitu sebanyak 93 responden (77,5%), sebagian besar responden memiliki norma subjektif yang mendukung yaitu sebanyak 90 responden (75%), dan sebagian besar responden memiliki kemampuan mengontrol perilaku yang lemah yaitu sebanyak 108 responden (90%).

PEMBAHASAN

Hipertensi lebih mudah menyerang kaum laki - laki daripada perempuan karena laki - laki lebih banyak memiliki faktor pendorong terjadinya hipertensi seperti merokok, stres, kelelahan dan makan yang tidak terkontrol (Dalimartha, Purnama, Sutarina, Mahendra, & Darmawan, 2008). Hal ini tidak terbukti pada hasil penelitian ini, dimana didapatkan persebaran laki-laki dan perempuan yang hampir merata, responden laki - laki sebanyak 57 orang (47,5%) dan responden perempuan sebanyak 63 orang (52,5%). Hasil tersebut menunjukkan laki - laki maupun perempuan berisiko terkena hipertensi dengan resiko yang sama. Berdasarkan penelitian sebelumnya jenis kelamin memang tidak mempengaruhi kejadian hipertensi (Anggara & Prayitno, 2013). Hal ini mungkin terjadi karena adanya pergeseran budaya, saat ini perempuan kebanyakan juga memiliki faktor resiko pendorong terjadinya hipertensi seperti, stres, kelelahan karena sekarang banyak perempuan yang bekerja dan makanan yang tidak terkontrol seperti *junk food*.

Pendidikan terakhir responden paling banyak adalah tingkat perguruan tinggi sebanyak 58 orang (48,3%) dan paling sedikit adalah SD / MI sebanyak 3 orang (2,5%). Responden dengan tingkat pendidikan terakhir SMA / MA juga cukup banyak yaitu 54 orang (45%), sementara untuk responden dengan tingkat pendidikan terakhir SMP/Tsanawiyah sebanyak 5 orang (4,2%). Tingkat pengetahuan merupakan faktor predisposisi terjadinya suatu perilaku, salah satu cara mengukur tingkat pengetahuan seseorang adalah dengan mengidentifikasi tingkat pendidikan terakhir seseorang (Notoatmojo, 2007). Berdasarkan penelitian sebelumnya diperoleh hasil bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin baik sikap dalam menerapkan diit hipertensi termasuk diit rendah garam sehingga perilaku juga akan semakin baik (Hernawan, 2012).

Sebagian besar penderita hipertensi yang menjadi responden dalam penelitian ini yang memiliki pekerjaan sebanyak 104 orang (86,7%), sedangkan responden yang tidak memiliki pekerjaan sebanyak 16 orang (13,3%). Pekerjaan merupakan salah satu faktor resiko terjadinya hipertensi, hal ini berhubungan dengan adanya stres yang diakibatkan oleh pekerjaan seperti beban kerja yang berat (Beevers, 2002). Hasil yang berbeda didapatkan dari penelitian sebelumnya bahwa pekerjaan tidak berpengaruh pada kejadian hipertensi (Anggara & Prayitno, 2013).

Keluarga merupakan orang terpenting bagi penderita, penderita akan merasa senang dan tenteram apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarga. Dukungan keluarga akan menimbulkan kepercayaan diri untuk mengelola penyakitnya dengan baik termasuk penerapan diit rendah garam bagi penderita hipertensi (Notoatmojo, 2007; Ajzen, 2005). Pada penelitian ini responden telah menikah yaitu sebanyak 112 orang (93,3%) dan responden yang belum menikah sebanyak 8 orang (6,7%). Hal ini memungkinkan penderita hipertensi mendapat dukungan yang baik dari pasangannya. Berdasarkan penelitian sebelumnya dukungan pasangan dan keluarga memang berpengaruh terhadap kepatuhan penerapan diit hipertensi (Tumenggung, 2013).

Derajat hipertensi responden dalam penelitian ini sebagian besar adalah derajat 1 sebanyak 96 orang (80%), sedangkan untuk derajat 2 sebanyak 24 orang (20%). Hal ini dimungkinkan karena penelitian ini dilakukan di rumah - rumah penduduk Kelurahan Bulusan, pada umumnya penderita hipertensi derajat 1 tidak mengalami gangguan kesehatan yang mengharuskan penderita untuk menjalani rawat inap di rumah sakit. Pada hipertensi derajat 2 pada umumnya penderita penderita mengalami gangguan kesehatan atau komplikasi yang mengharuskan penderita menjalani rawat inap di rumah sakit namun tidak menutup kemungkinan ada penderita hipertensi derajat 2 yang tidak menjalani perawataan di rumah sakit.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar perilaku penderita hipertensi dalam melaksanakan diit rendah garam adalah baik yaitu sebanyak 89 orang (74,2%), sedangkan responden yang memiliki perilaku kurang baik adalah sebanyak 31 orang (25,8%). Perilaku responden yang baik dalam penelitian ini sangat dipengaruhi oleh sikap yang baik dan norma subjektif yang mendukung. Meskipun sebagian besar perilaku responden baik, namun pada komponen kemampuan mengontrol perilaku sebagian besar responden lemah. Lemahnya kontrol perilaku responden sangat dipengaruhi oleh ketidaktersediaannya makanan rendah garam yang disediakan tempat makan di Kelurahan Bulusan. Hal ini perlu mendapat perhatian dari perawat maupun masyarakat sekitar Kelurahan Bulusan agar dapat melakukan strategi - strategi yang dapat dipakai untuk mengatasi masalah ketidaktersediaan makanan rendah garam di tempat makan, misalnya penderita hipertensi dapat membawa bekal makanan rendah garam dari rumah jika keadaan terpaksa mengharuskan penderita tersebut maka di luar rumah seperti saat bepergian dan bekerja.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sikap penderita hipertensi di Kelurahan Bulusan sebagian besar adalah baik sebanyak 93 orang (77,5%), sedangkan responden dengan sikap tidak baik sebanyak 27 orang (22,5%). Sikap yang baik dari penderita hipertensi dalam menjalankan diit rendah garam sangat dipengaruhi oleh persepsi penderita tersebut tentang hipertensi dan konsekuensi yang ditimbulkan oleh perilaku pelaksanaan diit rendah garam yang dinyatakan pada item soal nomor satu sampai enam pada kuesioner. Sikap penderita yang kurang baik paling banyak dipengaruhi oleh item

pertanyaan nomor lima yang menyatakan diit rendah garam akan membuat responden merasa lebih baik, hal ini kemungkinan karena dampak diit rendah garam tidak dapat dirasakan secara langsung dan akan terlihat hasilnya saat dilakukan dalam jangka panjang. Berdasarkan kuesioner yang telah dibagikan, sebagian besar penderita hipertensi di Kelurahan Bulusan sebenarnya telah memahami konsekuensi yang ditimbulkan dari perilaku pelaksanaan diit rendah garam seperti pentingnya menjalani diit rendah garam, diit rendah garam akan mencegah sakit kepala karena hipertensi, diit rendah garam akan mencegah pusing saat tidur, dan diit rendah garam akan membuat keadaan penderita lebih baik.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hernawan (2012) sikap penderita hipertensi dalam menerapkan pola diit hipertensi sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan yang dimiliki penderita tersebut. Semakin baik tingkat pengetahuan seseorang maka akan semakin baik juga sikap seseorang tersebut dalam pelaksanaan diit hipertensi. Semakin rendah tingkat pengetahuan seseorang makan akan semakin tidak baik, sikap yang ditampilkan seseorang tersebut (Hernawan, 2012). Penelitian ini didukung oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Taukhit (2014) yang mengatakan hasil yang sama. Sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki tingkat pendidikan yang cukup tinggi, hal ini bisa mendasari kenapa responden memiliki sikap yang baik terhadap perilaku pelaksanaan diit rendah garam. Pada item pertanyaan nomor satu yang menanyakan kepada responden pentingnya diit rendah garam terhadap mereka, 52,5% menjawab setuju dan 23,3% lainnya menjawab sangat setuju, ini berarti sebenarnya responden sudah mengetahui pentingnya diit rendah garam ini untuk penderita hipertensi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki norma subjektif yang mendukung sebanyak 90 orang (75%) sedangkan sebanyak 30 orang (25%) memiliki norma subjektif yang tidak mendukung. Norma subjektif didasarkan pada harapan – harapan yang berasal dari orang atau kelompok yang berpengaruh terhadap penderita seperti pasangan dan keluarga. Berdasarkan kuesioner yang telah dibagikan pasangan atau anggota keluarga yang memberikan saran untuk menjalankan diit hipertensi masih tersebar merata. Keseluruhan responden setuju untuk melakukan apa yang dokter / petugas kesehatan sarankan. Sebagian besar responden bersedia melakukan apa yang pasangan / keluarga sarankan untuk penderita. Seluruh responden dalam penelitian ini sudah menikah, hal ini sangat mungkin berdampak pada mendukungnya norma subjektif responden. Sebagian besar responden menerima dengan positif norma subjektif dari petugas kesehatan maupun dari keluarga / pasangan. Hal ini dapat dibuktikan pada item pertanyaan nomor delapan jawaban sangat setuju untuk melakukan saran petugas kesehatan sebanyak 59,2%. Pada item pertanyaan nomor sembilan 49,2% responden sangat setuju untuk melakukan apa yang keluarga / pasangan sarankan. Penelitian yang dilakukan oleh Annisa menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap perilaku kepatuhan berobat penderita hipertensi dalam menjalani pengobatan. Semakin baik dukungan keluarga seseorang maka akan

semakin patuh penderita hipertensi dalam menjalani pengobatan (Annisa, Wahiduddin, Ansar, 2014). Penelitian lain yang dilakukan oleh Tumenggung (2013) menunjukkan hasil bahwa ada hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan diet hipertensi semakin baik dukungan sosial keluarga maka akan semakin baik kepatuhan penderita dalam menjalani diit hipertensi. Dukungan sosial dari keluarga dalam penelitian ini sangat mempengaruhi norma subjektif responden.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kemampuan mengontrol perilaku yang lemah sebanyak 108 orang (90%), sedangkan responden yang memiliki kemampuan mengontrol kuat sebanyak 12 orang (10%). Kemampuan mengontrol merupakan persepsi tentang seberapa besar kontrol perilaku yang dimiliki penderita dalam melakukan perilaku tertentu, perilaku seseorang tidak hanya dikendalikan oleh dirinya sendiri namun juga terkait ketersediaan sumber daya. Ketika penderita percaya bahwa dirinya tidak memiliki kemauan dan tidak memiliki sumber daya yang cukup untuk melakukan suatu perilaku maka penderita tidak akan menunjukkan perilaku yang diharapkan dalam penelitian ini perilaku yang diharapkan adalah pelaksanaan diit rendah garam. Berdasarkan kuesioner yang telah dibagikan kepada responden didapatkan hasil bahwa responden yang mengetahui dan yang tidak mengetahui cara melakukan diit rendah garam tersebar hampir merata. Sebagian besar responden tidak menyukai rasa makanan rendah garam. Sebagian besar responden tidak bisa mendapatkan makanan rendah garam di warung makan. Sebagian besar responden tidak bisa mendapatkan makanan rendah garam di warung yang menjadi kesukaan responden. Keinginan responden untuk merubah diit mereka menjadi diit rendah garam cukup tersebar merata. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa alasan terbesar sebagian besar kontrol perilaku responden buruk adalah karena ketidaktersediaan sumber daya yang mendukung untuk perilaku diit rendah garam di Kelurahan Bulusan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Cahyani (2012) menunjukkan adanya hubungan antara motivasi / keinginan pasien hipertensi dengan perilaku mencegah komplikasi, diit rendah merupakan salah satu cara untuk mencegah komplikasi. Semakin baik motivasi penderita hipertensi maka semakin baik juga perilaku dalam mencegah komplikasi hipertensi termasuk perilaku diit rendah garam. Penelitian lain yang dilakukan Setiadi (2014) menunjukkan ada hubungan antara keyakinan diri (*self efficacy*) dengan kepatuhan minum obat pada lansia penderita DM tipe 2.

KESIMPULAN

Perilaku penderita hipertensi di Kelurahan Bulusan 74,2% baik. Penderita hipertensi dapat melaksanakan diit rendah garam dengan baik. Perilaku yang baik tidak dapat terlepas dari sikap dan dukungan keluarga untuk terus memberikan dukungan yang baik.

a. Sikap penderita hipertensi di Kelurahan Bulusan 77,5% baik. Sikap seseorang berpengaruh dengan perilaku yang akan dilakukannya.

b. Norma subjektif penderita hipertensi di Kelurahan Bulusan 75,5% mendukung terjadinya perilaku diit rendah garam.

c. Pada penelitian ini didapatkan 90% responden memiliki kemampuan mengontrol yang buruk. Hasil ini sangat dipengaruhi oleh kurangnya sumber daya bagi penderita hipertensi untuk mendapatkan makanan rendah garam di tempat makan.

SARAN

1. Perawat

Setelah dilakukan penelitian, peneliti merekomendasikan untuk meningkatkan pendidikan kesehatan kepada keluarga penderita hipertensi tentang strategi untuk mengatasi kurangnya sumber daya makanan rendah garam yang didapatkan di warung makan.

2. Masyarakat

Setelah dilakukan penelitian, peneliti merekomendasikan untuk keluarga penderita hipertensi agar terus memotivasi penderita dalam melaksanakan diit rendah garam dan menyediakan makanan rendah garam untuk keluarga yang menderita hipertensi agar dapat menjalankan diit rendah garam.

3. Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lebih jauh tentang perilaku diit rendah garam, terlebih lagi tentang faktor – faktor yang dapat mempengaruhi perilaku diit rendah garam.

DAFTAR PUSTAKA

Ajzen, I. *Attitudes, Personality and Behavior*. New York: Icek Ajzen ; 2005.

Anggara, FH. Prayitno, N. *Faktor - Faktor Yang berhubungan Dengan Tekanan Darah Di Puskesmas Telaga Murni, Cikarang Barat Tahun 2012*. Jurnal Ilmiah Kesehatan. Januari 2013 5;1 : 20-25.

Annisa, AF. Wahiduddin. Ansar J. *Faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Hipertensi Pada Lansia di Puskesmas Patinggalloang Kota Makasar*. Publikasi Imiah. 2014; 1-11.

Atmatsier, S. *Penuntun Diit*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama; 2004.

Beevers D.G. *Tekanan Darah*. Jakarta: Dian Rakyat; 2002.

Butts JB, Rich KL. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice: London*. LLC; 2011.

Cahyani, AR. *Hubungan Motivasi Pasien Hipertensi Dengan Perilaku Mencegah Komplikasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara*. Skripsi. 2012.

Dalimartha S, Purnama Basuri T, Sutarina N, Mahendra, Darmawan H. *Care Your Self Hipertensi*. Jakarta: Penebar Plus; 2008.

Depkes RI. *Profil Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI; 2007. Diakses dari www.depkes.go.id pada April 2014.

Dinkes Jateng. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*. Semarang: Dinas Kesehatan; 2012. Diakses dari www.dinkesjatengprov.go.id pada April 2014.

Dinkes Kota Semarang. *Profil Kesehatan Kota Semarang*. Semarang: Dinas Kesehatan; 2012. Diakses dari www.dinkes-kotasemarang.go.id pada April 2014.

Friedman MM. *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik*. Jakarta : EGC; 1998.

Hernawan, Arufah S. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Hipertensi dengan Sikap kepatuhan dalam Menjalankan Diit Hipertensi Di Wilayah Puskesmas Andong Kabupaten Boyolali*. Publikasi Ilmiah Ums. 2012. 5;3 131-13.

International Society of Hypertension (ISH)Wring Group. World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. *Journal of Hypertension* 2003 ; 21 : 1983 - 1992.

Kowalski RE. *Terapi Hipertensi : Program 8 Minggu Menurunkan Tekanan Darah dan Mengurangi Resiko Jantung dan Stroke Secara Alami*. Penerjemah : Rani S. Bandung : Qanita ; 2010.

Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta. 2007.

Rahajeng E, Tuminah S. *Pravalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia. Pusat Penelitian Biomedis dan Farmasi Badan Penelitian Kesehatan Departemen Kesehatan RI Desember 2009*. 12 ; 59. 580 - 587.

Setiadi A. *Hubungan Keyakinan Diri Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Lansia Penderita DM Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Ayah*. Skripsi. Unsoed. 2014.

Sudoyo AW, Setiyohadi S, Idrus A, Simadibrata KM, Setiati S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.* ed 5. Jakarta: Internapublishing; 2009.

Sustrani L, Syamsir A, Hadibroto I. *Hipertensi.* Jakarta : PT. Gramedia Media Pustaka ; 2005.

Sutanto. *Cegah & Tangkal Penyakit Modern*. Yogyakarta: Andi Publisher ; 2010.

Taukhit. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Dengan Perilaku Pencegahan Komplikasi pada Penderita Hipertensi*. Publikasi Ilmiah. 2014 ; 74 - 79.

Thomas EJ. *Hypertension: Salt is a Major Risk Factor.* USA: J Cardovasc Februari 2000. 7;1. 5 - 8.

Tumenggung, I. *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Hipertensi Di RSUD Toto Kabila Kabupaten Bone Bolango*. Politeknik Kesehatan Gorontalo. 2013.

GAMBARAN KEJADIAN *PREMENSTRUAL SYNDROME (PMS)* DAN *PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD)* BERHUBUNGAN DENGAN *POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)* PASCA BENCANA: *LITERATURE REVIEW*

Prima Daniyati Kusuma[1]

[1]Mahasiswa Magister Keperawatan FK UGM, Dosen Akademi Keperawatan Notokusumo Yogyakarta

Abstrak

Latar belakang: Bencana dapat meninggalkan kejadian traumatik yang merupakan potensial tinggi sebagai faktor risiko munculnya *post traumatic stress disorder (PTSD)*. Kejadian traumatik menimbulkan stres yang berkepanjangan dan stres inilah yang menjadi salah satu faktor psikologis yang menyebabkan timbulnya gejala *premenstrual syndrome (PMS).* PMS merupakan konsekuensi dari fluktuasi hormon seks dan menyebabkan gejala fisik maupun perilaku. Gejala ini dapat berlanjut menjadi gejala gangguan psikologis parah yang disebut *premenstrual dysphoric disorder (PMDD)*. **Tujuan:** Kajian literatur ini untuk mengetahui gambaran kejadian PMS dan PMDD berhubungan dengan PTSD pada korban pasca bencana. **Metode:** Artikel didapat dengan pencarian elektronik dari beberapa sumber seperti: PubMed, EBSCO, The Cochrane Library, Science Direct, dan ProQuest. Penulis menemukan sebanyak 8 publikasi jurnal dan 3 hasil penelitian yang belum dipublikasikan. Kejadian PMS/PMDD non-trauma atau non-PTSD dieksklusikan. **Hasil:** Beberapa penelitian tentang PTSD, PMS dan PMDD menjelaskan secara konsisten mengenai adanya hubungan yang signifikan antara PTSD dengan prevalensi PMS dan PMDD. Penelitian lain mengungkapkan stres mempunyai hubungan erat dengan PMDD tetapi tidak dengan PMS. PTSD dapat mengganggu respon biologis tubuh terhadap stres, yang dapat berkontribusi terhadap perkembangan penyakit mental dan fisik. **Kesimpulan:** Berdasarkan temuan-temuan dari studi literatur diatas, menunjukkan bahwa ada hubungan antara PTSD dengan prevalensi PMS dan PMDD.

Kata kunci: *disaster, post traumatic stress disorder (PTSD), premenstrual syndrome (PMS), premenstrual dysphoric disorder (PMDD).*

PENDAHULUAN

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat karena faktor alam atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (Sunarto, 2009). Bencana alam adalah peristiwa lingkungan, tidak berhubungan langsung dengan perbuatan manusia seperti letusan gunung berapi, gempa bumi, banjir, angin topan, epidemik, kemarau atau kekeringan dan kelaparan. Bencana alam dapat meninggalkan

kejadian traumatik yang merupakan potensial tinggi sebagai faktor risiko munculnya *post traumatic stress disorder (PTSD)* (WHO, 2002).

PTSD adalah stres yang disebabkan karena sesorang mengalami, melihat atau mendengar peristiwa traumatis yang mengancam secara fisik dan jiwa serta menimbulkan ketakutan, rasa tidak berdaya pada orang tersebut. Gejala ini paling tidak dialami dalam 1 bulan (Yosep, 2009). PTSD yang muncul setelah bencana terjadi lebih berbahaya dibandingkan stres yang dialami pada saat bencana (Hawari, 2011). Mayoritas gejala stres yang muncul sebesar 59,5% pada saat terjadi bencana, 9,5% sebelum terjadi bencana, dan 31% setelah bencana. Gangguan stres pasca trauma mempunyai pengaruh yang lebih buruk yang dialami oleh perempuan daripada laki-laki, dengan perbandingan 2:1. Kejadian traumatik menimbulkan stres yang berkepanjangan. Stres yang berkepanjangan akan menekan sistem imunitas dan selanjutnya akan mempengaruhi kesehatan reproduksi (Marfuah, 2015). Stres inilah yang menjadi salah satu faktor psikologis yang menyebabkan timbulnya gejala *premenstrual syndrome (PMS)* atau *premenstrual dysphoric disorder (PMDD)* (Perry *et al.,* 2010).

PMS adalah kondisi di mana sejumlah gejala terjadi pada fase luteal dalam siklus menstruasi (Marfuah, 2015). Dalam sebuah penelitian disebutkan bahwa PMS merupakan konsekuensi dari fluktuasi hormon seks dan menyebabkan gejala fisik maupun perilaku. Gejala ini dapat berlanjut menjadi gejala gangguan psikologis parah yang disebut PMDD (Cahyanti, 2012). PMDD adalah bentuk gangguan menstruasi yang lebih berat dari PMS (Omu *et al.,* 2011).

Tujuan studi literatur ini secara khusus untuk mengetahui: 1) prevalensi PTSD pasca bencana, 2) prevalensi PMS dan PMDD berhubungan dengan PTSD, dan 3) Mekanisme terjadinya PMS/PMDD berhubungan dengan PTSD.

METODE

Metode yang digunakan dalam telaah jurnal dan telaah pustaka ini adalah mengumpulkan dan menganalisis artikel-artikel penelitian mengenai kejadian PMS dan PMDD berhubungan dengan PTSD pasca bencana alam. Artikel didapat dengan pencarian elektronik dari beberapa sumber seperti: PubMed, EBSCO, The Cochrane Library, Science Direct, dan ProQuest. Hasil penelitian yang belum dipublikasikan dalam jurnal ilmiah didapat melalui studi pustaka. Kata kunci yang digunakan antara lain: *disaster, post traumatic stress disorder, premenstrual syndrome,* dan *premenstrual dysphoric disorder*. Penulis menemukan sebanyak 8 publikasi jurnal dan 3 hasil penelitian yang belum dipublikasikan. Beberapa hasil penelitian dan jurnal yang ditemukan sebagian menggunakan desain penelitian kuantitatif dan sebagian lainnya dengan desain kualitatif. Kejadian PMS/PMDD non-trauma atau non-PTSD dieksklusikan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Prevalensi PTSD pasca bencana

Seseorang tidak akan mengalami PTSD jika ia tidak memiliki pengalaman traumatik, namun tidak semua orang yang mengalami peristiwa traumatik akan berkembang menjadi PTSD. Beberapa penelitian telah dilakukan di daerah pasca bencana. Penelitian Cahyanti (2012) menunjukkan bahwa hampir keseluruhan responden mengalami beberapa gejala PTSD maupun PTSD, yaitu terdapat 45,5%

mengalami beberapa gejala PTSD dan 50,9% mengalami PTSD. Hasil penelitian Takeda *et al.* (2013) terdapat 10% responden mengalami PTSD. Sedangkan hasil penelitian Marfuah (2015) terdapat 14,4% mengalami PTSD (Marfuah, 2015).

Menurut teori neurobiologis bahwa munculnya PTSD berkaitan dengan abnormalitas dalam penyimpangan, pelepasan, dan eliminasi *katekolamin* yang mempengaruhi fungsi otak di daerah *lobus seruleus, amigdala* dan *hipokampus*. Hiperaktivitas pada *lobus seruleus* dapat menimbulkan gejala *hiperarousal*. Sedangkan hiperaktivitas pada *amigdala* dapat menghambat otak membuat hubungan perasaan dalam memorinya sehingga memori disimpan dalam bentuk mimpi buruk, kilas balik dan gejala fisik lainnya (Elbert *et al.,* 2000).

2. Prevalensi PMS dan PMDD berhubungan dengan PTSD

Prevalensi PMS pada remaja di Jepang mengalami peningkatan di daerah pasca bencana (Takeda *et al.,* 2013). Hasil penelitian Takeda *et al.* (2010) prevalensi PMS pada remaja relatif tinggi, yaitu sebesar 64,4%. Prevalensi ini meningkat di daerah pasca bencana menjadi 85,6% (Takeda *et al.,* 2013). Sedangkan prevalensi PMDD meningkat 2 kali lipat di daerah pasca bencana dibandingkan daerah lain yang tidak mengalami bencana (Cahyanti, 2012). Pada kondisi normal remaja di Yogyakarta memiliki prevalensi PMS sebesar 40,75%, sedangkan PMDD 18,15% (Hapsari *et al,* 2006). Prevalensi ini meningkat di daerah pasca bencana yaitu sebesar 47,3% mengalami PMS dan 41,8% mengalami PMDD. Angka tersebut menunjukkan peningkatan prevalensi PMS dan PMDD dari kondisi normal atau bukan bencana (Cahyanti, 2012).

Berbeda dengan hasil penelitian tersebut, menurut penelitian Hapsari *et al.* (2006) yang menyatakan bahwa stres mempunyai hubungan erat dengan PMDD tetapi tidak dengan PMS (Hapsari *et al,* 2006). Hal tersebut juga diperkuat dengan penelitian Pilver *et al.* (2011) yang menyebutkan bahwa sebagian besar wanita yang mengalami PMDD adalah wanita yang mempunyai riwayat PTSD. Dalam penelitian tersebut dikatakan bahwa wanita dengan riwayat PTSD mempunyai risiko 8 kali lebih besar untuk mengalami PMDD, sedangkan wanita dengan riwayat trauma tanpa PTSD mempunyai risiko 2 kali lebih besar untuk mengalami PMDD walaupun penyebab pastinya belum diketahui.

Kondisi pasca bencana mempengaruhi gejala PMS dan PMDD yang dirasakan. Gejala PMS meningkat sedangkan PMDD menurun dibanding pada kondisi normal dan 2 tahun pasca bencana serta hampir kembali pada prosentase angka kejadian rata-rata. Hal ini kemungkinan disebabkan karena individu telah mampu beradaptasi kembali dengan kondisi pasca bencana sehingga menurunkan stres individu atau banyaknya individu pasca bencana yang mengalami kejadian PTSD (Marfuah, 2015). Meskipun demikian, Wittchen *et al.,* (2003) dalam penelitiannya mengatakan bahwa peristiwa traumatis dan PTSD meningkatkan risiko terjadinya PMDD sekunder. Wanita yang mengalami PTSD berkepanjangan mungkin berisiko lebih besar untuk mengalami PMDD suatu saat nanti. Wanita dengan PMDD akan lebih rentan terhadap perkembangan PTSD yang disertai trauma (Pilver *et al.,* 2011).

3. Mekanisme terjadinya PMS dan PMDD berhubungan dengan PTSD

Mekanisme kejadian PMS dan PMDD belum dapat dijelaskan secara pasti. Namun pada beberapa penelitian telah mengasumsikan proses terjadinya PMS dan PMDD

berhubungan dengan PTSD. Gejala PMS/PMDD terutama pada fase lutealnya dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain usia, hormon, aktivitas fisik, genetik, diet, dan stresor yang diterima oleh wanita tersebut (Saryono & Sejati, 2009). Salah satu stresor tersebut adalah stresor lingkungan seperti bencana alam. Kondisi bencana alam ini bisa menimbulkan trauma dan stres yang cukup berat yang sering disebut PTSD.

PTSD merupakan salah satu bentuk stres, berhubungan dengan penyimpangan pada pengeluaran *beta-endorphin* yang dapat menyebabkan gejala PMS. *Endorphin* berfungsi mengatur fungsi fisiologis seperti transmisi nyeri, emosi dan sekresi hormon. Perubahan kadar *endorphin* memberikan efek penting pada perubahan *mood* dan perilaku yang juga merupakan salah satu gejala PMS dan PMDD (Cahyanti, 2012).

Hubungan positif antara PTSD dan kejadian PMDD dalam penelitian yang dilakukan Pilver *et al.,* (2011) mengungkapkan bahwa PTSD dapat mengganggu respon biologis tubuh terhadap stres, yang dapat berkontribusi terhadap perkembangan penyakit mental dan fisik. Hal ini didukung oleh *evidence* (bukti) bahwa wanita dengan PMDD dan memiliki riwayat trauma menunjukkan aktivitas atau fungsi *neuroendokrin* yang abnormal dibandingkan dengan wanita dengan PMDD namun tidak memiliki riwayat trauma (Girdler *et al.,* 2004). Sebagian besar kasus kejadian PMDD diidentifikasi dalam penelitian *cohort* di Jerman, di mana paparan trauma dan PTSD mendahului timbulnya PMDD (Wittchen *et al.,* 2003).

KESIMPULAN

Berdasarkan temuan-temuan dari studi literatur diatas, menunjukkan bahwa ada hubungan antara PTSD dengan prevalensi PMS dan PMDD. Terjadi peningkatan prevalensi PMS dan PMDD pada kondisi pasca bencana. Wanita dengan riwayat trauma tanpa PTSD mempunyai risiko 2 kali lebih besar untuk mengalami PMDD, sedangkan wanita dengan riwayat PTSD mempunyai risiko 8 kali lebih besar untuk mengalami PMDD. Prevalensi gejala PMS meningkat dan prevalensi PMDD menurun dibandingkan pada kondisi normal dan 2 tahun pasca bencana. Peristiwa traumatis dan PTSD ini juga dapat meningkatkan risiko terjadinya PMDD sekunder. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengklarifikasi hasil atau hubungan PMS dan PMDD dengan PTSD pasca bencana berulang dan faktor-faktor yang mempengaruhinya serta mekanisme terjadinya PMS dan PMDD berhubungan dengan PTSD.

DAFTAR PUSTAKA

Cahyanti, L. 2012. *Hubungan Post Traumatic Stress Disorder dengan Prevalensi Premenstrual Syndrome dan Premenstrual Dysphoric Disorder pada Remaja Paska Bencana Merapi.* Yogyakarta: FK UGM.

Elbert, M. H *et al.* 2000. *Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry.* Singapore: Mc Graw Hill.

Girdler, S. S., Thompson, K.S., Light, K. C., Leserman, J., Pedersen, C. A., Prange, A. J. 2004. Historical Sexual Abuse and Current Thyroid Axis Profiles In Women With Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychosom Med,* 66(3):403–410.

Hapsari, E. D., Mantani, Y., Matsuo, H. 2006. The Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder and Its Modulation by Lifestyle and Psychological Factorsbin High School Student. Japan: *Bulletin of Health Sciences Kobe,* Volume 22: 19-28.

Hawari, D. 2011. *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi.* Jakarta: FK UI.

Marfuah, D. 2015. *Pengalaman Remaja Yang Mengalami Gejala Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) Pasca Erupsi Merapi: Studi Fenomenologi.* Yogyakarta: FK UGM.

Omu, F.E., Al-Marzouk, R., Delles, H., Orange, N.O., Omu, A.E. 2011. Premenstrual Dysphoric Disorder: Prevalence and Effect on Nursing Students's Academic Performance and Clinical Training in Kuwait. *Journal of Clinical Nursing,* Volume 20: 2915-2923.

Perry, S.E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L., and Wilson, D. 2010. *Maternal Child Nursing Care.* 4th edition. Missouri: MOSBY Elsevier.

Pilver, C. E., Levy, B. R., Libby, D. J. 2011. Posttraumatic Stress Disorder and Trauma Characteristics are Correlates of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Arch Women Ment Health,* 14: 383-393.

Saryono & Sejati, W. 2009. *Sindrom Premenstruasi, Mengungkap Tabir Sensitifitas Perasaan Menjelang Menstruasi.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Sunarto. 2009. *Mitigasi Bencana*. Yogyakarta: Gadjah Mada Press.

Takeda, T., Koga, S., Yaegashi, N. 2010. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Order in Japanese High School Students. *Arch Womens Ment Health,* 13:535.

Takeda, T., Tadakawa, M., Koga, S., Nagase, S., Yaegashi, N. 2013. Relationship between Dysmenorrhea and Posttraumatic Stress Disorder in Japanese High School Student 9 Months after the Great East Japan Earthquake. *Pediatr Adolesc Gynecol,* 26, 355-357.

WHO. 2002. *Gender and Health Disaster.* Retrieved from http://www/who.int/gender/other_health/en/genderdisaster.pdf

Wittchen, H. U., Perkonigg, A., Pfister, H. 2003. Trauma and PTSD – An Overlooked Pathogenic Pathway for Premenstrual Dys[horic Disorder?. *Arch Women Ment Health,* 6: 293-297.

Yosep, I. 2009. *Keperawatan Jiwa.* Bandung: Refika Aditama.

BREASTFEEDING SELF EFFICACY: LITERATUR REVIEW

Eko Mardiyaningsih

Email: eko_yans@yahoo.co.id

Abstrak

Latar Belakang: Ibu yang awalnya menyusui memutuskan untuk berhenti menyusui dengan cepat sebelum bayinya berusia 6 (enam) bulan akibat rasa kurang percaya ibu terhadap kemampuan menyusui dengan mengatakan ASI nya keluar sedikit. Banyak tantangan yang dihadapi ibu selama minggu pertama post partum sehingga menyebabkan ibu putus asa dan memutuskan untuk berhenti menyusui. Rasa percaya diri ibu menjadi penting karena menjadi faktor penentu keberhasilan proses menyusui. Tujuan dari studi literatur ini untuk mengetahui tentang *breastfeeding self efficacy* dan instrumen yang dapat digunakan untuk mengukurnya. **Metode:** Metode yang digunakan dengan melakukan review terhadap 16 hasil penelitian yang diterbitkan sejak tahun 2002 - 2014 yang diperoleh dari database jurnal *Proquest, Cengage, International Breastfeeding Journal* dan *google scholar* dengan memasukkan kata kunci *self efficacy*, *breastfeeding*, *stop breastfeeding*. **Hasil:** *Breastfeeding Self efficacy* diartikan sebagai rasa percaya diri ibu akan kemampuannya menyusui bayinya. Instrumen yang digunakan untuk mengukur *breastfeeding self efficacy adalah Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form* yang terdiri dari 14 item pernyataan positif yang telah ditranslate di berbagai bahasa. **Kesimpulan**: Instrumen ini dapat digunakan untuk mengukur *breastfeeding self efficacy.*

Kata Kunci: *Breastfeeding self efficacy, BSES-SF*

PENDAHULUAN

WHO/UNICEF memberikan rekomendasi untuk memberikan ASI eksklusif sampai dengan usia enam bulan pertama setelah kelahiran, kemudian ditambahkan makanan pendamping ASI secara bertahap sampai usia dua tahun atau lebih. Akan tetapi tidak semua negara di dunia dapat memenuhi rekomendasi WHO tersebut. Rendahnya rasa percaya diri ibu pasca melahirkan dengan anggapan ASI nya keluar sedikit membuat ibu berhenti menyusui sebelum bayinya berusai 6 bulan. Walaupun awalnya ibu menyusui akan tetapi mereka berhenti terlalu cepat untuk menyusui karena kurangnya rasa percaya diri untuk mampu menyusui bayinya sampai dengan usia enam bulan (Handayani, Kosnin, Jiar & Solikhah, 2013).

Selama minggu pertama post partum banyak tantangan yang harus dialami oleh ibu menyusui. Tantangan yang dialami oleh ibu meliputi bentuk puting, nyeri, anggapan ibu bahwa ASI nya sedikit dan pembengkakan payudara. Tantangan lain yang dihadapi

diantaranya berhubungan dengan proses kelahiran seperti nyeri setelah melahirkan, kelelahan (Heinig, 2008; Tarrant, Younger, Sheridan, Keamay, 2008). Tantangan yang berasal dari bayi sendiri meliputi bayi mengantuk, reflek menghisap yang buruk, dehidrasi dan hipoglikemia (Da Costa, et al, 2010; Jones & Spencer, 2005; Davanzo, et al, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Catherine, et al (2014) tentang faktor yang mempengaruhi alasan ibu berhenti menyusui menjelaskan beberapa faktor yang menyebabkan ibu menyusui memutuskan untuk berhenti menyusui adalah kelelahan menyusui, produksi ASI tidak cukup,keputusan pribadi, kembali bekerja, kondisi medis ibu dan bayi, kesulitan terhadap teknik menyusui, kurang dukungan baik teman dan keluarga, rencana berhenti menyusui, bayi menggigit puting ibu, ibu merasa tidak nyaman menyusui di tempat umum.

METODE

Metode yang digunakan dengan melakukan review terhadap 16 hasil penelitian yang diterbitkan sejak tahun 2002 - 2014 yang diperoleh dari database jurnal Proquest, Cengage, International Breastfeeding Journal dan google scholar dengan memasukkan kata kunci *self efficacy*, *breastfeeding*, *stop breastfeeding*. Metoda analisa yang digunakan dalam studi literature ini adalah analisis isi (*content analysis*). Dengan metode ini maka dapat diidentifikasi tema-tema dari penelitian/jurnal yang diperoleh.

HASIL

Hasil dari studi literatur yang akan dijelaskan meliputi *self efficacy breastfeeding*, *Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF).* Berdasarkan penelitian dari Otsuka, et al (2014) di Jepang terjadi peningkatan skor *breastfeeding self efficacy* dalam 4 minggu postpartum pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi di rumah sakit sayang bayi setelah dilakukan intervensi *breastfeeding self efficacy* (*p value* = 0.037). Menurut penelitian Handayani et al (2014) menjelaskan bahwa *Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)* versi Indonesia valid dan reliabel untuk mengukur rasa percaya diri ibu menyusui.

Penelitian Dodt et al (2012) menjelaskan bahwa *BSES-SF* adalah instrument psikometrik yang valid yang dapat digunakan oleh profesional kesehatan untuk mengidentifikasi wanita yang memiliki rasa percaya diri yang rendah untuk menyusui dan dapat digunakan untuk memprediksi resiko ibu berhenti menyusui secara cepat.

Hasil penelitian Oliver-Roig (2012) menyebutkan bahwa *BSES-SF* yang ditranslate dalam bahasa Spanyol valid dan reliabel untuk mengukur *breastfeeding self efficacy* di Spanyol.

Penelitian Keemer (2013) menunjukkan bahwa ibu yang memiliki skor *breastfeeding self efficacy* yang tinggi memiliki masa menyusui yang lebih lama dibandingkan dengan ibu yang memiliki skor yang rendah.

PEMBAHASAN

Breastfeeding Self Efficacy

Rasa percaya diri ibu menyusui menjadi penting karena ini menjadi faktor ukuran psikologis yang sangat penting yang mendukung keberhasilan menyusui (Meedya, Fahy, & Kable, 2010). *Breastfeeding self efficacy* diartikan sebagai rasa percaya diri akan kemampuannya menyusui bayinya, hal ini dihubungkan dengan lama menyusui dan keberhasilan pemberian ASI eksklusif pada berbagai kelompok budaya dan usia ibu (Blyt, et.al, 2002; Dennis, Heaman, & Mossman, 2011; Oliver-Roig, et.al,2012; Otsuka, et.al, 2008; Alus Tokat, Okumus, & Dennis, 2010).

Breastfeeding self efficacy dipengaruhi oleh berbagai sumber informasi meliputi 1) pencapaian hasil (misal: pengalaman menyusui sebelumnya, 2) pengalaman yang seolah olah dialami sendiri (misal : melihat orang lain menyusui), 3) bujukan verbal (misal: dorongan dari teman, keluarga dan konselor laktasi) dan 4) respon fisiologis (misal : nyeri, kelelahan, stress dan cemas) (Dennis, et.al, 2002).

Untuk meningkatkan tingkatan *breastfeeding self efficacy* pada ibu yang menyusui ternyata tempat ibu dimana melahirkan memegang peranan yang sangat penting. Ibu yang melahirkan bayinya di rumah sakit yang sayang ibu dan bayi akan mengalami peningkatan skor *breastfeeding self efficacy* dibandingkan dengan ibu yang melahirkan di rumah sakit yang tidak sayang ibu dan bayi. Hal ini ditunjukkan oleh penelitian Otsuka et al (2014) yang menerapkan *breastfeeding self efficacy intervention* pada dua kelompok rumah sakit, 2 (dua) kelompok rumah sakit sayang ibu dan bayi dan 2 (dua) rumah sakit tidak sayang ibu dan bayi.

Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)

Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) adalah sebuat instrument yang digunakan untuk mengukur *breastfeeding self efficacy* yang terdiri dari 14 pernyataan positif yang diukur dengan skala Likert 1-5. Angka 1 menunjukkan tidak percaya diri dan angka 5 menunjukkan selalu percaya diri. Skor BSES-SF adalah 14 – 70. Skor tertinggi menunjukkan bahwa ibu memiliki tingkatan *breastfeeding self efficacy* yang tinggi (Antoni Oliver, et.al, 2012). 14 item pernyataan dalam *BSES-SF* dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 1. *Breastfeeding Self Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)*

No	Item
1.	Determine that may baby is getting enough milk
2.	Succesfully cope with breastfeeding like I have with other challenging tasks
3.	Breastfeed my baby without using formula as a supplement
4.	Ensure that my baby is properly latched on for whole feeding
5.	Manage the breastfeeding situation to my satisfaction
6.	Manage the breastfeed even if my baby is crying
7.	Keep wanting to breastfeed
8.	Comfortably breastfeed with my family members present
9.	Be satisfied with my breastfeeding experience
10.	Deal with the fact that breastfeeding can be time-consuming
11.	Finish feeding my baby on one breast before switching to the other breast

12.	Continue to breastfeed my baby for every feeding
13.	Manage to keep up with my baby's breastfeeding demands
14.	Tell when my baby is finished breastfeeding

BFSES-SF telah ditranslate di berbagai negara seperti di Brazil, Spanyol, Jepang, Indonesia. *BFSES-SF* versi Indonesia uji reliabilitas menggunakan *Alpha Cronbach* dan hasilnya adalah 0.77. Sedangkan validitasnya menggunakan Pearson. Hasil uji validitasnya dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2. Hasil Uji Validitas *BSES-SF* Versi Indonesia

Item	***Pearson correlaction (r)***
1	0.864
2	0,913
3	0.589
4	0.796
5	0.762
6	0.820
7	0.199
8	0.513
9	0.724
10	0.235
11	0.853
12	0.866
13	0.744
14	0.847

Hasil penelitian menunjukkan bahwa instrumen tersebut valid dan reliabel untuk digunakan mengukur *breastfeeding self efficacy* (Dodt, et.al, 2012; Oliver Roig, et.al, 2012; Otsuka, et.al, 2014; Handayani, et.all, 2013).

KESIMPULAN

Untuk meningkatkan kepercayaan ibu dalam proses menyusui atau bisa dikatakan meningkatkan skor *breastfeeding self efficacy* perlu dilakukan upaya sejak ibu sebelum melahirkan dan memilih tempat melahirkan atau rumah sakit yang sayang ibu dan bayi sehingga kepercayaan ibu untuk menyusui akan semakin meningkat. Dengan meningkatnya skor *breastfeeding self efficacy* akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam menyusui bayinya secara eksklusif.

DAFTAR PUSTAKA

Alus Tokat, M., Okumus, H., & Dennis, C.L. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26, 101-108.

Blyth, R., Creedy, D.K., Dennis, C.L., et al. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29, 278-284.

Chaterine, R.L., et al. (2014). Factor influencing the reasons why mothers stop breasfeeding. *Canadian Journal of Public Health*, 105, e179-e185.

Davanzo, R., Cannioto, Z., Ronfani, L., Monasta, L., Demarini, S. (2013). Breastfeeding and neonatal weight loss in healthy term infants. *Journal of Human Lactation*, 29, 45-53.

Da Costa, S.P., Van der Schans, C.P., Boelema, S.R., Van der Meij, E., Boerman, M.A., Bos, A.F. (2010). Sucking patterns in full term infants between birth and 10 weeks of age. *Infant Behav Dev*, 33, 61-67.

Dennis, C.L., Hodnett, E., Gallop, R., & Chalmers, B. (2002). The effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 2, 21-28.

Dennis, C.L., Heaman, M., & Mossman, M. (2011). Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 49, 265-271.

Dodt, R.C.M., Ximenes, L.B., Almeida, P.C., Oria, M.O.B., Dennis, C.L. (2012). Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale-short form in brazilian sample. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2, 66-73.

Handayani, L., Kosnin, A Md., Jiar, Y.K., Solikhah. (2013). Translation and Validation of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) into Indonesian: a Pilot Study. *KESMAS*, 7, 21-25.

Heinig, M.J. (2008). Addressing maternal fatigue: a challenge to in-hospital breastfeeding promotion. *Journal of Human Lactation*, 26, 231-232.

Jones, E., Spencer, S.A. (2005). Dysfuntional feeding behavior following term delivery-a case history. Journal Neonatal Nursing, 11, 102-105.

Keemer, F. (2013). Breastfeeding self-efficacy of women using second-line strategies for healthy term infants in the first week postpartum: an Australian observational study. *International Breastfeeding Journal*, 8, 1-8.

Oliver-Roig, A, d'Anglade-Gonzales, M.L., Garcia-Garcia, B., et al. (2012). The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 169-173.

Otsuka, K., Dennis, C.L., Tatsuoka, H., & Jimba, M. (2008). The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *Journal of Obstetric, Gyneologic, and Neonatal Nursing*, 37, 546-555.

Otsuka, K., et al. (2014). Effectiveness of Breastfeeding Self-efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference. *Maternal Child Health Journal*, 18, 296-306.

Tarrant, R.C., Younger, K.M., Sheridan-Pereira, M., Keamey, J.M. (2011). Factors associated with duration of breastfeeding in Ireland: potential areas for improvement. *Journal of Human Lactation*, 27, 262-271.

TRAUMA HEALING AKIBAT BENCANA DENGAN TERAPI PSIKOLOGIS

Gandes Ambarwati

Gandes Ambarwati: Mahasiswa Magister Keperawatan UNDIP
E-mail: agandess@yahoo.com

Abstrak

Pendahuluan: Setiap bencana alam akan memberikan dampak baik secara fisik, maupun trauma psikososial, yang menyebabkan stress bagi korban bencana. Peran perawat dalam hal ini dengan melakukan trauma healing yaitu tindakan yang dilakukan untuk membantu orang lain dalam mengurangi bahkan menghilangkan gangguan psikologis yang sedang dialami atau diakibatkan oleh syok atau trauma. Untuk mengatasi kondisi tersebut bisa melalui pendekatan holistic dengan body, mind, dan spirit untuk meningkatkan kenyamanan kebutuhan fisik, psikososial, emosional dan spiritual. Dengan terapi psikologis akan mengurangi meningkatnya frustasi korban bencana. **Metode :** Penelusuran artikel ini dengan menggunakan PUBMED, Ebscohost, Sciencedirect.com,Googlesearch,dan Portal garuda dengan kata kunci yang dipilih. Penelusuran dibatasi pada terbitan 2005-2015 yang dapat diakses fulltext dalam format pdf. Artikel yang sesuai kemudian di analisis menggunakan critical appraisal tool yang sesuai, lalu data diekstraksi, dikelompokkan untuk dibahas dan disimpulkan. **Hasil** : Bahwa setiap bencana akan meninggalkan dampak secara psikologis, namun hal ini dapat dicegah melalui pemberian trauma healing dengan cara terapi psikososial. Yang mampu mengontrol stress psikologis dan mengurangi frustasi.

Kata kunci : Bencana, trauma healing, terapi psikososial

Pendahuluan

Bencana adalah peristiwa atau situasi besar, lebih dari sekedar keadaan darurat yang mengganggu pelayanan penting seperti perumahan, transportasi, komunikasi, sanitasi, air dan kesehatan. Menurut WHO bencana adalah setiap kejadian yang menyebabkan kerusakan ekonomi, hilangnya manusia dan penurunan pelayanan kesehatan pada skala yang cukup besar[4]. Bencana ada dua macam yaitu bencana alam dan bencana yang disebabkan karena manusia. Yang termasuk bencana alam antara lain gempa bumi, gunung meletus, banjir, angin topan. Yang termasuk bencana yang diakibatkan manusia adalah perang, polusi, ledakan nuklir, kecelakaan transportasi[10].

Bencana alam memiliki efek yang sangat besar terhadap individu, keluarga dan komunitas. Bencana alam menyebabkan kerusakan yang luas pada harta benda dan dapat menimbulkan masalah dalam financial. Pada kasus yang lebih buruk bencana dapat menyebabkan luka-luka dan kematian. Bencana alam juga dapat menimbulkan masalah kesehatan mental yang efeknya dapat berlangsung selama beberapa bulan atau bahkan bertahun-tahun setelah bencana.

Dengan adanya bencana ini akan menimbulkan trauma tidak hanya mempengaruhi kesehatan psikologis individu , tetapi juga kapasitas individu yang terhubung dengan orang lain dalam hubungan yang sehat dan untuk ikatan dengan

lembaga masyarakat dan struktur sosial . Trauma mempengaruhi seluruh masyarakat dengan merusak sosial , budaya , struktur ekonomi dan politik serta hubungan masyarakat dalam berinteraksi dengan cara yang sehat dan seimbang dengan masyarakat di sekitarnya . Trauma juga dapat merusak keyakinan spiritual, terjadinya stress maupun trauma psikososial. Untuk mengatasi hal tersebut perawat bisa menggunakan pendekatan holistic yang mengedepankan body, mind dan spirit untuk meningkatkan kenyamanan kebutuhan fisik, psikososial, emosional dan spiritual[9]. Dengan melakukan trauma healing yaitu tindakan yang dilakukan untuk membantu orang lain untuk mengurangi bahkan menghilangkan gangguan psikologis yang sedang dialami atau diakibatkan oleh syok atau trauma[6].

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Shannon (2015) bahwa dengan dilakukannya intervensi psikososial lebih dini akan membantu mengurangi meningkatnya frustasi atau perilaku adaptif korban bencana.

Metode

Literature review ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi dengan mengunakan PUBMED, Ebscohost, Sciencedirect.com, Goolgesearch,dan Portal garuda. Artikel yang ada kesamaan dalam setiap penelusuran diambil salah satunya.

Pencarian hanya dibatasi pada terbitan 2005-2015 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf. Artikel yang sesuai kemudian dianalisis menggunakan Critical Appraisal Tools. Data-data dari hasil temuan yang sudah dianalisis kemudian diekstraksi dan dikelompokkan.

Hasil

Berdasarkan hasil interview perawat yang mengalami perang Dunia II dan konflik Vietnam mengatakan bahwa trauma oleh karena bencana perang mengakibatkan stress psikologis[7]. Pendekatan psikososial diperlukan sebagai bagian dari keperawatan holistik untuk membantu dalam proses pemulihan[2]. Menurut Siegal (2005) menyebutkan bahwa ada 12 peran psikoterapi untuk menangani trauma atau dikenal dengan "12 C" yaitu connection, compassion, contingency, cohesion, continuity, coherence, clarity, co-construction, complexity, consciousness, creativity, dan community.

Pembahasan

Penanganan bencana bertujuan untuk mengidentifikasi faktor sosial, psikologis , dan biologis yang terlibat dalam patofisiologi , dan pemulihan dari , bencana terkait masalah kesehatan mental ; untuk mengembangkan sistem untuk pencegahan bencana , tanggap bencana , dan pemulihan , mempertimbangkan terkait bencana kejiwaan dan masalah psikologis; untuk mengembangkan alat yang berguna untuk pencegahan , skrining , diagnosis dan pengobatan bencana terkait gangguan informasi arsip mengenai bencana psikiatri ; dan untuk bekerja sama dengan negara-negara lain mengenai masalah kejiwaan yang berhubungan dengan bencana[8].

Setelah peristiwa traumatic , orang bereaksi dengan cara yang berbeda, mengalami reaksi fisik dan emosional. Tanda- tanda trauma psikologis dan emosional antara lain shock, penolakan, kemarahan, menyalahkan diri sendiri, merasa sedih dan putus asa, kebingungan, kecemasan, menarik diri. Pengobatan trauma psikologis meliputi mengelola perasaan trauma terkait kenangan, discharging pent-up "fight-or-

flight" energy, belajar mengatur emosi yang kuat dan membangun kembali kemampuan untuk mempercayai orang lain. Terapi yang digunakan dalam pengobatan trauma emosional dan psikologis yaitu : (1) Melalui kemampuan unik dari tubuh untuk menyembuhkan diri sendiri, focus terapi pada sensasi tubuh bukan pikiran dan kenangan tentang peristiwa traumatis dengan berkonsentrasi pada apa yang terjadi pada tubuhnya; (2) EMDR (Eye Movement Desensitisasi dan Reprocessing) dengan menggabungkan unsur terapi kognitif-perilaku dengan gerakan mata secara berirama; (3) Terapi kognitif-perilaku membantu memproses dan mengevaluasi pikiran dan perasaan tentang trauma[11].

Pendekatan humanistik dan pelatihan ilmiah dapat memainkan peran penting dalam memulihkan fungsi fisik dan meningkatkan partisipasi korban untuk selamat dari bencana alam . Partisipasi aktif dan kontribusi untuk penelitian dan manajemen holistik korban bencana harus memastikan psiko terapi dalam kebijakan kesehatan masa depan dan berlatih keputusan pada manajemen bencana .

Salah satu program trauma healing yang bisa dilakukan adalah dengan psikososial terapi yang sangat penting untuk perencanaan dan intervensi bagi kesehatan mental pasca terjadinya trauma[2].

Kesimpulan

Kejadian bencana baik itu alam maupun buatan manusia akan menimbulkan dampak baik secara fisik maupun trauma psikososial. Peran perawat adalah berpartisipasi dalam kegiatan trauma healing berdasarkan keperawatan melalui pendekatan psikososial terapi. Langkah-langkah yang Langkah-langkah lain dapat diambil segera setelah bencana untuk mengurangi risiko bahaya psikologis . Ini termasuk : (a) Pencegahan trauma ulang dengan membatasi berapa kali seseorang harus menceritakan kisah mereka ; (b) pencegahan trauma baru dengan membatasi paparan dari semua personil non - esensial ke lokasi bencana ; dan (c) pencegahan pathologizing tertekan dengan tidak pelabelan Reaksi umum seperti masalah kejiwaan didiagnosis . Jika langkah terakhir ini tidak diambil , orang dengan kesehatan mental masalah akan sering menghindari mencari bantuan[8].

Referensi

Bethesda,MD. (2006). After the Crisis: Healing from trauma after disasters. The National GAINS Center and the Center on Women, Violence and Trauma (CWTT).

Eyre, Anne. (2004). Psychosocial aspects of recovery: practical implications for disaster managers. The Australian Journal Emergency Management, vol 19 no 4.

Hashimoto, Ayumi., Miyazaki, Misako., Ishimaru, Mina. (2015). Adaptation of the elderly in shelters and temporary housing after the Great East Japan Earthquake: A focus on the interaction with their living environments. Health Emergency and Disaster Nursing 2, 23-27.

Magnaye, Bella…et al. (2011). The role, preparedness and management of nurses during disasters. E-International Scientific Research Journal, volume III, issue 4, ISSN 2094-1749.

Shannon, Marcia Ellen Rucker. (2015). Early psychosocial intervention after disaster: Psychological first aid. Health Emergency and Disaster Nursing 2, 3-6.

Siegel, Danille J; Solomon, marion. (2005). Healing Trauma ; Attachment. Mind and Brain. *Can Child Adolesc Psychiatric Rev; 14(4); 120-121*New York : WWW Norton & Company.

Smith, Kylie., Halcomb, Elizabeth J., Moxham, Lorna. (2015). "Stress wasn't a word": Australian nurses' recollections of war-related trauma. Health Emergency and Disaster Nursing 2, 12-22.

Tomita, H. (2014). Perspectives on researches in disaster psychiatry. Seishin Shinkeigaku Zasshi, Psychiatria Et Neurologia Japonica , 116 (3), 231–237

Zahourek, Rothlyn. (2007). Finding Holism in Disaster : A story of Katrina's Aftermath. JHN; 25; 52 DOI: 10.1177/0898010106293596.

Zibulewsky, Joseph. (2001). Defining disaster: the emergency department perspective. Proc (bayl Univ Med Cent); 14(2); 144-149.

Robinson, L et al. (2015). Emotional and Psychological Trauma symptoms, treatment and recovery. Helpguide.org.

RESEARCH BASED NURSING PRACTICE (RBNP):

APLIKASI "SWITCH" SEBAGAI PANDUAN TIMBANG TERIMA PERIOPERATIF DI INSTALASI BEDAH SENTRAL (IBS) RSUP DR.KARIADI SEMARANG

Niken Safitri Dyan Kusumaningrum*, Amalia Safitri**

*Staf Pengajar Departemen Keperawatan Dewasa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: nikensafitri@undip.ac.id)
**Alumni Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro

Abstrak

Komunikasi efektif merupakan salah satu bentuk standar keselamatan pasien. Ruang operasi merupakan suatu unit khusus dibandingkan unit rawat inap lainnya sehingga membutuhkan metode komunikasi yang efektif untuk pertukaran informasi. Studi ini bertujuan untuk mengaplikasikan instrumen SWITCH di instalasi bedah sentral (IBS) pada perawat saat pergantian *shift* sebagai bentuk dari standar keselamatan pasien. *Research Based Nursing Practice* (RBNP) ini dilaksanakan dengan aplikasi instrumen SWICTH. Adapun aplikasi metode ini, dilakukan selama 2 minggu di Instalasi Bedah Sentral (IBS), khususnya ruang operasi 4 dan 5. Kriteria sampel dalam RBNP ini adalah perawat yang masih melakukan operasi saat jam shift telah berakhir. Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2013 di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUP dr. Kariadi Semarang. Pada saat penelitian terkumpul 21 lembar instrumen *handover* yang sebelumnya telah dibagikan di masing-masing ruangan. *Scrub nurse* dan perawat sirkulasi juga turut berpartisipasi dalam penelitian ini. Aplikasi RBNP yang dilakukan menghasilkan kesimpulan bahwa instrumen SWITCH dinilai efektif dengan penggunaannya yang hanya memerlukan waktu sekitar 8-15 menit. Selain itu, penggunaan instrumen ini juga dapat mengurangi terjadinya *missing* saat operan karena jelas dan mudah dipahami.

PENDAHULUAN

Komunikasi efektif merupakan salah satu bentuk standar keselamatan pasien. Komunikasi tersebut menggunakan standar SBAR dalam pelaksanaannya. Ruang operasi merupakan suatu unit khusus dibandingkan unit rawat inap lainnya sedangkan SBAR umumnya dipakai di seluruh ruangan. Metode *hand-off* yang terstandar memberikan kesempatan pada tim untuk dapat saling bertanya dan mejawab hal-hal yang berkaitan dengan perioperatif.(Johnson, Logsdon, Fournier, & Fisher, 2013)

Di ruang IBS sudah terdapat suatu bentuk alat komunikasi tertulis antara lain papan *white board* yang ditempel di dinding setiap ruang operasi yang berisi identitas pasien serta jumlah instrumen dan alat habis pakai saat pre-operasi dan post operasi, alat timbang terima lainnya adalah lembar timbang terima instrumen. Akan tetapi hal itu

masih dilakukan di lembar terpisah sehingga kemungkinan untuk tidak tersampaikan saat timbang terima pada perawat yang berjaga selanjutnya lebih besar.

Berdasarkan fenomena yang terjadi maka dapat disimpulkan bahwa di ruang IBS masih belum ditetapkan suatu instrumen khusus untuk serah terima yang praktis dan memudahkan perawat dalam melakukan timbang terima. Oleh karena itu, peneliti akan mengaplikasikan suatu instrumen serah terima yang diperuntukan khusus untuk ruang operasi sehingga memudahkan perawat dalam melakukan serah terima pada perawat yang berjaga pada shift selanjutnya.

TUJUAN

Studi ini bertujuan untuk mengaplikasikan instrumen SWITCH di instalasi bedah sentral (IBS) pada perawat saat pergantian *shift* sebagai bentuk dari standar keselamatan pasien.

METODE

Research Based Nursing Practice (RBNP) ini dilaksanakan dengan aplikasi instrument SWICTH yang dikembangkan oleh *Surgical Services Partnership Council.* SWITCH didesain untuk memudahkan perawat dalam melakukan timbang terima.(Tools, n.d.) Timbang terima dapat dilakukan oleh perawat sirkulasi dengan perawat sirkulasi atau *scrub nurse* dengan *scrub nurse*.

Adapun aplikasi metode ini, dilakukan selama 2 minggu di Instalasi Bedah Sentral (IBS). Kriteria sampel dalam RBNP ini adalah perawat yang masih melakukan operasi saat jam shift telah berakhir. Partisipan yang memenuhi kriteria inklusi diberikan pengarahan tentang instrumen yang telah dirancang, kemudian dilakukan pengisian berdasarkan petunjuk yang telah ditentukan. Pengisian instrumen dilakukan saat pergantian *shift* di mana kegiatan operasi masih berlangsung. Apabila saat jam pergantian *shift* tetapi operasi telah selesai dilakukan maka tidak perlu menulis di lembar instrumen.

Pengolahan serta analisis data pada RBNP ini berdasarkan *check list* yang telah disusun peneliti. Observasi sebelum maupun setelah menggunakan instrumen ini juga dilakukan. Fokus utama dalam kegiatan penelitian ini adalah ketepatan dalam pengisian instrumen. Pada akhir intervensi ini diindikasikan perawat memahami tentang instrumen ini adalah ketepatan dalam mengisi semua item yang terdapat di instrumen.

HASIL

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2013 di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUP dr. Kariadi Semarang. Pada saat penelitian terkumpul 21 lembar instrumen *handover* yang sebelumnya telah dibagikan di masing-masing ruangan. *Scrub nurse* dan perawat sirkulasi juga turut berpartisipasi dalam penelitian ini.

Frekuensi penggunaan instrumen SWITCH

Tabel 4.1
Frekuensi penggunaan instrumen SWITCH

Tempat penelitian	Frekuensi	%
Ruang Operasi 1 (Urology)	3	14
Ruang Operasi 2 (Bedah Umum)	4	19
Ruang Operasi 4 (Kebidanan)	0	0
Ruang Operasi 5 (Digestive)	6	29
Ruang Operasi 6 (Onkologi)	1	5
Ruang Operasi 7 (Bedah Plastik)	7	33
Total	**21**	**100**

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa ruangan yang paling banyak melakukan operan menggunakan instrumen SWITCH adalah ruang operasi 7 yaitu sebanyak 7 kali operan (33%) sedangkan pada ruang operasi 4 tidak menggunakan SWITCH pada saat dilakukan RBNP.

Tindakan operasi

Tabel 4.2
Jenis Tindakan Operasi

Jenis Operasi	Kamar Operasi
Radikal Nefroktomy dekstra	1
Nefrolithotomi dextra	1
chordectomi	1
Total tiroidektomi + limpadenoktomi + FS	2
Nefroktomy dexstra	2
Debridement + amputasi digiti 4-5 pedis dekstra	2
Doudenoduodenostomy	2
Total Gastrektomi	5
LAR + Kistektomi	5
Miles Prosedure	5
Wide Eksisi FS + Rekonstruksi	5
Laparoskopi Eksplorasi CBD	5
SM + STSG	5
Wide Exixi + FS, Ganas MRM	6
Wide Exsisi + FS + rekonstruksi Flap	7
Whipple prosedure	7
Debridement + Amputasi	7
Mandibulektomy + reconstruksi Flap	7
Debridement + ST SG	7
Hemimandibulektomy + rekonstruksi flap	7
Debridement + release chorde	7

Tabel 4.2 menunjukkan jenis tindakan operasi yang sedang dilakukan saat pergantian jaga. Dari tabel menunjukkan bahwa sebanyak 21 tindakan operasi dilakukan dan kemudian diserahterimakan kepada perawat yang berjaga selanjutnya dengan menggunakan instrumen SWITCH.

Evaluasi Pelaksanaan Penggunaan SWITCH

1. Observasi peneliti

Tabel 4.3
Evaluasi penggunaan SWITCH berdasarkan observasi peneliti

Komponen Observasi	Hasil	Tempat	Keterangan
Waktu yang diperlukan dalam melengkapi *tools* SWITCH	9 menit	OK 1	-
	10 menit	OK 2	-
	-	OK 4	-
	8 menit	OK 5	-
	15 menit	OK 6	-
	10 menit	OK 7	-
Kelengkapan pengisian jawaban *tools* SWITCH	Lengkap	OK1	
	Lengkap	OK 2	-
	Tidak Lengkap	OK 4	Diagnosa medis tidak diisi
	Beberapa tidak lengkap	OK 5	Diagnosa medis tidak diisi, alat instrumen kecil belum ditulis
	Tidak lengkap	OK 6	Diagnosa medis tidak diisi
	Lengkap	OK 7	-

Tabel 4.3 menunjukan bahwa sebagian besar waktu yang dibutuhkan perawat untuk melengkapi instrumen SWITCH adalah 8-15 menit dan sebagian besar perawat telah melengkapi setiap item pertanyaan yang terdapat pada instrumen SWITCH

2. *Check List* Responden

Tabel 4.4
Evaluasi penggunaan SWITCH berdasarkan *check list* responden

Item	Setuju (%)	Tidak Setuju (%)	Total (%)
Pertanyaan yang terdapat pada masing-masing item jelas serta mudah dipahami	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)
Setiap item yang terdapat dalam instrumen sudah mewakili informasi penting yang akan disampaikan saat	5 (100%)	0	5 (100%)

operan			
Pengisian instrumen ini tidak lebih dari 10 menit	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)
Instrumen ini cocok diterapkan di IBS	5 (100%)	0	5 (100%)
Instrumen ini dapat mengurangi terjadinya *missing* saat operan	5 (100%)	0	5 (100%)

Pada tabel 4.4 menunjukkan gambaran evaluasi penggunaan instrumen SWITCH berdasarkan *check list* dari responden yang hasilnya adalah sebanyak 60% (3 orang) responden menyatakan setuju jika pertanyaan yang terdapat pada masing-masing jelas serta mudah dipahami, sebanyak 5 orang (100%) setuju jika setiap item yang terdapat dalam instrumen sudah mewakili informasi penting yang akan disampaikan saat operan, sebanyak 2 orang (40%) menyatakan tidak setuju jika pengisian intrumen SWITCH tidak lebih dari 10 menit, sebanyak 5 orang (100%) menyatakan bahwa instrumen SWITCH cocok digunakan di IBS serta sebanyak 100% (5 orang) responden menyatakan jika instrumen ini dapat mengurangi terjadinya *missing* saat operan.

PEMBAHASAN

Komunikasi terhadap berbagai informasi mengenai perkembangan pasien antar profesi kesehatan di rumah sakit merupakan suatu komponen yang fundamental dalam perawatan pasien. Factor manusia merupakan salah satu factor yang berkontribusi utama pada terjadinya kesalahan di pelayanan kesehatan yang berakibat pada patient safety.(Sevdalis, Hull, & Birnbach, 2012) Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa ketidakakuratan informasi dapat menimbulkan dampak yang serius pada pasien di mana hampir 70% kejadian sentinel yaitu kejadian yang dapat mengakibatkan kematian atau cidera yang serius di rumah sakit disebabkan karena kurangnya komunikasi. Hal tersebut juga didukung dengan penelitian lain yang mengungkapkan bahwa berdasarkan hasil kajian data terhadap adanya *adverse event*, *near miss,* dan *sentinel event* di rumah sakit, masalah yang menjadi penyebab utama adalah komunikasi.

Timbang terima merupakan suatu cara dalam menyampaikan serta menerima suatu laporan yang berkaitan dengan pasien. Pelaksanaan timbang terima dilakukan di seluruh unit di rumah sakit tidak terkecuali Instalasi Bedah Sentral (IBS) atau biasa disebut dengan ruang operasi. Timbang terima dirancang sebagai salah satu metode untuk memberikan informasi yang relevan pada tim perawat setiap pergantian *shift,* sebagai petunjuk praktis memberikan informasi mengenai kondisi terkini pasien, tujuan pengobatan, rencana perawatan serta menentukan prioritas layanan. Alvarado, et al (2006) menginformasikan bahwa komunikasi berbagai informasi yang diberikan oleh perawat dalam pertukaran *shift* yang lebih dikenal dengan timbang terima (hand over)

sangat membantu dalam perawatan pasien. Timbang terima yang dilaksanakan dengan baik dapat membantu mengidentifikasi kesalahan serta memfasilitasi kesinambungan perawatan pasien.

Pengintegrasian penerapan keselamatan pasien dalam aktivitas timbang terima dalam penelitian ini sejalan dengan pendapat Bost, et al yang menyatakan pemeriksaan keselamatan yang dilakukan saat timbang terima pasien merupakan salah satu faktor yang signifikan mempengaruhi peningkatan keselamatan pasien dan meningkatkan kepuasan pasien serta perawat pelaksana dalam menerima serta memberikan pelayanan.(Bost, Crilly, Patterson, & Chaboyer, 2012) Pemeriksaan keselamatan menjadi upaya penting untuk meningkatkan aktivitas keselamatan pasien untuk pelayanan keperawatan yang aman. Timbang terima dapat dilakukan secara lisan maupun secara tertulis. Salah satu komponen penting untuk keberhasilan pelaksanaan timbang terima adalah adanya komunikasi langsung dengan tatap muka (*face to face*) berupa komunikasi interaktif yang memungkinkan pemberi informasi dan penerima informasi memperoleh kesempatan untuk saling bertanya.(Petrovic et al., 2012) Pertukaran informasi dilakukan dengan sistematika penyampaian metode SBAR.(Tip, 2014)

Standar komunikasi dalam penyampaian informasi timbang terima dapat meningkatkan efektifitas pelaksanaan timbang terima dan penerapan keselamatan pasien. Mekanisme timbang terima yang baik yang ditunjukkan dengan adanya standar proses maupun standar isi komunikasi yang diinformasikan akan memberikan manfaat bagi keselamatan pasien. Hal ini menyebabkan perawat lebih fokus dan terarah dalam melakukan timbang terima sehingga kesinambungan informasi dan keberlanjutan pelayanan dapat dicapai untuk meningkatkan pelayanan keperawatan. SWITCH merupakan suatu bentuk panduan timbang terima di mana di dalamnya terdiri atas 6 item informasi yang akan disampaikan. Item–item tersebut disusun secara berurutan untuk memudahkan perawat dalam menyampaikan informasi yang berkaitan dengan pasien serta untuk menghindari adanya kelalaian dalam menyampaian informasi. Hal ini juga sejalan dengan sebuah penelitian yang menyatakan bahwa komunikasi yang mendukung keselamatan pasien tidak terlepas dari standar serta prosedur komunikasi yang digunakan.

Penelitian yang dilakukan pada bulan November 2013 di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUP Dr.Kariadi Semarang menunjukkan bahwa sebanyak 21 instrumen dari 48 instrumen yang dibagikan telah diisi oleh perawat yang bekerja di ruang operasi 1, 2, 4, 5, 6 dan 7. Instrumen yang diberikan tidak semua terisi dikarenakan penggunaan instrumen ini hanya pada saat intraoperatif. Saat dilakukan penelitian ini tidak semua ruang operasi melakukan timbang terima. Hal ini disebabkan karena tindakan operasi yang ada di ruang tersebut telah berakhir sehingga tidak perlu melakukan timbang terima pada perawat yang berjaga *shift* selanjutnya.

Berdasarkan tabel 4.2 terlihat bahwa di ruang operasi 7 atau biasa disebut dengan ruang bedah plastik yang paling banyak mengisi instrumen SWITCH dibandingkan dengan ruang operasi yang lain. Ada beberapa faktor yang menyebabkan antara lain jumlah tindakan operasi pada ruang tersebut, estimasi waktu dari setiap tindakan operasi maupun faktor pendukung lainnya seperti pengaruh dari ketua tim itu sendiri. Jumlah tindakan operasi tidak mempengaruhi dari pengisian instrumen ini.

Meskipun di ruang tersebut memiliki jadwal operasi lebih dari 2 akan tetapi apabila saat pergantian *shift* semua tindakan operasi telah selesai dilakukan maka perawat yang berjaga tidak perlu mengisi instrumen ini. Hal inilah yang menyebabkan tidak semua instrumen yang telah dibagikan pada masing-masing ruang operasi 1, 2, 4, 5, 6 dan 7 tidak semua terisi. Faktor pendukung yang lainnya adalah pengaruh dari ketua tim di masing-masing ruang operasi. Ketua tim adalah orang yang bertanggung jawab pada masing-masing ruang operasi. Pada saat operan biasanya ketua tim yang mengoperkan kepada perawat yang berjaga *shift* selanjutnya sehingga apabila operan ketua tim dapat menggunakan instrumen ini. Selain sebagai panduan saat operan, ketua tim dapat secara tidak langsung memperkenalkan instrumen ini serta cara penggunaannya kepada perawat lainnya.

Evaluasi dalam pelaksanaan implementasi instrumen ini dilakukan oleh responden dengan mengisi *check list* yang telah disediakan serta dilakukan oleh peneliti itu sendiri dengan melakukan observasi. Dari hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti didapatkan hasil bahwa rata-rata pengisian instrumen SWITCH 8-15 menit. Waktu terlama pengisian instrumen ini dilakukan di ruang operasi 6 hal ini dikarenakan pada saat observasi ada banyak hal yang perlu diserahterimakan serta perawat juga banyak bertanya tentang instrumen baru tersebut. Kelengkapan dokumentasi juga menjadi *point* dalam evaluasi ini. Dari hasil observasi ditemukan bahwa sebagian besar perawat telah mengisi instrumen ini dengan lengkap. Evaluasi selanjutnya adalah *check list* yang diisi oleh responden. Dari 5 item pertanyaan yang diajukan sebanyak 60% menyatakan pertanyaan pada setiap item jelas dan mudah dipahami, sebanyak 5 orang (100%) setuju jika setiap item yang terdapat dalam instrumen sudah mewakili informasi penting yang akan disampaikan saat operan, sebanyak 2 orang (40%) menyatakan tidak setuju jika pengisian intrumen SWITCH tidak lebih dari 10 menit, sebanyak 5 orang (100%) menyatakan bahwa instrumen SWITCH cocok digunakan di IBS serta sebanyak 100% (5 orang) responden menyatakan jika instrumen ini dapat mengurangi terjadinya *missing* saat operan. Hasil tersebut sama dengan hasil survei yang dilakukan oleh *Surgical Services Partnership Council* pada 33 anggota tim yang terdiri atas 20 orang perawat, 12 *surgical technologist*, dan 1 anastesi) yang menyatakan sebanyak 97% mengatakan SWITCH sangat penting untuk keselamatan pasien dan 87% mengatakan SWITCH mudah digunakan.

SIMPULAN

Instrumen SWITCH dinilai efektif dengan penggunaannya yang hanya memerlukan waktu sekitar 8-15 menit. Selain itu, penggunaan instrumen ini juga dapat mengurangi terjadinya *missing* saat operan karena jelas dan mudah dipahami.

DAFTAR PUSTAKA

Bost, N., Crilly, J., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2012). Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, *20*, 133–141. doi:10.1016/j.ienj.2011.10.002

Johnson, F., Logsdon, P., Fournier, K., & Fisher, S. (2013). SWITCH for safety: Perioperative hand-off tools. *AORN Journal*, *98*(5), 494–504; quiz 505–7. doi:10.1016/j.aorn.2013.08.016

Petrovic, M. a., Aboumatar, H., Baumgartner, W. a., Ulatowski, J. a., Moyer, J., Chang, T. Y., … Martinez, E. a. (2012). Pilot implementation of a perioperative protocol to guide operating room-to-intensive care unit patient handoffs. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, *26*(1), 11–16. doi:10.1053/j.jvca.2011.07.009

Sevdalis, N., Hull, L., & Birnbach, D. J. (2012). Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: Obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress. *British Journal of Anaesthesia*, *109*. doi:10.1093/bja/aes391

Tip, P. S. (2014). Another Perioperative Handoff Tool :, (Johnson 2013).

Tools, H. C. (n.d.). Hand-off Communications Hand-off Communications.

QUALITY IMPROVEMENT PROJECT: EFEKTIFITAS INSTRUMENT *SEMI-CUSTOMISED CERVICAL PILLOW (UNIVERSAL PILLOW)* TERHADAP PENURUNAN TINGKAT NYERI LEHER DENGAN ATAU TANPA NYERI KEPALA DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUP DR. KARIADI SEMARANG

Ferdio Ridha, S.Kep., Ns [1] Ilham Nur Luthfi, S.Kep., Ns [1] Dody Setyawan, S.Kep., Ns., M.Kep [2]

1) Alumni Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP
2) Staff Pengajar Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP

Abstrak

Nyeri leher atau nyeri servikal merupakan rasa tidak nyaman yang terjadi pada daerah leher. Nyeri ini dapat menjalar ke kepala dan dapat menyebabkan rasa sakit di bagian kepala baik itu pada satu sisi ataupun dua sisi. Jika terdapat nyeri leher disertai dengan nyeri kepala, maka terindikasi adanya gangguan aliran di pembuluh darah menuju ke otak. Sering kali, terapi yang digunakan untuk mengurangi nyeri tersebut yaitu dengan terapi farmakologis. Salah satu tindakan keperawatan yang dapat menurunkan rasa nyeri tersebut yaitu dengan *semi-customised cervical pillow(Universal Pillow)*. Tujuan *Quality Improvement Project* (QIP) ini adalah untuk mengetahui efektifitas penerapan instrument *semi-customised cervical pillow* dalam menurunkan tingkat nyeri pada leher dengan atau tanpa nyeri kepala.
Metode yang digunakan adalah *pre-post test without control group design*. Sampel yang digunakan yaitu pasien yang datang di IGD RSUP Dr. Kariadi dengan keluhan nyeri leher dengan atau tanpa nyeri kepala yang sudah memenuhi kriteria inklusi dan sebesar 8 responden. Uji analisis data menggunakan uji T-Test berpasangan.
Hasil QIP menunjukkan nilai *p value* 0,003 (< 0,05) yang artinya bahwa ada perbedaan penurunan tingkat nyeri sebelum dan sesudah diberikan *semi-costumized cervical pillow*. Rata-rata nyeri pasien mengalami penurunan dari rentang nyeri sedang (skala 5-6) menjadi nyeri ringan yaitu skala 3 dan nyeri sedang pada skala 4 (penurunan dari skala 5-6 ke skala 4). Bantal ini mempertahankan posisi netral leher dan membuat aliran darah yang melalui leher menjadi lebih lancar sehingga tekanan biomekanik pada leher menurun. Penurunan tekanan tersebut membuat tegangan otot leher juga berkurang.
Hasil QIP ini bisa diterapkan di IGD Rumah Sakit sebagai bentuk intervensi non farmakologis dalam menurunkan nyeri leher dan atau tanpa nyeri kepala pada pasien

Kata Kunci: *Semi-customised cervical pillow,* nyeri leher, nyeri kepala

PENDAHULUAN

Nyeri leher atau yang dikenal juga sebagai nyeri servikal merupakan suatu rasa tidak nyaman yang terjadi pada daerah leher. Gejalanya seperti terasa sakit dan terasa kaku didaerah leher. Nyeri ini juga dapat menjalar ke kepala, bahu, lengan dan tangan yang biasanya terasa seperti ditusuk-tusuk jarum pada daerah tersebut. Nyeri yang

menjalar kepala menyebabkan rasa sakit di bagian kepala baik itu pada satu sisi ataupun dua sisi (Samara, 2007).

Penyebab dari nyeri leher itu sendiri ada berbagai macam, yaitu alergi, infeksi oleh virus atau bakteri, stres psikologis, efek dari suatu penyakit dan posisi tidur yang kurang tepat. Selain itu penyebab nyeri leher juga dapat disebabkan karena trauma akut dan trauma menahun (WHO, 2006). Penyebab nyeri leher yang biasa terjadi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) yaitu akibat dari gejala penyakit seperti hipertensi, vertigo, stroke, aneurisma dan meningitis (Harnowo, 2012).

Nyeri leher yang terjadi jika dibiarkan akan dapat berdampak lebih buruk apalagi jika disertai dengan nyeri kepala. Hal yang terjadi jika terdapat nyeri leher disertai dengan nyeri kepala, maka terindikasi adanya gangguan aliran pembuluh darah yang menuju ke otak. Hal tersebut jika dibiarkan dikhawatirkan dapat beresiko merusak sel otak dan nyeri yang tidak terkontrol juga beresiko terjadinya syok neurogenik (Harnowo, 2012). Salah satu tindakan keperawatan yang dapat menurunkan rasa nyeri adalah dengan *semi-customised cervical pillow* (*Universal Pillow*). *Semi-customised cervical pillow* (*Universal Pillow*) merupakan suatu bantal yang diperuntukkan untuk leher yang berguna menurunkan rasa nyeri pada leher.

Berdasarkan fenomena yang didapatkan di IGD Rumah Sakit dr. Kariadi tentang bantal untuk menurunkan tingkat nyeri leher klien selama ini belum pernah ada. Tindakan yang dilakukan di IGD tersebut yaitu dengan memberikan terapi farmakologi dan belum ada tindakan keperawatan non farmakologi seperti penggunaan bantal tersebut. Selain itu, tidak terdapatnya bantal sebagai penyangga leher di RSUP dr. Kariadi membuat klien dengan nyeri leher semakin tidak merasa nyaman.

Berdasarkan fenomena tersebut maka penulis tertarik untuk mencoba menerapkan sebuah instrumen *semi-customised cervical pillow* yang dapat menurunkan tingkat nyeri leher. Penerapan instrumen ini diharapkan dapat memaksimalkan tindakan keperawatan non farmakologi khususnya dalam menurunkan tingkatnyeri pada leher baik dengan atau tanpa nyeri kepala.

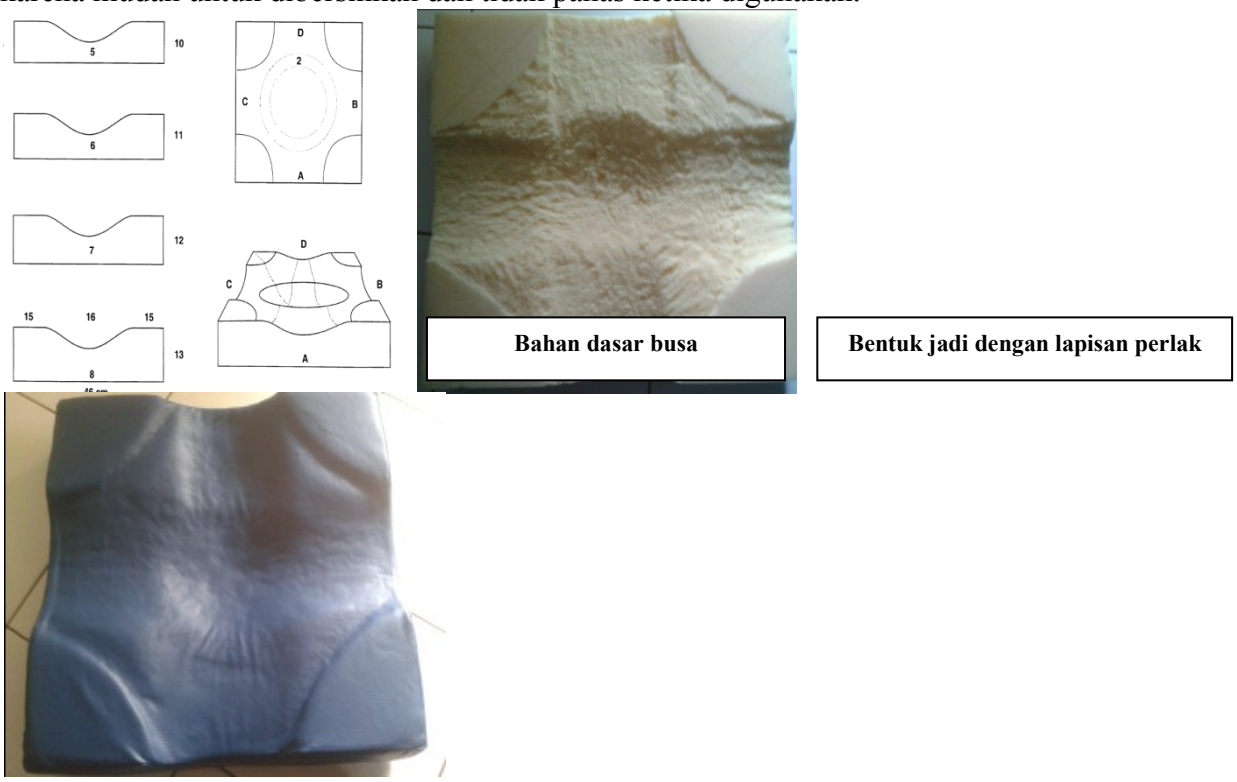
TUJUAN

Mengetahui perbedaan tingkat nyeri leher dengan atau tanpa nyeri kepala klien setelah diberikan instrument *semi-customised cervical pillow* (*Universal Pillow*).

METODE

QIP ini termasuk dalam penelitian eksperimental sederhana dengan desain *pre-posttest without control group design*. Project ini berfokus pada penggunaan *semi-customised cervical pillow* (*Universal Pillow*) dalam menurunkan tingkat nyeri leher dengan atau tanpa nyeri kepala. Pengukuran tingkat nyeri ini dilakukan sebelum penggunaan *semi-customised cervical pillow* dan setelah penggunaan selama 30 menit (Jeon et al., 2014). Besar sampel yang digunakan pada QIP ini adalah 8 klien dengan kriteria inklusi yaitu klien yang mengeluh nyeri leher dengan atau tanpa nyeri kepala dengan skala nyeri ringan (skor < 4 menggunakan *numeric rating scale*) sampai skala nyeri sedang (skor 4-6), sedangkan kriteria eksklusinya yaitu klien dengan cedera kepala berat, cedera servikal, penurunan kesadaran dan kelainan pada tulang servikal. QIP ini dilakukan di IGD RSUP Dr. Kariadi pada tanggal 01 November – 07 Desember 2014.

Nyeri pada klien diukur menggunakan alat ukur nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS) dari skala 1-10. Alat dan bahan yang digunakan untuk bantal ini adalah busa. Penggunaan busa dikarenakan berdasarakan penelitian yang dilakukan oleh Susan et al. (2011) menunjukkan bahwa bantal yang terbuat dari busa atau *foam* menghasilkan kemiringan (bentuk) serupa pada semua segmen tulang belakang sebagai bentuk dasar bantal. Hal ini diperkuat penelitian yang dilakukan oleh Persson dan Moritz (1998) bahwa bantal untuk lordosis servikal dapat direkomendasikan untuk manajemen nyeri leher dan peningkatan kualitas tidur. Alas pada bantal yang digunakan adalah perlak karena mudah untuk dibersihkan dan tidak panas ketika digunakan.



Gambar bentuk *semi-customised cervical pillow* (*Universal Pillow*)

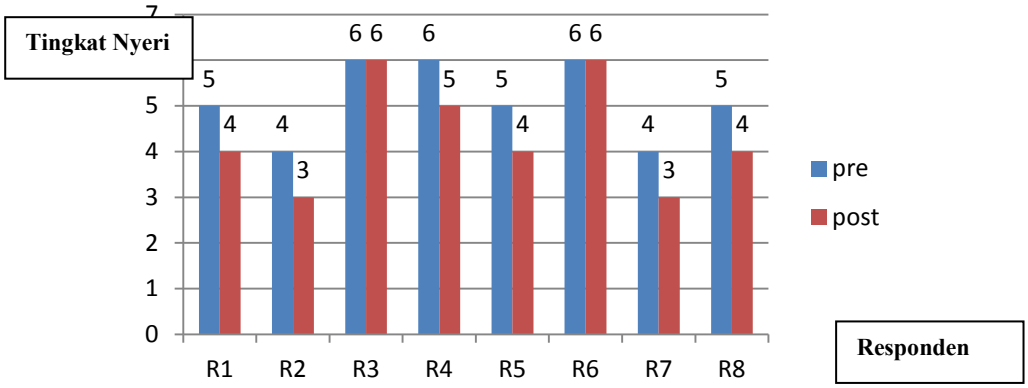
Prosedur pengumpulan datanya antara lain peneliti memilih sampel yang akan diberikan intervensi. Kemudian peneliti meminta persetujuan kepada calon responden untuk dijadikan sampel. Skala nyeri awal diukur dan kemudian diberikan intervensi pemberian bantal tersebut selama 30 detik. Setelah diberikan intervensi tersebut, kemudian skala nyeri akhir diukur dan dibandingkan dengan skala nyeri awal untuk dianalisis ada perubahan atau tidak. Uji statistic yang digunakan pada QIP ini adalah uji T-Test berpasangan, karena data berdistribusi normal (p value pre 0,067 dan post 0,168 > 0,05). Hipotesis diterima jika nilai *p value* < 0,05 yaitu terdapat perbedaan tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan intervensi bantal tersebut.

HASIL

Tingkat Nyeri Responden Sebelum dan Setelah Penggunaan S*emi-Customised Cervical Pillow*

Diagram 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Nyeri Leher dengan atau tanpa Nyeri Kepala Di Ruang IGD November-Desember 2014

(n=8)



Berdasarkan uji T-Test berpasangan, didapatkan hasil sebagai berikut:

Intervensi	Mean	Standar Deviasi	Nilai Minimum	Nilai Maksimum	P Value
Pre-Post test	0,750	0,463	0,363	1,137	0,003

Tabel tersebut menunjukkan bahwa nilai p value 0,003 (< 0,05) yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat nyeri sebelum diberikan *semi-costumized cervcal pillow* dan sesudah diberikan *semi-costumized cervical pillow* yaitu terjadi penurunan tingkat nyeri setelah diberikan intervensi tersebut.

PEMBAHASAN

Hasil uji T-Test berpasangan diperoleh nilai *p value* 0,003 (p<0,05). Hal tersebut dapat diartikan bahwa adanya perbedaan penurunan tingkat nyeri sebelum diberikan *semi-costumized pillow* dan sesudah diberikan *semi-costumized pillow*. Skala nyeri sebelum diberikannya *semi-costumized pillow* didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mengalami nyeri leher dengan atau tanpa nyeri kepala dengan skala sedang yaitu berkisaran pada skala 5-6. Skala nyeri sesudah diberikan tindakan penggunaan *Semi-Costumized Cervical Pillow* sebagaian besar menyatakan mengalami penurunan. Penurunan nyeri sebagian besar menjadi nyeri ringan yaitu pada skala 3 dan nyeri sedang pada skala 4 (penurunan dari skala 5-6 ke skala 4). Penurunan nyeri terjadi dikarenakan *Semi-Costumized Cervical Pillow* yang digunakan sebagai bantal percobaan dibuat menyerupai bentuk leher dan memungkinkan klien untuk memilih ketinggian yang sesuai dengan bentuk lehernya masing-masing. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Gordon et al. (2011) menyimpulkan bahwa dengan menggunakan bantal yang menyesuaikan bentuk leher dan dengan meminimalkan jarak-akhir posisi segmen tulang belakang dapat mengurangi nyeri pada leher. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Chen dan Cai (2012) yang menyimpulkan bahwa dengan menggunakan bantal yang tepat (sesuai dengan bentuk leher) akan membuat tekanan yang diberikan pada otot merata sehingga dapat meningkatkan rasa nyaman pada saat berbaring dan mengurangi rasa nyeri pada leher.

Hasil QIP ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Erfanian et al. (2004) dimana dalam penelitian tersebut disebutkan bahwa penggunaan *semi-*

customized experimental cervical pillow terbukti lebih efektif digunakan untuk penurunan nyeri leher dibandingkan *general pillow*. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa penggunaan pillow dapat memberikan efek signifikan terhadap (Gordon et al, 2010).

Penurunan tingkat nyeri leher ini juga dipengaruhi oleh bahan dasar yang dipakai yaitu busa. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Gordon et al, (2010) bahwa busa merupakan bahan dasar yang dapat mempengaruhi *cervical stiffness, headache and scapular/arm*. Berdasarkan hasil dari QIP yang didukung oleh beberapa penelitian yang lain dapat disimpulkan bahwa penggunaan *cervical pillow* dapat menurunkan tingkat nyeri leher dengan atau tanpa nyeri kepala. Hal tersebut dikarenakan penggunaan *semi custumised cervical pillow* dengan mempertahankan posisi netral (sesuai dengan bentuk leher) membuat beban leher berkurang dan membuat aliran darah yang melalui leher menjadi lebih lancar sehingga tekanan biomekanik pada leher menurun. Penurunan tekanan tersebut membuat tegangan pada otot leher juga berkurang. Saraf yang tertekan diakibatkan oleh tegangan pada otot menjadi berkurang sehingga nyeri leher yang diakibatkan juga ikut berkurang (Gordon et al. 2010; Chen dan Cai, 2012)

Hasil QIP ternyata juga menunjukkan terdapat 2 klien yang tidak mengalami penurunan tingkat nyeri. Tidak terjadinya penurunan tingkat nyeri tersebut dapat dikarenakan faktor psikis. Faktor psikis yaitu faktor yang diakibatkan oleh reaksi tubuh terhadap stress, kecemasan, depresi maupun konflik emosional (George, 2006). Kondisi ruangan yang selalu pada di IGD membuat pasien merasakan ketidaknyamanan dan dapat menambah kecemasannya. Kondisi tersebut merupakan salah satu faktor yang membuat mengapa tidak terjadinya penurunan nyeri pada partisipan, namun perlu analisis melalui penelitian lebih lanjut untuk mengetahui hal tersebut.

SARAN

Diharapkan perawat di IGD Rumah Sakit dapat menerapkan penggunaan *semi-costumized cevical pillow* pada pasien dengan nyeri leher dengan atau tanpa nyeri kepala karena hasil QIP ini menunjukkan hasil dalam menurunkan tingkat nyeri klien.

DAFTAR PUSTAKA

Chen, H.L. & Cai, D. (2012). Body dimension measurements for pillow design for Taiwanese. *Work, 41 Suppl 1*, 1288-1295.

Erfanian P, Tenzif S, Guerriero RC. (2004). Assessing effects of a semi-customized experimental cervical pillow on symptomaticadults with chronic neck pain with and without headache. *Journal Canadian Chiropractic Association* 48: 20-28.

George, K.O. (2006). *Migraine Headache. National Institute of Health*.

Gordon, S.J., Grimmer-Somers, K.A. & Trott, P.H. (2010). Pillow use: the behavior of cervical stiffness, headache and scapular/ arm pain. *J. Pain Res*., 3, 137-145.

Harnowo, PA. (2012). *3 Jenis Sakit Kepala Yang Butuh Penanganan Kepala Darurat*. Detik Health : Jakarta.

Jeon et al. (2014). Improving The Quality of Sleep with an optimal Pillow: a Randomized, comparative Study. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine.* 233 (3). P 183-188

Persson, L. & Moritz, U. (1998). Neck support pillows: a comparative study. *J. Manipulative Physiol*. Ther., 21, 237-240.

Samara, D. (2007). Nyeri Muskuloskeletal Pada Leher Pekerja Dengan Posisi Pekerjaan Yang Statis. *Universa Medicina*. Jakarta. Vol. 26, No. 3. Hal 137-141.

Susan et al. (2011). A randomized, comparative trial: does pillow type alter cervico-thoracic spinal posture when side lying?. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. Vol. 4. Hal 321-327

World Health Organization. 2006. Nyeri Servikal. Disusun Ulang Dari *Reumatologi Dalam Praktik*. Jakarta. Volume 2, No. 1. Hal 12-18.

GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN KRITIS DI *INTENSIVE CARE UNIT*

Gabro Hermawan Saputra [1], Reni Sulung Utami [2]

1) Mahasiswa S1 Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro Semarang (gabrosaputra@rocketmail.com)
2) Staf Pengajar Departemen Keperawatan Dewasa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (reni.sulung@gmail.com)

Abstrak

Latar belakang : Ancaman kehidupan pada pasien yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU) lebih tinggi dibandingkan dengan unit perawatan lainnya. Besarnya ancaman kehidupan di ICU tidak hanya menimbulkan kecemasan bagi pasien namun juga bagi keluarga. Keluarga memiliki peran penting dalam mendukung kesembuhan pasien sehingga fasilitas dan pelayanan kesehatan di rumah sakit juga perlu memperhatikan aspek kebutuhan keluarga pasien (*Family Center Care*). **Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kebutuhan keluarga pasien kritis di intensive care unit. **Metode :** Penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode survei. Data diambil dengan menggunakan kuesioner Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). Jumlah responden sebanyak 54 keluarga pasien kritis di ICU RSUP Dr. Kariadi, Semarang. **Hasil :** Persentase keseluruhan kebutuhan keluarga pasien kritis adalah kebutuhan jaminan pelayanan (96,3%), kebutuhan dekat dengan pasien (86,4%), kebutuhan rasa nyaman (85,5%), kebutuhan informasi (79,8%), dan kebutuhan dukungan mental (72,3%). Dari keseluruhan kebutuhan tersebut, terdapat lima sub variabel tertinggi berdasarkan jumlah persentase kategori penting dan sangat penting yaitu mendapatkan penjelasan yang mudah dimengerti (100%), mendapatkan jawaban jujur dari setiap pertanyaan (100%), dihubungi pada saat terjadi perubahan kondisi pasien (100%), mendapatkan informasi tentang pasien minimal sekali dalam sehari (100%), dan diinformasikan tentang rencana pemindahan pasien saat sedang disiapkan (100%). **Kesimpulan :** Kebutuhan jaminan pelayanan menjadi kebutuhan yang paling dianggap penting oleh sebagian besar responden. Hasil ini dapat menjadi bahan masukan bagi petugas kesehatan untuk senantiasa memberikan informasi yang jujur terkait perawatan dan kondisi pasien kepada anggota keluarga dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti sesuai dengan latar belakang keluarga.

Kata Kunci: Kebutuhan keluarga, *Intensive Care Unit*

Pendahuluan

Ancaman kehidupan pada pasien yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU) lebih tinggi dibandingkan dengan unit perawatan lainnya. Beberapa penelitian menunjukan bahwa angka kematian di ICU berkisar antara 20% - 30% (Eng, 1992; Rigon & Chevret, 2005). Sedangkan penelitian yang dilakukan di unit penyakit dalam menunjukan angka kematian mencapai 11, 2% (Garko, Ekweani, & Anyiam, 2003). Besarnya ancaman kehidupan tersebut seringkali menyebabkan keluarga dari pasien yang dirawat di ICU menjadi cemas (Curtis, 2008; Kulkarni, 2011). Penelitian yang dilakukan di beberapa rumah sakit di Amerika menunjukan bahwa 10%-42% anggota keluarga pasien di ICU mengalami kecemasan (Kulkarni, 2011).

Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kecemasan yang dialami keluarga yaitu faktor pasien, faktor keluarga, dan faktor ICU (Kulkarni, 2011). Dalam penelitian Fumis(2009), kondisi pasien terutama pada pasien yang menggunakan bantuan ventilasi mekanik, mengalami metastase kanker, dan mengalami perburukan prognosis kesehatan sangat berpengaruh terhadap kecemasan keluarga.

Kecemasan yang terjadi pada anggota keluarga mempunyai dampak yang cukup signifikan terhadap proses kesembuhan pasien. Acaroglu, Kaya, Sendir, Tosun, & Turan (2008) menyatakan bahwa ketidakmampuan keluarga dalam mengatasi kecemasan dapat menyebabkan waktu pemulihan yang lebih lama pada pasien. Selain berdampak terhadap pasien, kecemasan yang dialami oleh keluarga juga dapat mempengaruhi hubungan antara keluarga pasien dengan petugas kesehatan (Blanchard & Alavi, 2008). Hal ini umumnya dialami oleh keluarga pasien yang sedang mengalami kecemasan dalam mencari informasi dan dukungan. Pada kondisi tersebut mudah terjadi kesalahpahaman atau kesalahan interpretasi antara keluarga dengan petugas kesehatan (Blanchard & Alavi, 2008).

Keluarga memiliki peran penting dalam mendukung kesembuhan pasien sehingga pemberian fasilitas dan pelayanan kesehatan di rumah sakit juga perlu menitikberatkan pada pemenuhan kebutuhan keluarga (*Family Center Care*). Menurut Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) yang dikembangkan oleh Molter & Leske, ada 5 kebutuhan keluarga yaitu kebutuhan akan informasi, kebutuhan akan dukungan mental, kebutuhan akan kenyamanan, kebutuhan akan kedekatan dengan pasien dan kebutuhan akan jaminan pelayanan. Pemenuhan kebutuhan keluarga di ICU pernah diteliti sebelumnya, namun penelitian-penelitian tersebut menunjukan hasil yang berbeda (Mi-kuen, French, & Kai-kwong, 1999; Pane, 2011; Yang, 2005).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang ditemukan data tentang adanya rasa cemas dan takut yang dialami oleh keluarga pasien terkait kondisi anggota keluarganya yang dirawat sehingga seringkali membuat mereka sulit untuk tidur. Keluarga mengatakan tidak berani meninggalkan ruang tunggu terlalu jauh dan lama karena jika sewaktu-waktu dipanggil oleh perawat. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kebutuhan keluarga pasien kritis yang dirawat di Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) dr Kariadi Semarang.

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode survei. Metode *sampling* yang digunakan adalah *consecutive sampling* dengan kriteria inklusi yaitu keluarga dari pasien kritis yang dirawat di ICU yang mampu membaca, menulis, dan berbahasa Indonesia. Tidak ada kriteria eksklusi yang ditetapkan dalam penelitian ini. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 54 orang. Penelitian dilakukan di ICU RSUP Dr. Kariadi, Semarang. Data diambil dengan menggunakan kuesioner CCFNI. Uji validitas dan reliabilitas telah dilakukan yang menghasilkan nilai yang berkisar antara 0.25 dan 0.6, yang berarti bahwa setiap item pertanyaan dapat dinyatakan valid.

Hasil Penelitian

Karakteristik responden dalam penelitian ini mencakup jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, lama menunggu, agama dan suku. Berdasarkan tabel 1 dapat

diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki, berusia antara 20-40 tahun, berpendidikan SMU, dan bekerja sebagai pegawai swasta.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik Pasien	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki – laki	30	55.6
Perempuan	24	44.4
Umur (Tahun)		
< 20	3	5.6
20-30	14	25.9
31-40	16	29.6
41- 50	13	24.1
>50	8	14.8
Pendidikan		
Tidak sekolah	3	5.6
SD	6	11.1
SMP	15	27.8
SMU	22	40.7
S1	8	14.8
Pekerjaan		
PegawaiNegeri Sipil	8	14.8
Polri/TNI	1	1.9
Pegawai swasta	12	22.2
Wiraswasta	10	18.5

Tabel 2.Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis di ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang

No.	Kebutuhan	Persentase (%)
1	Jaminan Pelayanan	96.3
2	Dekat dengan Pasien	86.4
3	Rasa Nyaman	85.5
4	Informasi	79.8
5	Dukungan Mental	72.3

Tabel 2 menunjukkan bahwa kebutuhan jaminan pelayanan merupakan kebutuhan yang dianggap paling penting oleh sebagian besar responden (96.3%) diikuti oleh kebutuhan dekat dengan pasien (86,4%), kebutuhan rasa nyaman (85,5%), kebutuhan informasi (79,8%), dan kebutuhan dukungan mental (72,3%). Sedangkan berdasarkan item pertanyaan dalam kuesioner didapatkan 5 persentase tertinggi (100%) yang dianggap penting dan sangat penting oleh responden (lihat tabel 3).

Tabel 2. Sub Variabel Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis di ICU RSUP dr. Kariadi Semarang

No.	Pertanyaan	Tidak penting n (%)	Sedikit penting n (%)	Penting n (%)	Sangat penting n (%)	Jumlah persentase penting dan sangat penting	Kebutuhan
1.	Mendapatkan penjelasan yang mudah dimengerti	0(0)	0(0)	9 (16.7)	45 (83.3)	100%	Jaminan Pelayanan
2.	Mendapatkan jawaban jujur dari setiap pertanyaan	0(0)	0(0)	12 (22.2)	42 (77.8)	100%	Jaminan Pelayanan
3	Dihubungi pada saat terjadi perubahan kondisi pasien	0(0)	0(0)	24 (44.4)	30 (55.6)	100%	Dekat dengan Pasien
4	Mendapatkan informasi tentang pasien minimal sekali dalam sehari	0(0)	0(0)	28 (51.9)	26 (48.1)	100%	Dekat dengan Pasien
5	Diinformasikan tentang rencana pemindahan pasien saat sedang disiapkan	0(0)	0(0)	35 (64.8)	19 (35.2)	100%	Dekat dengan Pasien
6.	Mengetahui kemungkinan yang dapat terjadi	0(0)	1 (1.9)	19 (35.2)	34 (63)	98.2%	Jaminan Pelayanan
7	Merasa yakin bahwa petugas rumah sakit peduli terhadap pasien	0(0)	1 (1.9)	18 (33.3)	35 (64.8)	98.2%	Jaminan Pelayanan
8	Merasa masih memiliki harapan	0(0)	3 (5.6)	15 (27.8)	36 (66.7)	94.5%	Jaminan Pelayanan
9	Mengetahui alasan kenapa suatu tindakan dilakukan terhadap pasien	0(0)	3(5.6)	18 (33.3)	33 (61.1)	94.4%	Jaminan Pelayanan
10	Mengetahui dengan jelas apa yang sedang dilakukan terhadap pasien	1(1.9)	2(3.7)	20 (37.0)	31 (57.4)	94.4%	Informasi
11	Dapat melihat pasien secara berkala	0(0)	3(5.6)	27 (50.0)	24 (44.4)	94.4%	Informasi
12	Diyakinkan bahwa pasien diberikan perawatan terbaik	1 (1.9)	3(5.6)	14 (25.9)	36 (66.7)	92.6%	Jaminan Pelayanan
13	Merasa yakin bahwa tidak masalah untuk meninggalkan Rumah sakit sementara waktu	1(1.9)	3(5.6)	16 (29.6)	34 (63)	92.6%	Rasa Nyaman
14	Jam berkunjung dimulai tepat waktu	1(1.9)	3(5.6)	30 (55.6)	20 (37.0)	92.6%	Dekat dengan Pasien
15	Mempunyai makanan yang baik di Rumah sakit	1(1.9)	4(7.4)	15 (27.8)	34 (63)	90.8%	Rasa Nyaman
16	Mengetahui data – data	2 (3.7)	3 (5.6)	16	33	90.7%	Jaminan

	spesifik yang berhubungan dengan perkembangan pasien			(29.6)	(61.1)		Pelayanan
17	Terdapat kunjungan pemuka agama	1(1.9)	4(7.4)	20 (37)	29 (53.7)	90.7%	Dukungan Mental
18	Mengetahui bagaimana pasien dirawat secara medis	3(5.6)	2(3.7)	18 (33.3)	31 (57.4)	90.7%	Informasi
19	Berdiskusi tentang kemungkinan pasien meninggal	2 (3.7)	4(7.4)	31 (57.4)	17 (31.5)	89.9%	Dukungan Mental
20	Mempunyai orang tertentu di rumah sakit yang dapat dihubungi pada saat tidak dapat berkunjung	3(5.6)	3(5.6)	25 (46.3)	23 (42.6)	88.9%	Informasi
21	Mendapat penjelasan tentang lingkungan sebelum ke ICU pertama kali.	2 (3.7)	5(9.3)	17 (31.5)	30 (55.6)	87.1%	Dukungan Mental
22	Terdapat toilet di dekat ruang tunggu	2(3.7)	6(11.1)	29 (53.7)	17 (31.5)	85.2%	Rasa Nyaman
23	Mempunyai seseorang yang peduli terhadap kesehatan kita	0(0)	8(14.8)	28 (51.9)	18 (33.3)	85.2%	Dukungan Mental
24	Diberi informasi tentang layanan keagamaan	4(7.4)	4(7.4)	28 (51.9)	18 (33.3)	85.2%	Dukungan Mental
25	Mendapatkan petunjuk tentang apa yang dapat dilakukan disamping tempat tidur pasien	0(%)	8 (14.8)	24 (44.4)	22 (40.7)	85.1%	Dukungan Mental
26	Merasa diterima oleh staf rumah sakit	4(7.4)	5(9.3)	27 (50)	18 (33.3)	83.3%	Rasa Nyaman
27	Adanya mebel/sofa yang nyaman di ruang tunggu	3(5.6)	7(13)	25 (46.3)	19 (35.2)	81.5%	Rasa Nyaman
28	Mempunyai jam berkunjung yang dapat berubah dalam kondisi khusus	4(7.4)	6(11.1)	27 (50.0)	17 (31.5)	81.5%	Dekat Dengan Pasien
29	Mempunyai seseorang yang dapat membantu masalah secara finansial (keuangan)	2 (3.7)	8(14.8)	25 (46.3)	19 (35.2)	81.5%	Dukungan Mental
30	Dapat berbicara dengan dokter setiap hari	9 (16.7)	2 (3.7)	18 (33.3)	25 (46.3)	79.6%	Informasi
31	Mengetahui staf rumah sakit yang dapat memberikan informasi tertentu	6(11.1)	5(9.3)	22 (40.7)	21 (38.9)	79.6%	Informasi
32	Terdapat pesawat telepon di dekat ruang tunggu	9(16.7)	2(3.7)	27 (50)	16 (29.6)	79.6%	Rasa Nyaman
33	Dapat berkunjung setiap saat	4 (7.4)	8 (14.8)	28 (51.9)	14 (25.9)	77.8%	Dekat Dengan Pasien
34	Terdapat orang lain yang mendampingi saat berkunjung ke ICU	3 (5.6)	9 (16.7)	28 (51.9)	14 (25.9)	77.8%	Dukungan Mental
35	Diceritakan tentang orang lain yang dapat membantu memecahkan masalah	3 (5.6)	9 (16.7)	31 (57.4)	11 (20.4)	77.8%	Dukungan Mental

36	Memiliki teman dekat untuk memberi dukungan	3 (5.6)	9 (16.7)	24 (44.4)	18 (33.3)	77.7%	Dukungan Mental
37	Disampaikan tentang seseorang yang dapat membantu permasalahan keluarga	5 (9.3)	8 (14.8)	33 (61.1)	8 (14.8)	75.9%	Dukungan Mental
38	Terdapat ruang tunggu didekat pasien	5 (9.3)	9 (16.7)	22 (40.7)	18 (33.3)	74%	Dekat Dengan Pasien
39	Mengetahui staf yang bertugas merawat pasien	7 (13.0)	8 (14.8)	19 (35.2)	20 (37.0)	72.2%	Informasi
40	Dapat mencurahkan perasaan tentang apa yang telah terjadi	4 (7.4)	15 (27.8)	20 (37)	15 (27.8)	64.8%	Dukungan Mental
41	Berbicara dengan perawat yang sama setiap hari	9 (16.7)	14 (25.9)	25 (46.3)	6 (11.1)	57.4%	Dekat Dengan Pasien
42	Merasa tidak masalah untuk menangis	13 (24.1)	15 (27.8)	18 (33.3)	8 (14.8)	48.1%	Dukungan Mental
43	Membantu perawatan fisik pasien	22 (40.7)	11 (20.4)	11 (20.4)	10 (18.5)	38.9%	Informasi

Pembahasan

Sebagian besar responden mengatakan bahwa kebutuhan jaminan pelayanan merupakan kebutuhan keluarga yang paling penting diantara 4 kebutuhan keluarga lainnya. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya dimana kebutuhan dekat dengan pasien menjadi prioritas kebutuhan keluarga pasien kritis di intensive care unit (Mi Kuen, French, dan Kai-Kwong, 1999).

Prioritas kebutuhan keluarga tertinggi dalam jaminan pelayanan adalah mendapatkan penjelasan yang mudah dimengerti dan mendapatkan jawaban jujur dari setiap pertanyaan. Latar belakang pendidikan menjadi salah satu faktor yang berpengaruh dalam pemberian penjelasan oleh petugas kesehatan. Menurut Effendy (1998) dan Chelsea dalam (Buckley & Andrews, 2011), pendidikan keluarga yang rendah dapat menjadi salah satu hambatan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga pasien. Selain itu agar dapat terjalin suatu komunikasi yang efektif, petugas kesehatan juga harus bisa berkomunikasi secara baik dan benar agar penjelasan yang mereka sampaikan dapat diterima dengan mudah oleh keluarga. Komunikasi yang efektif antara petugas kesehatan dengan keluarga pasien sangat penting, tidak hanya untuk memberikan ketenangan pikiran, tetapi juga untuk memastikan bahwa pasien dirawat secara benar setelah meninggalkan rumah sakit (Blizzard & Rick, 2003).

Seluruh responden dalam penelitian ini menyatakan bahwa mendapatkan jawaban yang jujur tentang segala pertanyaan yang diajukan merupakan kebutuhan yang penting dan sangat penting. Menurut Undang – undang Republik Indonesia no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, mendapatkan pelayanan yang jujur dari petugas kesehatan adalah merupakan salah satu hak pasien dan memberikan informasi yang jelas, benar serta *valid* merupakan kewajiban dari rumah sakit. Dengan jawaban jujur dari setiap pertanyaan adalah hal yang sangat bermanfaat bagi anggota keluarga pasien untuk memenuhi perannya sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan anggota keluarganya yang sedang sakit. Menurut Potter – Perry dalam Fahmi (2010), kualitas pelayanan dan kepuasan pasien juga sangat dipengaruhi oleh kinerja suatu perawat khususnya pada perilaku jujur, dimana kualitas pelayanan menjadi penentu citra institusi pelayanan yang nantinya akan dapat meningkatkan kepuasan pasien. Selain itu

pelayanan secara jujur juga diperlukan dalam memberikan perawatan kepada pasien yang sedang mendekati akhir hidupnya, tujuannya adalah untuk meminimalkan gejala yang menyedihkan terhadap keluarga dan mempersiapkan pasien untuk menuju kematian yang damai (Hodo & Buller, 2012).

Hasil survei menunjukkan bahwa beberapa pokok bahasan dalam kebutuhan informasi yang termasuk dalam kategori sangat penting antara lain dapat berbicara dengan dokter setiap hari, mengetahui alasan kenapa suatu tindakan dilakukan terhadap pasien, mengetahui bagaimana pasien dirawat secara medis dan mengetahui dengan jelas apa yang sedang dilakukan terhadap pasien. Hanya terdapat dua pokok bahasan yang tidak termasuk dalam kategori sangat penting yaitu mengetahui staf rumah sakit yang dapat memberikan informasi tertentu dan membantu perawatan fisik pasien. Berdasarkan hasil tersebut tampak bahwa keluarga pasien mengutamakan informasi yang berkaitan langsung dengan keselamatan jiwa pasien. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kinrade, Jackson dan Tomnay (2009) yang menyatakan bahwa kebutuhan keluarga yang paling penting adalah mengetahui prognosa atau kemungkinan yang dapat terjadi pada pasien. Hal ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Lee dan Lau (2003) yang menunjukkan bahwa kebutuhan informasi keluarga yang paling penting adalah mengetahui informasi yang berkaitan dengan keselamatan jiwa pasien seperti mengetahui prognosa atau kemungkinan yang dapat terjadi pada pasien. Pernyataan senada juga terdapat dalam penelitian yang dilakukan oleh Rinawati (2008) bahwa keluhan yang paling umum disampaikan para pasien beserta dengan anggota keluarganya di RS terletak pada kurangnya komunikasi antara petugas rumah sakit dengan pasien dan keluarganya.

Pasien dan keluarga sangat membutuhkan informasi mengenai diagnosis, prosedur medis, prognosa penyakit dan kondisi pasien. Pemberian informasi dapat diberikan secara langsung pada saat keluarga pasien berada di lingkungan rumah sakit. Namun, ketidakberadaan keluarga bukanlah menjadi hambatan dalam penyampaian informasi. Rumah sakit sebaiknya memiliki suatu cara yang dapat dilakukan dalam mengantisipasi hal tersebut. Menurut Rinawati (2008), komunikasi yang sering antara petugas kesehatan dengan klien dapat meningkatkan hubungan interpersonal, sehingga akan tercipta suasana yang kondusif di mana klien dapat mengungkapkan perasaan dan harapan – harapanya. Dalam berkomunikasi dengan pasien dan keluarga pasien, perawat perlu memahami perasaan dan perilaku klien dengan memperhatikan latar belakang keluarga, budaya, dan keunikan setiap individu.

Untuk kebutuhan dekat dengan pasien, ada tiga hal yang paling besar dianggap sangat penting oleh keluarga, yaitu dihubungi pada saat terjadi perubahan kondisi pasien, mendapatkan informasi tentang pasien minimal sekali dalam sehari, dan diinformasikan tentang rencana pemindahan pasien saat sedang disiapkan. Berdasarkan hasil tersebut maka dapat disimpulkan bahwa anggota keluarga pasien memerlukan suatu komunikasi dengan petugas kesehatan sebagai perantara agar keluarga pasien merasa lebih dekat dengan pasien mengingat pasien di ICU memiliki ketergantungan yang sangat tinggi terhadap alat dan orang lain. Hal ini didukung dengan pernyataan yang diungkapkan oleh Musliha (2010) yaitu diperlukan suatu komunikasi yang baik antara dokter atau perawat di ruang ICU dengan keluarga secara teratur dan konsisten, karena pasien tidak dapat ditunggu oleh keluarga di dalam ICU. Selain itu, dokter atau perawat harus menjelaskan secara jelas keadaan sebenarnya dari pasien dengan bahasa yang sederhana agar mudah dimengerti oleh keluarga pasien (Fahmi, 2010).

Topik lainya yang tidak kalah penting untuk diperhatikan adalah tentang jam berkunjung. Ada empat sub topik tentang jam berkunjung yang ada pada kebutuhan dekat dengan pasien yaitu jam berkunjung dapat dimulai tepat waktu, mempunyai jam berkunjung yang dapat berubah dalam kondisi khusus, dapat berkunjung setiap saat dan dapat melihat pasien secara berkala. Dengan adanya suatu kebijakan tentang jam berkunjung yang tidak terbatas (open restricted hours) di ICU memudahkan anggota keluarga dalam menjalankan fungsi afektif dan fungsi perawatan kesehatan. Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial, seperti saling mengasuh, memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung. Sedangkan fungsi perawatan kesehatan adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan (Muwarni, 2008; Effendy, 1998). Hal tersebut sejalan dengan salah satu kebutuhan dasar manusia Maslow (Mubarak, 2007; Kemp, 2009) yaitu kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki. Kebutuhan ini meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan serta mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, dan lingkungan sosial.

Kebijakan jam berkunjung yang tidak terbatas (Open restricted hours) dapat diartikan sebagai tidak adanya pembatasan pada waktu kunjugan yang meliputi panjang kunjungan dan jumlah pengunjung yang tidak terbatas sehingga sewaktu – waktu pengunjung dapat dengan bebas menjenguk pasien (Berti, Ferdinande & Moons, 2007; Hunter, Goddart, Rothwell, Kethraju, & Cooper, 2010). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fumagalli, Lo Nostro, Valoti, Baldereschi, Di Bari, dan Boncinelli (2006), adanya kunjungan yang sering dapat mengurangi kecemasan pasien dan dapat memicu hormon yang menguntungkan tubuh sehingga dapat menurunkan resiko komplikasi penyakit kardiovaskuler. Selain itu dengan adanya kebijakan jam berkunjung yang tidak terbatas (*Open restricted hours*) dapat meningkatkan perbaikan tingkat kecemasan, depresi dan kepuasan pada anggota keluarga pasien (Hunter, Goddart, Rothwell, Kethraju, & Cooper, 2010). Akan tetapi pada kenyataanya, mayoritas ICU diciptakan dengan peraturan yang ketat tentang jam berkunjung (*restricted visiting hours*) (Giannini, Miccinesi, & Leoncino, 2008).

Penelitian yang pernah dilakukan menunjukan bahwa mayoritas ICU di Eropa (Berti, Ferdinande & Moons, 2007; Hunter, Goddart, Rothwell, Kethraju, & Cooper, 2010; Giannini, Miccinesi, & Leoncino, 2008; Quinio et al, 2002) masih menggunakan peraturan yang membatasi jam berkunjung(restricted visiting hours). Karena dengan adanya kunjungan yang berlebihan (open visiting hours) diduga dapat merugikan pasien, seperti ketakutan tentang terganggunya perawatan pasien/asuhan keperawatan, resiko infeksi, stres pasien dan keluarga yang meningkat serta pelanggaran kerahasiaan (Giannini, Miccinesi, & Leoncino, 2008). Penelitian sebelumnya juga menyatakan bahwa mayoritas perawat percaya dengan adanya kebijakan tentang jam berkunjung yang tidak terbatas dapat mengganggu proses jalanya asuhan keperawatan. (Berti, Ferdinande & Moons, 2007) Dalam penelitianya, Nasution (2012) juga berpendapat bahwa ICU adalah tempat dimana pasien dirawat dengan kondisi yang mengancam jiwa sehingga membutuhkan penanganan secara invasif seperti intubasi endotrakea, pipa saluran bedah, pemasangan kateter dan trakeostomi sehingga tidak menutup kemungkinan infeksi nosokomial dapat terjadi pada pasien. Dalam peraturan akreditasi 53 rumah sakit terbaru tahun 2012, setiap ICU harus memiliki SOP untuk mencegah terjadinya infeksi salah satunya dengan memperketat peraturan tentang jam berkunjung. Peraturan tersebut meliputi pengunjung apabila masuk ruangan harus memakai baju

pengunjung dan alas kaki khusus ruang ICU, sebelum dan sesudah berkunjung ke pasien harus cuci tangan terlebih dahulu menggunakan softa –man dan pengunjung hanya bisa masuk pada saat jam besuk maksimal 1 orang.

Kebutuhan Rasa Nyaman yang dianggap penting bagi keluarga pasien adalah merasa yakin bahwa tidak masalah untuk meninggalkan rumah sakit untuk sementara waktu. Dari hasil tersebut tampak bahwa keluarga tidak mengutamakan fasilitas-fasilitas rumah sakit yang dapat mendukung kenyamanan mereka selama menunggu pasien, seperti fasilitas toilet, telepon dan sofa. Hasil tersebut memiliki kesamaan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Yang (2005) . Penelitian kualitatif yang dilakukan pada keluarga Korea tersebut, menjelaskan bahwa tingkat kenyamanan keluarga bukanlah menjadi hal yang terlalu penting jika dibandingkan dengan kondisi pasien yang dalam batas hidup dan mati.

Pada penelitian ini kebutuhan akan tersedianya pesawat telepon di dekat ruang tunggu berada pada urutan terakhir di komponen kebutuhan rasa nyaman. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Mi Kuen, French, dan Kai-Kwong (1999) dan Yang (2005), ketersediaan pesawat telepon di dekat ruang tunggu menjadi yang paling utama dalam kebutuhan rasa nyaman. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor ekonomi. Selain itu, semakin berkembangnya teknologi pada saat ini membuat hampir setiap orang mempunyai ponsel sebagai alat komunikasi yang praktis dan dapat dibawa kemana – mana. Penelitian yang dilakukan oleh lembaga penelitian ROA (Research On Asia) Group disebutkan pengguna ponsel di Indonesia pada tahun 2006 tercatat sebanyak 68 juta dan jumlah tersebut diprediksikan akan meningkat menjadi 133 juta pada tahun 2010. (Indarwati, 2011) Dengan kata lain, kurang lebih setengah dari seluruh populasi negeri ini yang diperkirakan mencapai 250 juta jiwa merupakan pengguna ponsel.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 90.7% responden menganggap mendapatkan kunjungan dari pemuka agama merupakan hal yang penting dalam memenuhi kebutuhan dukungan mental. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Ando et al (2009), kegiatan spiritual sangat berpengaruh dengan kecemasan dan depresi. Sedangkan menurut Underwood dan Teresi (2002), kegiatan spiritual dapat membantu seseorang mengidentifikasi cara untuk mempengaruhi perilaku dan perubahan sikap yang dapat bermanfaat untuk fisik dan kesehatan emosional. Dalam agama Islam, kesehatan sangat dihargai dan setiap individu, pemerintah dan organisasi memiliki tanggung jawab untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan sebagai berkah dari Allah dengan cara melalui perilaku positif yang sesuai dengan pengembangan masyarakat serta penyediaan kondisi kerja serta lingkungan yang aman (Adams dan Manenti, 2012). Salah satu contohnya adalah menyediakan layanan spiritual dari pemuka agama kepada anggota keluarga pasien ICU agar tidak hanya sehat secara jasmani melainkan juga sehat secara rohani.

Dalam penelitian ini juga diperoleh bahwa berdiskusi tentang kemungkinan pasien meninggal merupakan kebutuhan bagi keluarga pasien yaitu sebanyak 88.9%. Berdiskusi tentang kemungkinan pasien meninggal merupakan salah satu cara untuk mempersiapkan anggota keluarga agar dapat menerima dengan ikhlas kemungkinan buruk yang dapat terjadi pada pasien, contohnya seperti meninggal. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fridh, Forsberg, dan Bergbom (2007) di Amerika, mayoritas perawat sudah dapat memprediksi tentang kemungkinan besar pasien meninggal dan mayoritas anggota keluarga (85.2 %) dapat menerima informasi tentang kemungkinan pasien meninggal yang diberikan oleh perawat atau petugas kesehatan lainnya.

Selanjutnya menurut penelitian yang dilakukan di Korea (Yang, 2005), keluarga pasien tidak berharap lebih kepada dokter dan perawat untuk menghidupkan seseorang yang telah meninggal. Namun, keluarga pasien hanya ingin diberi informasi dan diyakinkan bahwa pasien dirawat dengan benar.

Kesimpulan dan Saran

Kebutuhan jaminan pelayanan merupakan kebutuhan keluarga yang dianggap paling penting oleh sebagian besar responden diikuti oleh kebutuhan dekat dengan pasien, kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan informasi, dan kebutuhan dukungan mental.

Berdasarkan hasil tersebut, maka peneliti menyampaikan saran bagi institusi rumah sakit untuk memberlakukan kebijakan pelatihan *excellent service* sebagai pelatihan yang wajib diikuti oleh para staf sehingga staf dapat memberikan pelayanan prima bukan hanya kepada pasien namun juga kepada keluarga pasien. Pemenuhan kebutuhan keluarga dapat dilakukan dengan cara memberlakukan peraturan tentang adanya waktu khusus (terjadwal) bagi keluarga untuk berdiskusi dengan dokter dan perawat setiap harinya dan memberikan informasi yang jujur kepada keluarga tentang kegiatan rutinitas yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan disesuaikan dengan latar belakang pendidikan, suku dan budaya keluarga pasien.

Daftar Pustaka

Acaroglu, Kaya, H., Sendir, M., Tosun, K., & Turan, Y. (2008). Level of Anxiety and Ways of Coping of Family Members of Patient Hospitalized In The Neurosurgey Intensive Care Unit. *Neuroscience, 13*(1), 41-45.

Adams, C., Manenti, A. (2012). Flexibility and pragmatism in promoting health: an experience of synergy between health and religion in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 18(8):892 -8.

Akreditasi. Pembahasan Akreditasi RS 2012 (Baru). Semarang: www.akreditasi.web.id; 2011 [cited 2013 18 Januari].

Ando, M., Morita, T., Akechi, T., Ito, S., Tanaka, M., Ifuku, Y., et al. (2009). The Efficacy of Mindfulness-Based Meditation Therapy on Anxiety, Depression, and Spirituality in Japanese Patients with Cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 12(12):1091 - 4.

Berti, D., Ferdinande, P., Moons, P. (2007). Beliefs and Attitudes of Intensive Care Nurses Toward Visits and Open visiting policy. *Intensive Care Med*, 33:1060-5.

Blanchard, D., & Alavi, C. (2008). Jurnal British Association of Critical Care Nurses. *13*(5), 225-231.

Blizzard, & Rick. (2003). Hospital Communication Key to Relieving Stress.

Buckley, P., & Andrews, T. (2011). Intensive Care Nurses' Knowledge of Critical Care Family Needs. *Intensive and Critical Care Nursing, 27*, 263—272.

Curtis, J. R. (2008). Caring for Patients With Critical Illness and Their Families: the Value of the Integrated Clinical Team. *Respiratory care, 53*(4), 480-487.

Effendy, N. (1998). *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.

Eng, P. (1992). Mortality Patterns in Medical Intensive Care Unit. *Singapore Medical Journals, 33*, 24-26.

Fahmi, F. (2010). *Hubungan Antara Persepsi Ibu tentang Perilaku caring Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Ibu Dengan Anak Yang di Rawat di RSUD dr. Moewardi Surakarta.* Muhammadiyah Surakarta, Surakarta.

Fridh, I., Forsberg, A., Bergbom, I. (2007). Family presence and environmental factors at the time of a patient's death in an ICU. *Journal Compilation Acta Anaesthesiol Scand*. 51:395–401.

Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., Di Bari, M. (2006). Reduced Cardiocirculatory Complications with Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit. *Circulation*. 113:946–52.

Fumis, R. R. L., & Deheinzelin, D. (2009). Family Members of Critically Ill Cancer Patients: Assessing The Symptoms of Anxiety and Depression. *Intensive Care Med, 35*, 899-902.

Garko, S. B., Ekweani, C. N., & Anyiam, C. A. (2003). Duration of Hospital Stay and Mortality in the Medical Wards of Ahmadu Bello University Teaching Hospital Kaduna. *Annals of African Medicine, 2*(2), 68 - 71.

Giannini, A., Miccinesi, G., Leoncino, S. (2008). Visiting Policies in Italian Intensive Care Units: A Nationwide Survey. *Intensive Care Med*. 34:1256-62. 67

Hodo, A., & Buller, L. (2012). Managing Care at The End of Life. *Nursing Management, 43*(8), 28-33.

Hunter, J.D., Goddard, C., Rothwell, M., Kethraju, S., Cooper, H. (2010). A Survey of Intensive Care Unit Visiting Policies in the United Kingdom. *Anaesthesia*. 65:1101 - 5.

Indarwati, D. (2011). Peluang Bisnis Pulsa Elektrik. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Manajemen Informatika dan komputer Amikom.

Kemp, C. (2009). *Klien Sakit Terminal: Seri Asuhan Keperawatan*. 2 ed. Jakarta: EGC

Kinrade, T., Jackson, A.C., Tomnay, J.E. (2009). The Psychosocial Needs Of Families During Critical Illness: Comparison of Nurses and Family Members Perspective. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(1):82-8.

Kulkarni. (2011). Comparison of Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Symptoms in Relatives of ICU Patients In An American and an Indian Public Hospitals. *Indian Journal OF Critical Care Medicine, 15*(3), 147-156.

Leske, J. S. (1991). Internal Psychometric Properties of the CCFNI. *20*(3), 236 - 244.

Mi-kuen, T., French, P. & Kai-kwong, L. (1999). The Needs of the Family of Critically III Neurosurgical Patients: A Comparison of Nurses and Family Members Perceptions. *Journal of Neuroscience Nursing, 31*(6), 348-356.

Mubarak, W.I. (2007). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*: Teori dan Aplikasi dalam Praktek. Jakarta: EGC

Musliha. (2010). *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Fitramaya.

Muwarni. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Fitramaya.

Nasution, L.H. (2012). Infeksi Nosokomial. Medan: FK Universitas Sumatera Utara.

Pane, T. H. (2011). *Gambaran Kebutuhan keluarga pasien yang menunggu keluarganya di ruang rawat ICU RSUP Haji Adam Malik Medan.* Universitas Sumatera Utara, Medan.

Quinio, P., Savry, C., Deghelt, A., Guilloux, M., Catineau, J., Tinténiac, A.D. (2002). A multicenter Survey of Visiting Policies in French Intensive Care Units. *Intensive Care Med*. 28:1389 - 94.

Rigon, A., & Chevret. (2005). Evaluting Mortality In Intensive Care Unit: Contributing of Competing Risk Analyses. *Critical Care., 10*(1), 1-6.

Underwood, L.G., Teresi, J.A. (2002). The Daily Spiritual Experience Scale: Development, Theoretical Description, Reliability, Exploratory Factor Analysis, and Preliminary Construct Validity Using Health-Related Data. *The Society of Behavioral Medicine*, 24(1):22 - 33.

Yang, S. (2005). A Mixed Methods Study On The Needs of Korean Families In The Intensive Care Unit. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25*(4), 79-86

HUBUNGAN PELATIHAN DAN SUPERVISI DENGAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM TINDAKAN *SUCTION* ENDOTRAKEAL DI RUANG INTENSIF RUMAH SAKIT DI SEMARANG

Febria Eka C*, Nana Rochana**

*Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email : febria76@gmail.com)
**Staf Pengajar Departemen Keperawatan Dewasa, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (ne2_izaku@yahoo.co.id)

Abstrak

Tindakan keperawatan *suction* endotrakeal merupakan salah satu yang sering dilakukan di ruang intensif. Namun masih banyak perawat kurang patuh dalam melakukan *suction* endotrakeal sesuai SOP. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pelatihan dan supervisi dengan kepatuhan perawat melakukan *suction* endotrakeal di ruang intensif Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang. Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*. Sampel yang digunakan *total sampling* yaitu 30 perawat pelaksana di ruang intensif. Hasil penelitian didapatkan 24 perawat (80%) belum pernah mendapatkan pelatihan ICU yang mungkin dikarenakan biaya yang mahal dan waktu yang lama. Pelaksanaan supervisi termasuk kurang baik menurut 16 perawat (53,3%) yang mungkin dikarenakan kesibukan kepala ruang. Perawat pelaksana cenderung kurang patuh dalam pelaksanaan *suction* endotrakeal yaitu sebanyak 20 perawat (66,7%) yang sebagian besar tidak memperhatikan prinsip aseptik. Terdapat hubungan antara pelatihan dan kepatuhan dengan p *value*= 0,009, begitu pula terdapat hubungan antara supervisi dengan kepatuhan perawat dengan *p value*= 0,013. Pada penelitian ini, sebagian besar perawat pelaksana di ruang intensif kurang patuh melakukan *suction* endotrakeal dan supervisi yang dilakukan kepala ruang menurut persepsi perawat kurang baik. Hal tersebut tidak lepas dari pihak rumah sakit itu sendiri untuk dapat meningkatkan kinerja perawat khususnya di ruang intensif untuk dapat mengikutsertakan dalam pelatihan atau seminar secara berkala dan juga kepala ruang yang melakukan supervisi dapat menyusun jadwal terlebih dahulu supaya supervisi dapat terlaksana dengan baik. Penelitian lebih lanjut dapat menggunakan lingkup yang lebih luas dan sampel yang lebih besar.

Kata Kunci : Suction ET, Kepatuhan, Pelatihan, Supervisi

Pendahuluan

Ruang intensif merupakan salah satu bagian dari rumah sakit yang mandiri, dengan staf dan perlengkapan khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan, dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera, penyulit yang mengancam nyawa atau yang berpotensi mengancam nyawa (Nurmiati, Karim & Jumaini 2012). Kualitas tenaga keperawatan yang bekerja di ruang *intensive* harus mempunyai pengetahuan yang memadai, mempunyai keterampilan yang sesuai, dan mempunyai komitmen terhadap waktu (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

Perawatan yang dilakukan pada pasien yang dirawat di ruangan intensif diantaranya adalah perawatan pada pasien dengan kondisi gagal nafas, dimana keadaan tersebut akan dapat diatasi dengan memasang alat bantu pernafasan yaitu ventilasi mekanik/ventilator (Nurmiati, Karim & Jumaini 2012). *Suction* ETT merupakan prosedur penting dan sering dilakukan pada pasien yang terpasang ventilasi mekanik untuk mempertahankan patensi jalan napas, memudahkan penghilangan sekret di jalan napas, merangsang batuk dalam, dan mencegah terjadinya pneumonia (Smeltzer & Bare, 2002).

Tindakan *suctioning* endotrakeal menjadi faktor risiko terjadinya *VAP* jika dalam pelaksanaannya mengabaikan kesterilan dan tidak berdasarkan prosedur tetap (protap) (Nurmiati, Karim & Jumaini 2012). Berdasarkan penelitian Supraptoningsih (2011) menunjukkan bahwa dari 31 responden yang mendapat perlakuan *suction* dengan frekuensi berbeda, terdapat 23 orang (74,2%) sesuai SOP sedangkan 8 orang (25,8%) mendapat perlakuan *suction* tidak sesuai SOP. Angka kejadian VAP sebanyak 7 orang (22,6%) dan menunjukkan ada hubungan bermakna antara tindakan *suction* dengan kejadian VAP pada pasien terpasang ventilator mekanik di ruang ICU RS Dr Kariadi Semarang (Supraptoningsih, 2011). Akan tetapi masih terdapat beberapa perawat yang mengabaikan hal tersebut dan tidak mematuhi prinsip tersebut. Di suatu rumah sakit di Yogyakarta didapatkan data bahwa hanya 44% perawat yang patuh dalam pelaksanaan tindakan *suction* sesuai protap, selebihnya tindakan *suction* perawat belum sesuai protap (Budi, Setiyarini & Alim, 2009).

Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat sebagai seorang yang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati. Kepatuhan perawat dalam asuhan keperawatan diartikan sebagai ketaatan untuk melaksanakan asuhan keperawatan sesuai prosedur yang telah ditetapkan (protap) (Widyaningtyas dan

Setya, 2009). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan petugas dalam melakukan tugasnya. Faktor tersebut adalah faktor internal dan faktor eksternal individu (Ardianto, 2008). Selain faktor tersebut, menurut Praptianingsih tingkat kepatuhan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan juga dipengaruhi oleh pelatihan dan supervisi (Praptianingsih, 2007).

Pelatihan merupakan proses yang meliputi serangkaian tindakan (upaya) yang dilaksanakan dalam bentuk pemberian pelatihan kepada tenaga kerja yang dilakukan oleh tenaga profesional kepelatihan dalam satuan waktu yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kerja (Hamalik, 2007). Agar mutu pelayanan kesehatan itu baik dan sesuai standar, selain diberikan pelatihan perlu dilakukan atau dipantau pelaksanaan keperawatan itu dengan dilakukannya supervisi pelaksanaan tugas perawat tersebut agar benar-benar dapat disesuaikan dengan semestinya.

Supervisi kepala ruangan adalah suatu aktivitas pembinaan yang direncanakan untuk membantu para tenaga perawatan dan staf lainnya dalam melakukan pekerjaan mereka secara efektif dan dimana supervisi harus memberikan pengawasan yang baik (Mularso, 2006). Marlina (2010) dalam penelitiannya menyatakan bahwa dari 25 orang petugas yang menyatakan pengawasan kurang hanya terdapat 9 orang (36%) yang mempunyai kepatuhan baik, sedangkan dari 7 orang petugas yang menyatakan

pengawasan baik terdapat 6 orang (85,7%) yang mempunyai kepatuhan baik (Marlina, 2010).

Hasil observasi di ruangan intensif Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang didapatkan dalam pelaksanaan tindakan *suction* endotrakeal di ruang intensif yang dilakukan perawat, 3 dari 5 perawat tidak sesuai standar prosedur yaitu tidak memperhatikan kesterilan kateter *suction.* Pelaksanaan dan kegiatan supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang intensif di ruangan hanya sekedar melakukan evaluasi tindakan berdasarkan laporan perawat pelaksana dalam kegiatan *morning report* pada saat dilakukan operan jaga.

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelasi yaitu penelitian yang dilakukan untuk menganalisis ada tidaknya hubungan antara dua variabel penelitian yaitu antara variabel independen (pelatihan dan supervisi) dengan variabel dependen (tingkat kepatuhan perawat melakukan *suction* endotrakeal) dengan rancangan penelitian *Cross Sectional.* Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat yang dinas di ruang Intensif Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang yaitu sebanyak 31 perawat. Teknik pengambilan sampel ini adalah *total sampling* yaitu 30 perawat.

Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner pelaksanaan supervisi dari Ana Zakiyah peneliti dari UI pada tahun 2012 dan lembar observasi.*suction* endotrakeal berdasarkan protap dari RS Roemani Muhammadiyah Semarang. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 4 Juli – 21 Juli 2014 di ruang intensif Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang.

Hasil Penelitian

Tabel 1. Karakteristik Responden di Ruang Intensif Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang Juli 2014 (n=30)

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
1.	Jenis Kelamin	Laki-laki	5	16,7
		Perempuan	25	83,3
	Total		30	100
2.	Pendidikan	D3	28	93,3
		S1	2	6,7
	Total		30	100
3.	Usia	Dewasa awal	10	33,3
		(26-35 tahun)		
		Dewasa akhir	16	53,4
		(36-45 tahun)		
		Lansia awal	4	13,3
		(46-55 tahun)		
	Total		30	100
4.	Masa Kerja	≤5 tahun	12	40
		>5 tahun	18	60

Total	30	100

Tabel 2. Perawat Pelaksana Yang Mengikuti Pelatihan ICU di Ruang Intensif Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang Juli 2014 (n=30)

No	Pelatihan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Belum	24	80
2.	Sudah	6	20
	Total	30	100

Tabel 3. Pelaksanaan Supervisi Kepala Ruang Menurut Persepsi Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang Juli 2014 (n=30)

No	Supervisi	Jumlah	Persentase (%)
1.	Baik	14	46,7
2.	Kurang baik	16	53,3
	Total	30	100

Tabel 4. Kepatuhan Tindakan Suction Endotrakeal Sesuai SOP di Ruang Intensif Rumah Sakit Muhammadiyah Semarang Juli 2014 (n=30)

No	Kepatuhan Tindakan Suction Endotrakeal	Jumlah	Persentase (%)
1.	Patuh	10	33,3
2.	Kurang Patuh	20	66,7
	Total	30	100

Tabel 5. Hubungan Pelatihan ICU Terhadap Kepatuhan Perawat Dalam Tindakan Suction Endotrakeal di Ruang Intensif rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Juli 2014 (n=30)

Variabel	Tindakan Suction Endotrakeal				Total		p
	Patuh		Kurang Patuh				
	n	%	n	%	n	%	
Pelatihan ICU							
Belum Pernah	5	20,	19	79,2	24	100	0,009
Pernah	5	83,3	1	16,7	6	100	
Total	10		20		30		

Tabel 6. Hubungan Supervisi Kepala Ruang Menurut Persepsi Perawat Pelaksana Dengan Kepatuhan Dalam Tindakan Suction Endotrakeal di Ruang Intensif Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang Juli 2014 (n=30)

Variabel	Tindakan Suction				Total		p
	Patuh		Kurang patuh				
	n	%	n	%	n	%	
Supervisi							

Baik	8	57,1	6	42,9	14	100	0,013
Kurang Baik	2	12,5	14	87,5	16	100	
Total	10		20		30		

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada umumnya perawat pelaksana belum pernah mengikuti pelatihan khusus ICU. Hal ini mungkin dikarenakan beratnya pembiayaan untuk mengikuti pelatihan khusus ICU yang ditanggung Rumah Sakit yang menyebabkan kurangnya tenaga perawat yang dikirim untuk mengikuti pelatihan. Menurut Nurmiati, tidak hanya pembiayaan, waktu yang diperlukan untuk mengikuti pelatihan khusus ICU juga lama yaitu memakan waktu hingga 2-3 bulan (Nurmiati, Karim & Jumaini 2012).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada umumnya pelaksanaan supervisi oleh kepala ruang cenderung kurang optimal yaitu sebanyak 16 perawat (53,3%) menyatakan supervisi kurang baik. Hal ini mungkin dikarenakan kurangnya persiapan yang dilakukan kepala ruang dalam menyusun agenda supervisi agar dapat terlaksana dengan baik. Selain itu, terbatasnya waktu kepala ruang untuk selalu berada di ruangan mungkin juga menjadi salah satu kendala dalam terlaksananya supervisi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan prosedur tetap tindakan suction endotrakeal oleh perawat pelaksana rata-rata kurang patuh. Kendala yang biasanya dihadapi perawat dalam melaksanakan SOP tindakan suction endotrakeal diantaranya keterbatasan fasilitas yang di miliki rumah sakit. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Turker & Spear (2006) yang menjelaskan bahwa kendala yang dihadapi perawat dalam sistem kerja meliputi persediaan peralatan dan tenaga perawat. Perawat harus bekerja sesuai standar yang telah ditetapkan sehingga mampu memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas (Pohan, 2009) dan untuk mengetahui apakah perawat bekerja sesuai standar yang ditentukan atau tidak maka harus dilakukan pengawasan oleh pimpinan ruang.(Wijono, 2000)

Hasil uji analisis Chi Square pada variabel pelatihan memperlihatkan bahwa data yang dikumpulkan mampu membuktikan adanya hubungan antara pelatihan dengan kepatuhan perawat dalam tindakan suction endotrakeal di Ruang Intensif Rumah Sakit Roemani

Muhammadiyah (p= 0,009). Menurut Mangkunegara (2004) pelatihan merupakan kegiatan yang diselenggarakan untuk meningkatkan penguasaan terhadap pengetahuan, keterampilan, dan sikap sebagai seorang karyawan. Sedangkan menurut Handoko (2001) pelatihan yang diberikan kepada perawat diharapkan dapat menjembatani kesenjangan antara kemampuan yang dimiliki perawat dengan tuntutan pekerjaan yang diberikan. Penelitian Lani (2001) membuktikan bahwa pelatihan berhubungan dengan kepatuhan petugas kesehatan terhadap prosedur tetap pelayanan ISPA di 7 puskesmas pelaksana QA di Kota Palembang Sumatera Selatan (Lani, 2001). Widyaningtyas juga menyebutkan di dalam penelitiannya bahwa terdapat hubungan antara pelatihan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS Mardi Rahayu Kudus (Widyaningtyas , 2009). Hasil analisis penelitian oleh Marlina (2010) diketahui bahwa petugas yang telah mendapatkan pelatihan 4,875 kali akan lebih patuh dibandingkan dengan petugas yang belum pernah pelatihan (Marlina, 2010).

Hasil uji analisis Chi Square pada variabel supervisi memperlihatkan bahwa data yang dikumpulkan mampu membuktikan adanya hubungan antara supervisi dengan kepatuhan perawat dalam tindakan suction endotrakeal di Ruang Intensif Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah (p= 0,013). Kegiatan supervisi harus dapat meningkatkan kinerja bawahan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan (Arwani H, 2006). Melakukan supervisi secara baik atau efektif harus mempunyai dua kemampuan yaitu kemampuan interpersonal dan keterampilan praktis. Kemampuan interpersonal merupakan hal utama yang harus dimiliki oleh supervisor. Kegiatan supervisi akan terjadi hubungan interpersonal antara supervisor dengan orang-orang yang terlibat dalam supervisi. Keterampilan praktis yang diperlukan seorang supervisor adalah memiliki keterampilan yang tinggi sebagai komunikator. Keterampilan tersebut meliputi menjadi pendengar yang aktif, melakukan klarifikasi pertanyaan dan menyimpulkan pembicaraan (Lynch, 2008). Penelitian Guspianto yang membuktikan adanya hubungan yang bermakna antara supervisi dengan kepatuhan bidan desa terhadap standar layanan antenatal (ANC) di kabupaten Muaro Jambi (Guspianto, 2007). Widyaningtyas pada penelitiannya juga menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara supervisi dengan kepatuhan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS Mardi Rahayu (Widyaningtyas, 2009). Sejalan dengan itu, Marlina menyatakan bahwa perawat yang ditempatnya memiliki supervisi yang baik akan 10,667 kali lebih patuh dibandingkan dengan perawat yang ditempatnya memiliki supervisi yang kurang baik (Marlina, 2010). Penelitian oleh Zakiyah pada tahun 2012 menyebutkan bahwa supervisi mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan pemberian cairan intravena (Zakiyah, 2012). Berdasarkan beberapa hasil penelitian yang telah dipaparkan di atas, dapat dilihat bahwa supervisi merupakan proses penting dalam pengembangan sumber daya manusia yang dilakukan secara berkesinambungan untuk dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan seseorang dalam peningkatan kualitas kinerja (Zakiyah, 2012).

Kesimpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat hubungan antara pelatihan dan supervisi terhadap kepatuhan perawat dalam melakukan tindakan suction endotrakeal di ruang intensif Roemani Muhammadiyah Semarang. Hal tersebut didukung dengan hasil penelitian yang mayoritas perawat pelaksana kurang patuh dalam melakukan tindakan suction endotrakeal sesuai protap, sebagian besar belum pernah mengikuti pelatihan khusus ICU, dan pelaksanaan supervisi termasuk kurang optimal.

Saran bagi Rumah Sakit dapat memberikan pelatihan khusus ICU bagi perawat yang bekerja di ruang intensif atau mengikutseratakan dalam kegiatan seminar mengenai tindakan suction untuk meningkatkan kemampuan dan kinerja perawat dalam melakukan tindakan keperawatan kepada pasien dan dapat meningkatkan fasilitas sarana dan prasarana yang dibutuhkan khususnya di ruang intensif untuk menunjang penanganan pasien yang termasuk dalam keadaan kritis.Bagi kepala ruang untuk dapat meningkatkan pelaksanaan kegiatan supervisi secara berkala dan menyusun terlebih dahulu perencanaan untuk dilakukan kegiatan supervisi sehingga terjadwal dengan baik. Bagi penelitian selanjutnya, perlu dilakukan penelitian dengan lingkup rumah sakit dan jumlah sampel yang lebih besar sehingga hasil yang diperoleh dapat digeneralisasikan karena mencakup keseluruhan ruangan yang ada di rumah sakit. Bagi perawat, penerapan standar operasional prosedur dalam melakukan tindakan keperawatan perlu

lebih diaplikasikan dengan sikap menghargai klien dan bertanggungjawab terhadap pekerjaan.

Daftar Pustaka

Ardianto. (2008). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam pemasangan infus intravena di RSUD Indrasari Rengat.

Arwani H. (2006). Manajemen bangsal keperawatan. Jakarta: EGC.

Budi, A. K., Setiyarini, S., Alim, S. (2009). Gambaran ketaatan perawatan jalan napas dan kejadian infeksi nosokomial saluran napas di ICU RS X Yogyakarta. Retrieved from http://isjd.pdii.lipi.go.id/index.php/Search.html?act=tampil&id=11878&idc=24

Guspianto. (2007). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan bidan di desa terhadap standar layanan (ANC) di kabupaten muaro jambi. Universitas Indonesia.

Hamalik, O. (2007). Pengembangan SDM manajemen pelatihan ketenagakerjaan. Jakarta: Rineka Cipta.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). Pedoman HCU dan ICU Indonesia. Jakarta: Rineka Cipta.

Lani, A. Y. (2001). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan petugas kesehatan terhadap prosedur tetap pelayanan ISPA di 7 puskesmas pelaksana QA di kota Palembang. Universitas Indonesia.

Lynch, L., Hancox, K., Happel, B & Parker, J. (2008). Clinical supervision for nursing. United Kingdom: Blackwell Publishing.

Marlina, D. (2010). Analisis kepatuhan petugas terhadap prosedur mutu labaoratorium sesuai iso 17025:2005 di balai teknik kesehatan lingkungan palembang universitas indonesia. Universitas Indonesia.

Mularso. (2006). Supervisi keperawatan di RS Dr. A Aziz Singkawang. UGM.

Nurmiati., Karim, D & Jumaini. (2012). Hubungan antara pengetahuan perawat tentang perawatan pasien dengan ventilator dan sikap perawat terhadap tindakan suction. Retrieved from http://repository.unri.ac.id/bitstream/123456789/1920/1/MANUSCRIPT.pdf

Pohan, I. S. (2009). Jaminan mutu layanan kesehatan dasar-dasar pengertian dan penerapan. Jakarta: EGC.

Praptianingsih, S. (2007). Kedudukan hukum perawat dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Jakarta: Raja Grafindo.

Smeltzer, S & Bare. (2002). Keperawatan medikal bedah. Jakarta: EGC.

Supraptoningsih D. (2011). Hubungan tindakan suction dengan kejadian ventilator associated pneumoni di ICU RSUP Dr Kariadi di Semarang. Universitas Muhammadiyah Semarang. Retrieved from http://digilib.unimus.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jtptunimus-gdl-dewisuprap-6104

Widyaningtyas & Setya, K. (2009). Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Wijono, D. H. (2000). Manajemen mutu pelayanan. Airlangga University Press. Surabaya. Zakiyah, A. (2012). Pengaruh supervisi pimpinan ruang terhadap pelaksanaan pemberian cairan intravena di rumah sakit umum daerah sidoarjo.

EFEK INTERVENSI REHABILITASI *SWALLOWING EXERCISE* PADA PASIEN PASCA *STROKE* AKUT DENGAN *DYSPHAGIA*

Dwi Mulianda, S.Kep., Ners

Mahasiswa Magister Keperawatan Dewasa Universitas Diponegoro, Jalan Professor Haji Soedharto, SH, Tembalang, Semarang, Jawa Tengah 50275
E-mail: dwi.mulianda@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: Pasien stroke mengalami insiden disfagia lebih tinggi kurang lebih 27%-85%. *Dysphagia pada pasien stroke ditemukan* pada hari ketiga 42%-67% dan menjadi aspirasi pada hari kelima19,5% - 42%. Aspirasi akibat *Dysphagia* pada pasien *stroke* sering mengakibatkan *pneumonia.* Komplikasi pada pasien *dysphagia* adalah pneumonia dan malnutrisi yang jika tidak ditangani dapat menyebabkan morbiditas, mortalitas dan penurnan *Quality of Life.* **Tujuan**: Mengidentifikasi efektivitas intervensi rehabilitasi *swallowing exercise* pada pasien pasca stroke akut dengan *dysphagia*. **Design:** literature review. Pencarian literature dibatasi dengan publikasi pada tahun 2004-2014 melalui database EBSCO dan MEDLINE. **Hasil**: Intervensi rehabilitasi *swallowing exercise* pada pasien pasca stroke akut dengan *dysphagia* terbukti mempunyai efek yang signifikan. **Kesimpulan**: Intervensi rehabilitasi *swallowing exercise* signifikan efektif terhadap pasien pasca stroke *akut dengan dysphagia*. Intervensi rehabilitasi *swallowing exercise* dilakukan dengan melibatkan multidisiplin rehabilitasi profesional dengan pendekatan *bedside exercise*.

Kata kunci: *dysphagia, stroke, swallowing exercise*

PENDAHULUAN

Dysphagia adalah kesulitan menelan atau penurunan gerakan menelan materi dari faring ke perut (Lister, 2006, hal. 341). Pasien stroke memiliki insiden disfagia lebih tinggi. Kurang lebih 27%-85% pasien stroke menderita *dysphagia* (Geeganage, dkk, 2012; Guillen dkk, 2013). *Dysphagia* pada pasien stroke ditemukan 42% - 67% pada hari ketiga, menjadi aspirasi 19,5% - 42% pada hari kelima (Perry, dkk, 2001; Kidd, dkk, 1995). Aspirasi akibat *dysphagia* pada pasien *stroke* sering mengakibatkan *pneumonia.* Pneumonia dan malnutrisi merupakan komplikasi pada pasien *dysphagia*. Komplikasi *dysphagia* jika tidak ditangani menyebabkan morbiditas, mortalitas dan penurnan *Quality of Life* (Jung, dkk 2012). Oleh karena itu, d*ysphagia* memerlukan intervensi rehabilitasi yang melibatkan tim multidisiplin rehabilitasi profesional (Zheng, 2014).

Intervensi rehabilitasi *swallowing exercise* pada pasien pasca stroke akut diperlukan untuk mencegah komplikasi dengan menurunkan resiko pneumonia akibat aspirasi dan malnutrisi. *Swallowing exercise* telah terbukti memiliki efek terhadap kemampuan menelan. Beberapa penelitian yang mendukung diantaranya yaitu efek *lingual exercise* terhadap menelan pasien lansia (Robbin et al,. 2005). Menurut Robbin d*ysphagia* pada pasien stroke terjadi karena penurunan fungsi organ akibat gangguan pada sistem saraf pusat. Penurunan fungsional merupakan konsekuensi dari sarcopenia pada otot lurik

ekstremitas yang memiliki implikasi terhadap kelompok kecil otot lurik yang terlibat dalam mekanisme menelan. Sedangkan Easterling et al (2005) mengemukakan latihan bermanfaat dalam membalikkan perubahan sarcopenic pada otot lurik anggota tubuh pasien 60 tahun keatas dan kondisi tersebut diyakini memiliki manfaat yang sama pada otot lurik lainnya, seperti otot suprahyoid.

Latihan kekuatan lidah juga telah diteliti Robbins et al (2007) yaitu efek dari program *lingual resistance exercise* terhadap menelan pasien lansia. Latihan kekuatan lidah secara signifikan meningkatkan fungsi lidah dengan demikian fungsi menelan dalam rongga mulut dan faring mungkin memiliki implikasi signifikan bagi terapi disfagia. Selain latihan lidah, masih banyak lagi latihan menelan lainnya seperti latihan bibir, dan mendelson manuver yang memiliki efek terhadap kemampuan menelan (*swallowing*).

METODE

Design literature review dari 7 jurnal penelitian. Pencarian literature dibatasi pada artikel yang dipubikasikan antara tahun 2004-2014. Strategi pencarian literatur yang digunakan yaitu melalui database EBSCO dan MEDLINE. Pencarian literature mempertimbangkan kriteria inklusi dan eklusi. Kriteria inklusi: (1) usia antara ≥ 21 tahun – 90 tahun; (2) adanya disfagia selama pemeriksaan klinis. Kriteria eksklusi: (1) penyakit stroke; (2) menjalani/tidak terapi rehabilitasi *dysphagi.* Tipe literature yang dicari adalah randomized controlled trial (RCT).

HASIL

Penelitian Zheng et al. (2014) *design randomized controlled trial* (RCT), dilakukan selama 14 bulan, dengan 88 pasien dysphagia pasca stroke akut. Kelompok kontrol hanya dilakukan training rehabilitasi konvensional. Sedangkan kelompok intervensi dilakukan *swallow training* 2 kali sehari selama 30 menit dan *eating training*. *Eating training* meliputi (1) posisi tubuh saat makan kontrolateral dengan kepala fleksi 30^0, dilakukan 15 menit untuk mencegah refluks makanan dan aspirasi; (2) modifikasi diet disesuaikan dengan kondisi klinis pasien mulai diet cair hingga diet biasa; (3) pengiriman volume dan kecepatan makanan dengan memberikan makanan dalam jumlah sedikit dalam waktu singkat (½-1 sendok sup atau 1-4 ml, 70 % makanan harus habis dalam 30 menit, diulang 8 kali), mengunyah hati-hati, menelan perlahan. Hasilnya kelompok eksperimental menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam fungsi menelan dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p < 0,05$). Total tingkat keefektifan meningkat secara signifikan 54,5 % pada kelompok kontrol dan 88,6 % pada kelompok eksperimen ($p< 0,01$), di mana 25 pasien dysphagia benar-benar pulih setelah terapi rehabilitasi individual, sebaliknya hanya 12 pasien disfagia sepenuhnya pulih ketika pengobatan dengan training rehabilitasi konvensional. Penelitian ini menunjukkan bukti bahwa intervensi rehabilitasi individual yang dilakukan oleh multidisiplin rehabilitasi profesional memiliki efek terapi yang efektif selama disfagia stroke akut dibandingkan dengan konvensional intervensi rehabilitasi

Penelitian Kang et al. (2012), dilakukan selama 1 tahun, design *control trial* tanpa random, dengan 50 pasien dysphagia pasca stroke. Kedua kelompok kontrol dan eksperiment datang ke ruangan terapi occupational untuk melakukan stimulasi taktil-termal 30 menit sehari, 5 hari minggu selama dua bulan. Program latihan tambahan diberikan pada kelompok eksperimen, yaitu intervensi keperawatan berupa latihan oral,

pharingeal, laringeal dan latihan respirasi selama 1 jam sehari dalam 2 bulan. Latihan oral meliputi *lip, tongue, jaw exercise*. Latihan oral-pharingeal meliputi memutar lidah dan ujung lidah menyentuh langit-langit dan palatum lunak dengan lembut, menguap dan meniup serta latihan Shaker. Latihan laringeal meliputi penutupan jalan napas, adduksi pita suara. Latihan nafas meliputi memfasilitasi menelan, menelan effortful dan menelan supraglottis. Hasilnya setelah 2 bulan pengobatan, kelompok eksperimen menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam fungsi menelan pada fase oral dalam Skala New VFSS ($p < 0,05$) dibandingkan dengan kelompok kontrol. Program bedside exercise menunjukkan peningkatan fungsi menelan dan menunjukan efek positif sekunder pada pasien stroke dengan subakut dengan disfagia. Peningkatan hasil rehabilitasi pasien stroke subakut dengan disfagia menunjukkan bahwa tambahan latihan intensif disamping tempat tidur akan diperlukan.

Penelitian Rani et al. (2013), *design randomized controlled trial* (RCT), dengan 30 pasien dysphagia pasca stroke akut. Kelompok eksperiment dilakukan latihan yang meliputi jaw exercise seperti *open jaw stretch*; *sideway jaw stretch*; *jaw circle*; *exercises for lip* termasuk *five lip motor exercises*; *tongue exercises* termasuk 7 *tongue motor excercise* and *exercises for swallowing* seperti *Mendelsohn maneuvers* dan *hyoid lift*. Semua latihan ini didemonstrasikan perawat di samping tempat tidur, setiap sesi 10 menit, 3 sesi per hari, selama 3 hari berturut-turut. Pada hari keempat dan hari kelima pasien dibimbing untuk mempraktekkan latihan ini dalam sesi dan durasi yang sama. Sedangkan, pasien kelompok kontrol hanya menerima perawatan rutin yang termasuk kebersihan mulut, makan melalui selang nasogastrik dan modul pendidikan perawatan diri yang diberikan kepada keluarga yang disediakan oleh personil keperawatan di bangsal neurologi. Hasil penelitian tes menelan langsung pada kelompok eksperiment signifikan secara statistik pada $p = 0,000$. Hasil ini menggambarkan peningkatan kemampuan menelan di antara peserta kelompok eksperiment. Sedangkan pada kelompok kontrol tingkat signifikan pada $p = 0,003$. Latihan disfagia secara signifikan efektif dalam mempromosikan kemampuan menelan.

Penelitian Steele et al. (2013), *design randomized controlled trial* (RCT), dengan 60 pasien dysphagia pasca stroke. Kelompok eksperimen dilakukan *tongue pressure strength-and-accuracy training* (TPSAT) dan kelompok kontrol dilakukan *tongue pressure profile training* (TPPT). Setiap protokol terdiri dari 24 sesi selama kurang lebih 8 sampai 12 minggu dengan pemantauan tekanan lidah serta data dasar dan hasil menelan studi videofluoroscopic. Hasilnya sepertiga dari kelompok kontrol cenderung menunjukkan peningkatan hasil variabel primer. TPPT akan menghasilkan tingkat yang lebih besar 66 % dari peserta. Berdasarkan asumsi ini, perhitungan ukuran sampel menunjukkan bahwa 29 peserta per kelompok diperlukan untuk menunjukkan perbedaan yang signifikan dalam tingkat perbaikan dengan nilai P 0,05 dan kekuatan 0,8. TPPT harus menjadi protokol baru karena terbukti lebih efektif daripada protokol TPSAT. TPPT dapat mempengaruhi standar perawatan dan praktik terbaik untuk pasien dengan disfagia yang mengalami gangguan kontrol cairan akibat stroke.

Penelitian Wada et al. (2012) ekperimen dengan 8 pasien dysphagia. Latihan yang terlibat membuka rahang secara maksimal dan mempertahankan posisi ini selama 10 detik. Setiap set latihan terdiri dari 5 kali pengulangan, dan 2 set dilakukan setiap hari selama 4 minggu. Efektivitas latihan dievaluasi dengan videofluorographic swallowing study (VFSS). Pengukuran outcome elevasi hyoid, pembukaan UES, waktu passage faring, dan residu faring setelah menelan di preexercise dan postexercise dibandingkan

dengan VFSS. Hasil penelitian dibandingkan dengan sebelum memulai latihan mengalami perbaikan signifikan 4 minggu setelah memulai latihan yang diamati pada tingkat atas gerakan tulang hyoid (P < 0.05), jumlah pembukaan UES (P <0 .05), dan waktu untuk bagian faring (P < 0.05). Residu faring menurun di beberapa penelitian, dan tidak ada kenaikan yang dicatat. *Jaw opening*
exercisea dalah intervensi yang efektif untuk disfagia yang disebabkan oleh disfungsi elevasi hyoid dan pembukaan UES.

Penelitian Hagg, M et al (2008), *retrospective study* dengan 30 pasien. Intervensi dilakukan 3-6 minggu setelah serangan stroke dan terdiri dari pelatihan otot bibir tiga kali sehari dengan *oral screen* setidaknya 5 minggu. Pemeriksaan tindak lanjut dilakukan setelah 5-8 minggu pada 14 pasien, setelah 9-24 minggu pada 15 pasien , dan setelah 1 tahun pada 1 pasien. sebelum dan setelah periode latihan diri yang berlangsung setidaknya 5-8 minggu, diselidiki dengan menggunakan Lip Force meter, LF100 (LF100) dan Swallowing Capacity Tes (SCT), dengan menggunakan oral screen. Awalnya terdapat 24 pasien dengan central facial paresis.Hasilnya Paresis Wajah dapat diperbaiki atau dibebaskan pada semua pasien setelah periode pelatihan otot bibir . SC itu dinormalisasi pada19 pasien (57 %), dan 8 dari 13 pasien mereka telah mulai dari pelatihan bibir rata-rata 2 tahun setelah serangan stroke mereka. Hasil penelitian adalah Median LF adalah 7 Newton (kisaran 0-27) sebelum latihan dan 18,5 N (kisaran 7 - 44) setelah latihan (p<0.001). Median SC adalah 0 ml / s (kisaran 0 -9.1) sebelum latihan dan 12,1 ml / s (rentang 0 -36,7) di follow-up (p<0.001). Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam perbaikan menelan antara perbandingan pasien dengan mereka yang tidak paresis wajah. Interval antara serangan stroke dan dimulainya latihan, mulai dari beberapa hari hingga 10 tahun, tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap hasil latihan, juga tidak berpengaruh terhadap usia atau jenis kelamin. Setidaknya paresis wajah ditingkatkan atau diperbaiki pada semua pasien setelah periode latihan bibir.

Penelitian Robbin, J et al (2007) *perspective cohort intervention study* dengan 10 pasien stroke. Mereka dilakukan program latihan isometrik bicara dengan mengompresi bola *air- filled* antara lidah dan langit-langit keras selama 8 minggu. Tolak ukur penelitian adalah isometrik dan tekanan lidah dalam menelan, parameter aliran bolus, diet, dan kuesioner kualitas hidup dysphagia spesifik di dikumpulkan pada awal minggu ke-4 , dan minggu ke-8. Tiga dari 10 subyek menjalani *Magnetic Resonance Imaging* pada setiap interval waktu untuk mengukur Volume bicara. Hasilnya adalah semua subyek secara signifikan mengalami peningkatan isometrik dan tekanan menelan. Invasi Airway berkurang untuk cairan. Dua subyek mengalami peningkatan volume bicara. Ada peningkatan signifikan tekanan isometrik maksimal yang diukur dengan IOPI lidah anterior (minggu ke-4, P= 0 .001, minggu ke- 8, P=0. 001) dan lidah posterior (minggu ke-4 , P =0.01 ; minggu ke-8 , P=0. .001). Sebagian besar dari jumlah keuntungan yang dicapai selama awal 4 minggu latihan untuk kedua area lidah (63 % lidah anterior; 76 % lidah posterior). Tekanan menelan maksimum meningkat secara signifikan pada setidaknya 1 dari 3 percobaan untuk 10 ml cairan (Minggu ke-4, P=0. 04, minggu ke-8, P=0 .03), 3ml cair (minggu ke-4 , P= 0,04 ; minggu ke- 8, P= 0,004), dan semi padat (minggu ke- 4 , P =0.05, minggu ke-8, P =0.02) bolus setelah 4 dan 8 minggu latihan mereka menyelesaikan menelan dibandingkan awal studi. Hasil menunjukkan bahwa latihan bahasa memungkinkan pasien dysphagic stroke akut dan kronis untuk

meningkatkan perbaikan kekuatan bahasa dengan tekanan menelan, perlindungan jalan nafas, dan volume lingual.

PEMBAHASAN

Intervensi rehabilitasi *swallow exercise* baik secara *dependent* maupun *independent* atau keduanya pada fase oral, faring dan laringeal terbukti mempunyai efek yang signifikan, sehingga intervensi rehabilitasi *swallowing exercise* dapat diterapkan pada pasien pasca stroke akut dengan *dysphagia*. Temuan review penelitian sesuai dengan hasil yang diperoleh oleh Jung - Ho Kang et al (2012) yang melakukan uji coba secara acak latihan di samping tempat tidur yaitu program latihan terdiri dari latihan mulut, faring, laring dan latihan untuk meningkatkan kemampuan menelan antara pasien dengan CVA. Pasien yang hadir dalam program latihan menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kemampuan menelan daripada kelompok kontrol.

Efek yang signifikan terhadap Intervensi *swallowing exercise* terjadi karena dalam latihan tersebut melibatkan otot-otot menelan yang dilakukan berulang-ulang. Pada suatu latihan kekuatan otot, peningkatan kekuatan otot awalnya disebabkan oleh perbaikan kontrol sistem saraf motorik seperti penyelarasan rekrutmen unit motor, penurunan penghambatan autogen *golgi tendon organ*, koaktivasi otot agonis dan antagonis serta frekuensi impuls motorik yang menuju *motor unit*. Perubahan struktur dapat terjadi sebagai akibat latihan kekuatan, baik di *neuromuscular junction* maupun di serat otot. Pembesaran otot, atau disebut juga hipertrofi otot dapat terjadi sebagai akibat dari latihan kekuatan otot. Pada otot yang hipertrofi terjadi peningkatan jumlah miofibril, filamen aktin dan miosin, sarkoplasma, serta jaringan penunjang lainnya. Peningkatan pembentukan protein yang dipengaruhi oleh testosteron diduga sebagai faktor yang mempengaruhi perubahan ini (Coffey et al, 2005).

Bukti penelitian efektivitas intervensi rehabilitasi *swallowing exercise* pada pasien pasca stroke akut dengan *dysphagia* dapat direkomendasikan untuk diterapkan oleh perawat guna mencegah komplikasi malnutrisi dan pneumonia. Perawat sangat penting berada dalam tim rehabilitasi *dysphagia* pasien pasca stroke akut karena
pasien akan sering kontak selama 24 jam dengan perawat dan perawat adalah orang yang tepat untuk monitoring implementasi diet serta permasalahan yang timbul akibat gangguan menelan.

Kekuatan penulisan ini adalah hasil jurnal penelitian mendukung tujuan penulisan literature review. Sedangkan keterbatasan penulisan ini penelitian perawat terhadap intervensi *swallowing exercise* masih jarang.

KESIMPULAN

Intervensi rehabilitasi *swallowing exercise* signifikan efektif terhadap pasien pasca stroke *akut dengan dysphagia*. Intervensi rehabilitasi *swallowing exercise* dilakukan dengan melibatkan multidisiplin rehabilitasi profesional dengan pendekatan *bedside exercise*. Implikasinya bagi penelitian yang akan datang adalah efek intervensi rehabilitasi *swallowing exercise* relaksasi dan ROM *jaw, lip, tongue* terhadap pasien pasca stroke dengan *dysphagia.*

DAFTAR PUSTAKA

Coffey VG, Shield A, Canny BJ, Carey KA, Cameron-Smith D, Hawley JA. 2005. Interaction of contractile activity & training history on mRNA abundance in skeletal muscle from trained athletes. Am J Physiol Endocrinol Metab.

Easterling, C., Grande, B., Kern, M., Sears, K. And Shaker, R. (2005). Attaining and Jung-Ho Kang, Kwang-Ik Jung, The Effect of bedside exercise program on CVA patients with dysphagia. *Annals of Rehabilitation Medicine,* 36(4), 2012, 512-520.

Geeganage C, Beavan J, Ellender S and Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. Cochrane Database Syst Rev 2012; 10: CD 000323.

Guillén-Solà A, Marco E, Martínez-Orfila J, Donaire Mejías MF, Depolo Passalacqua M,Duarte E and Escalada F. Usefulness of the volume viscosity swallow test for screening dysphagia in subacute stroke patients in rehabilitationincome. NeuroRehabilitation 2013; 33: 631-638.

Kidd D, Lawson J, Nesbitt R, MacMahon J. The natural history and clinical consequences of aspiration in acute stroke. *Q J Med.* 1995;88: 409–413.

Lister, R. (2006). Oropharyngeal Dysphagia and Nutritional Management. Current Opinion in Gastroentorology 22: 341-346.Maintaining Isometric and Isokinetic Goals of the Shaker Exercise. Dysphagia 20: 133-138.

Logemann, J.A. (2006). The Role of Exercise Programs for Dysphagia Patients. Dysphagia 20 (2): 139-140.

Mary Hagg & Matti Anniko. 2008. Lip muscle training in stroke patients with dysphagia. Informa UK Ltd. Informa Healthcare, Taylor & Francis As

Micheala T, Enderle P *et al.,* Dysphagia bedside screening for acute stroke acute stroke patients: *the Gugging Swallowing Screen. Stroke,* 38, 2007, 2948-2952.

Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a system review. *Dysphagia*. 2001;16:7–18.

Rani, S Jansi; Porkodi A; Seethalakshmi. 2013. A effectiveness of dysphagia exercises on swallowing ability among patients with CVA . Journal of Science Nursing

Robbins, J., Gangnon, R.E., Theis, S.M., Kays, S.A., Hewit, A.L. and Hind, J.A. (2005). The Effects of Lingual Exercise on Swallowing in Older Adults. JAGS 53: 1483-1489.

Robbins, JoAnne, PhD; Stephanie A. Kays, MS; Ronald E. Gangnon, PhD; Jacqueline A. Hind, MS,Angela L. Hewitt, MS; Lindell R. Gentry, MD; Andrew J. Taylor, MD. (2007). The Effects of Lingual Exercise in Stroke Patients With Dysphagia. Arch Phys Med Rehabil Vol 88

Singh S, Hamdy S. (2006). Dysphagia in stroke patients. Postrgaduate Medical Journal. 82, 968, 383-391.

Steele, Catriona M; Mark A Bayley; Melanie Péladeau-Pigeon; and Shauna L Stokely. 2013. Tongue pressure profile training for dysphagia post stroke (TPPT): study protocol for an exploratory randomized controlled trial. 14:126http://www.trialsjournal.com/content/14/1/126

Verhagen AP et al .(1998). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12):1235-41.* Delphi list developed by Verhagen and colleagues at the Department of Epidemiology, University of Maastricht.

Wada, S., Tohara, H., , Iida, T., Inoue, M. Sato, ., Ueda, K. 2012. Jaw-Opening Exercise

for Insufficient Opening of Upper Esophageal Sphincter. Department of Dysphagia Rehabilitation
Nihon University.

LITERATURE REVIEW: INSTRUMEN NYERI PADA PASIEN KRITIS DEWASA

Indah Sri Wahyuningsih

Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Diponegoro, Kampus FK UNDIP, Jl. Dr. Soetomo No 18 (Komplek Zona Pendidikan RSUP Dr. Kariadi Gedung Dekanat Lama FK UNDIP), Semarang, Jawa Tengah. E-mail: indah_ners@ymail.com

Abstrak

Pengkajian nyeri pada pasien kritis merupakan tantangan tersendiri bagi perawat, khususnya pada pasien di ICU. Hampir 5 juta pasien masuk ruang ICU setiap tahunnya dan diperkirakan 71% dari pasien masih ingat akan pengalaman nyeri yang pernah mereka rasakan selama dirawat. *Behavioural Pain Scale (*BPS) dan *Critical-care Pain Observation Tools* (CPOT) merupakan instrumen penilaian nyeri yang bisa digunakan pada pasien yang terpasang ventilator mekanik. Kriteria inklusi dalam literatur ini adalah pasien dewasa usia lebih dari 18 tahun, tidak sadar, terpasang ventilator mekanik > 48 jam. Metode dari *Literature review* ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada *MEDLINE*, *Googlesearch*, *PubMed* serta *Proquest* dengan kata kunci yang dipilih. Penelusuran dibatasi pada tahun terbitan 2005-2014 yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf dengan desain *case control* dan *cohort study* yang dilakukan pada pasien dewasa dengan terpasang ventilator mekanik. Hasil penelitian melaporkan bahwa BPS dan CPOT merupakan instrumen pengkajian nyeri yang hasilnya cukup valid dan reliabel di beberapa penelitian. Namun, perlu diadakan penelitian terkait penelitian CPOT di beberapa populasi pasien yang tidak hanya pada pasien post operasi bedah jantung. BPS dan CPOT memiliki hasil yang valid dan reliabel untuk mengkaji nyeri pasien kritis dengan ventilator mekanik.

Kata kunci : pengkajian nyeri, BPS, CPOT, *intensive care unit,* dewasa
Kepustakaan : 9 (2005-2014)

PENDAHULUAN

Pasien kritis yang menjalani perawatan di ruang *intensive care unit* (ICU) sering diberikan intervensi yang menyebabkan ketidaknyamanan nyeri pada pasien. (Arsyawina, 2014). Nyeri merupakan stresor utama ketidaknyamanan bagi pasien yang dirawat di ruang intensif (Gelinas, 2010). Definisi nyeri menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya atau potensi rusaknya jaringan atau keadaan yang menggambarkan kerusakan jaringan tersebut. Pengalaman pasien dengan kondisi kritis tidak mampu untuk berbicara secara verbal terhadap nyeri yang dialaminya karena dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu status mental, ventilasi mekanik dan pemakaian obat sedatif. (Marmo dan Fowler, 2009).

Hampir 5 juta pasien masuk ruang ICU setiap tahunnya dan diperkirakan 71% dari pasien masih ingat akan pengalaman nyeri yang pernah mereka rasakan selama dirawat (Stites, 2013). Beberapa literatur menyatakan bahwa pengalaman nyeri pasien

yang di rawat di ICU terjadi karena penyakit patofisiologisnya dan dampak dari terapi dan prosedur yang dilakukan. (Cade, 2008). Beberapa prosedur yang sering mengakibatkan nyeri akut adalah perubahan posisi pasien, penghisapan lendir dari trakea pada pasien dengan ventilasi mekanik, penggantian balutan luka dan pemasangan ataupun pelepasan kateter (Stites, 2013).

Ketepatan manajemen nyeri tergantung pada keakuratan pengkajian nyeri sebagai pedoman pembuat keputusan pada pemberian obat analgesik yang dibutuhkan untuk pasien (Cade, 2008). Pengkajian tersebut dapat dilihat dari indikator psikologis pengkajian nyeri yang digunakan sebagai acuan dan merupakan tantangan tersendiri bagi perawat untuk melakukan pengkajian nyeri pada pasien yang dirawat di ICU. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa indikator psikologis seperti peningkatan tekanan nadi dan tekanan darah dikaitkan dengan tingginya tingkat nyeri. Berdasarkan observasi dari perawat selama memberikan perawatan di ICU indikator nyeri yang ditunjukkan pasien seperti ekspresi wajah meringis, kaku, ditutupnya mata dan ekspresi tangan yang mengepal. Beberapa indikator ini digunakan perawat untuk pengkajian nyeri (Gelinas, 2014).

Beberapa indikator tersebut memiliki variasi yang berbeda- beda antar pasien, sehingga diperlukan pengembangan instrumen pengkajian nyeri yang digunakan pada pasien yang diberikan sedasi. Beberapa Instrumen telah dikembangkan untuk melakukan pengkajian pada pasien di ICU. Instrumen tersebut dibuat karena pasien tidak mampu mengkomunikasikan nyeri yang dialami (Damstrom, 2011). Beberapa instrumen berbasis perilaku telah dikembangkan, diantaranya *Nonverbal Pain Scale (NVPS), Behavioral Pain Scale (BPS), Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT), Pain Assessment and Intervention Notation (P.A.I.N.).* (Gelinas). Tentunya diperlukan uji validitas dan reliabilitas terkait instrumen tersebut yang digunakan sebagai pembuat keputusan oleh seorang perawat profesional untuk mendukung dikembangkannya instrumen berbasis pembuktian ilmiah dan tentunya dapat diterapkan pada pasien etnis Jawa. Tujuan dari literatur review artikel ilmiah ini adalah untuk mengidentifikasi instrumen pengkajian nyeri yang valid dan reliabel yang akan dikembangkan di klinik pada pasien yang dirawat di ICU dengan ventilator mekanik baik dengan sedatif atau tidak sadar.

METODE

Literatur review ini dilaksanakan dengan melakukan penelusuran artikel publikasi pada *Medline*, *Googlesearch*, *Proquest dan Pubmed* dengan kata kunci *pain* assessment *and unconcious or critical care or critical ill.* Penelusuran literatur ini didapatkan sesuai kriteria inklusi kemudian dilakukan pengkajian dengan menggunakan *CASP tools* untuk dilakukan penilaian dari masing- masing kualitas literatur yang diperoleh baik dari CASP pada *cohort study* dan *case control.* Data-data dari hasil pengkajian literatur yang sudah dianalisis kemudian diekstraksi dengan mengelompokkan data sesuai dengan nama peneliti, judul penelitian, desain penelitian, jumlah karakteristik responden, alat ukur atau *tools* yang digunakan, hasil, keterbatasan dan kekuatan penelitian. Berdasarkan hasil ekstraksi yang didapatkan kemudian data-data tersebut dibahas menjadi satu dan disimpulkan untuk menjawab hasil yang dicari sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Sintesis ditekankan pada pembahasan instrumen BPS dan CPOT, desain penelitian sampel penelitian dan analisa data yang dikaitkan dengan beberapa penelitian yang telah didapatkan.

HASIL

Literature review ini terdiri atas lima penelitian, dua penelitian dengan desain *cohort study* dan tiga diantaranya menggunakan desain *case study.* Penelitian tersebut terdiri dari variabel independen yaitu level nyeri dan variabel dependennya yaitu skor dari instrumen pengkajian nyeri yang dilakukan dengan observasi. Peneliti mengkaji pasien saat istirahat kemudian memberikan intervensi yang setelahnya dikaji ulang tingkat nyerinya. Intervensi nyeri diberikan untuk melakukan validasi instrumen pengkajian nyeri. Namun tidak etis jika hanya menggunakan respon nyeri kemudian dilakukan penelitian, untuk itu peneliti mnggunakan beberapa desain penelitian *case control* dengan memberikan intervensi yang biasa dilakukan di ICU baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Masing- masing dari literatur telah disebutkan jumlah populasi klinik yang digunakan dalam pengkajian nyeri dan juga telah dijelaskan kriteria inklusi dan eksklusinya. Kriteria inklusi dari responden adalah pasien jenis kelamin laki- laki dan perempuan dewasa dan kriteria eksklusinya adalah pasien yang mendapat pengobatan *neuromuscular blocking*, jika pasien mendapat pengobatan tersebut pastilah pasien tidak dapat mengekspresikan perilakunya sebagai indikator nyeri dan akan menjadi keterbatasan dari penelitian. Sampel yang digunakan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan selama periode penelitian.

Ada dua instrumen pengkajian nyeri untuk pasien kritis yang dirawat di ruang ICU yang dilakukan melalui pencarian literatur yaitu *The Behavioural Pain Scale* (BPS) dan *Critical-care Pain Observational Tools* (CPOT). *The behavioural pain scale (BPS)* adalah instrumen penilaian nyeri yang digunakan untuk pasien yang diberikan sedatif di ruang ICU. BPS dikembangkan oleh Payen dkk (2009). Terdapat tiga komponen utama dalam instrumen BPS yang dikembangkan oleh Payen, antara lain, ekspresi wajah, pergerakan bibir atas dan komplians dengan ventilator mekanik. Masing- masing komponen tersebut diberikan skor 1-4, total dari BPS berada dalam rentang tidak nyeri skor 3 sampai sangat nyeri skor 12. Sebagai contoh perilaku ekspresi wajah ditunjukkan dengan rileks (skor 1), sedikit mengerutkan dahi (skor 2), mengerutkan dahi penuh (skor 3), meringis (skor 4). BPS dikembangkan oleh Payen, dkk dan dilakukan pengecekan juga oleh Young, dkk (2005). BPS diujikan pada pasien di ICU secara umum (Payen dkk, 2009). Selain itu, instrumen ini digunakan pada pasien dengan kasus yang spesifik seperti pasien yang dalam keadaan gawat darurat, bedah, neuro. CPOT yang dikembangkan oleh Gelinas dkk (2010) dilakukan pengecekan instrumen pada pasien ICU secara umum. Marmo dan Fowler (2011) juga melakukan penelitian pada pasien bedah jantung.

Critical-care Pain Observational Tools (CPOT) dikembangkan oleh Gelinas dkk dalam penelitiannya pada tahun 2006. Instrumen CPOT dikembangkan melalui instrumen pengkajian nyeri BPS, instrumen CPOT terdiri atas empat komponen yaitu, ekspresi wajah, pergerakan tubuh, ketegangan otot, kepatuhan terhadap ventilasi mekanik. Pasien diberikan skor masing- masing bagian antar 0 dan 2 dengan total skor 0 (tidak nyeri) sampai 8 (nyeri maksimal). Seperti pada instrumen BPS, Instrumen CPOT juga diberikan penjelasan per bagiannya.

Uji statistik yang dilakukan pada kelima literatur penelitian ini menunjukkan hasil validitas dan reliabilitasnya dari instrumen. Masing- masing literatur menunjukkan bahwa uji instrumen dengan BPS menunjukkan skor yang signifikan lebih tinggi selama pelaksanaan prosedur yang menyebabkan nyeri. Payen dkk (2009) menjelaskan bahwa BPS memiliki hasil vaiditas yang cukup bagus, hal tersebut juga didukung oleh Young

dkk (2006) bahwa hasil dari uji instrumen pengkajian nyeri cukup reliable dan valid, nilai *interrater agreement* cukup tinggi saat istirahat dan saat prosedur. Terdapat perbedaan bermakna antara nilai nyeri sebelum prosedur nyeri dan saat dilakukan prosedur dengan uji instrumen nyeri. Young dkk (2006) menyatakan bahwa untuk mengetahui validitas BPS telah dilakukan *constuct validity* untuk mengukur nyeri dan dilakukan uji Z untuk analisa datanya. Hasil dari pengukuran *inter-rater realibility* menunjukkan hasil yang bagus yaitu 82%-91% yang diobservasi sebelum prosedur tindakan dan hasilnya rendah ketika post prosedur tindakan antara 64%, 73% dan 46%.

Marmo dan Fowler (2009) menunjukkan bahwa skor CPOT ketika digunakan untuk pengukuran nyeri memiliki hasil yang signifikan selama dilakukan prosedur *suction* dan perubahan posisi. Instrumen CPOT dan BPS keduanya memiliki hasil *construct validity* yang bagus. Beberapa penelitian tersebut ditunjukkan dengan hasil *inter rater realiability y*ang bagus juga, nilai α cronbach pada beberapa penelitian menunjukkan hasil antara 0.75 sampai 0.89.

PEMBAHASAN

Evidence untuk pengukuran instrumen BPS yang dilakukan pada pasien di ICU kasus umum dan spesifik menunjukkan hasil validitas dan reliabilitas yang cukup bagus dari kedua penelitian (Payen dkk, 2009; Young dkk, 2009). Hemodinamik yang diteliti oleh beberapa peneliti menunjukkan bahwa indikator psikologi saja tidak cukup untuk mengidentifikasi nyeri pada pasien. Payen dkk (2009) menyatakan bahwa hubungan antara skor sedatif dan skor BPS sangat mendekati. Sementara itu Young dkk (2009) menyatakan bahwa sangat sulit untuk menilai penelitian sebelum diberikan analgetik, namun hal tersebut penting untuk dipertimbangkan ketika BPS diterapkan di klinik.

Berdasarkan beberapa literatur di atas CPOT menunjukkan nilai validitas dan reliabilitas yang cukup bagus disemua aspek. Gelinas dkk (2010) menyatakan bahwa telah dilakukan pengujian terhadap CPOT namun untuk validitas instrumennya belum lengkap. CPOT telah dilakukan percobaan dibeberapa pasien antara lain pasien ICU secara umum, pasien gawat darurat, pasien medikal bedah dan pasien bedah jantung. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Marmo dan Fowler (2009) CPOT digunakan untuk mengukur pengkajian nyeri yang dikaitkan dengan beberapa indikator atau komponen perilaku nyeri di dalamnya dan memiliki hasil yang valid serta reliabel juga untuk diterapkan pada pasien bedah jantung di ruang ICU dengan nilai α Cronbach 0.89, hal tersebut menunjukkan bahwa CPOT reliabel untuk digunakan sebagai instrumen pengkajian nyeri pasien kritis.

Instrumen nyeri diperlukan untuk pengkajian nyeri karena perawat bertanggung jawab atas pemberian analgesik atau sedatif yang diberikan pada pasien kritis sebagai parameter untuk pemberian farmakologis sebagai pengurang rasa nyeri pasien ICU. Kurangnya standar untuk mengevaluasi dan dokumentasi tingkat nyeri sebagai perbandingan tingkatan nyeri dan mengevaluasi keefektifan penggunaan analgesik. Gelinas dkk (2010) dan Payen dkk (2009) menyatakan bahwa tidak ada manajemen nyeri yang jelas untuk pasien yang dirawat di ICU. CPOT merupakan instrumen untuk mendeteksi nyeri pada pasien intubasi post operasi bedah jantung dewasa (Marmo dan Fowler, 2009). Perawat dapat menggunakan instrumen tersebut dengan mudah sesuai deskripsi masing- masing item. Pengkajian secara komprehensif diperlukan untuk menegakkan diagnosa nyeri dan pemberian asuhan keperawatan secara efektif. Pentingnya untuk menggunakan pengkajian nyeri dibutuhkan untuk menyesuaikan pengkajian per pasien. Sebagai contoh perawat N mengkaji tingkat nyeri pasien X

dengan instrumen A, kemudian perawat C mengkaji tingkat nyeri pasien Z dengan instrumen B, sehingga dalam hal ini perawat perlu melakukan evaluasi secara kolaboratif terhadap penggunaan instumen nyeri dengan mencoba untuk menggunakan instrumen yang terstandar untuk diterapkan di area klinik. Di Indonesia perlu diadakan validitas dan reliabilitas terhadap instrumen tersebut agar dapat diterapkan khususnya pada pasien ICU di Jawa Tengah, agar nantinya dapa digunakan sebagai pedoman dalam pengkajian nyeri.

KESIMPULAN DAN SARAN

Nyeri menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya atau potensi rusaknya jaringan atau keadaan yang menggambarkan kerusakan jaringan tersebut. Agar pelaksanaan managemen nyeri dapat berjalan secara optimal, diperlukan pedoman dalam pengkajian nyeri secara komprehensif. Beberapa penelitian terhadap instrumen nyeri telah dilakukan sebagai bentuk kesepakatan perawat ICU dalam melakukan pengkajian nyeri pasien kritis. Beberapa instrumen tersebut telah diuji validitas dan reliabiitasnya dengan hasil yang cukup bagus. Instrumen tersebut adalah BPS dan CPOT yang memiliki nilai validitas dan reliabilitas yang cukup bagus untuk pasien di ICU. Instrumen tersebut digunakan sebagai pedoman dalam melakukan pengkajian nyeri terhadap pasien kritis di ICU.

Ucapan Terima Kasih

Seluruh teman Magister Keperawatan Undip 2014, khususnya konsentrasi dewasa yang telah memberikan motivasi dan saran kepada penulis. Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep, M.Sc yang menjadi konsultan dalam penyusunan artikel ilmiah. Kurniawan Setyo Pramono, ST yang telah memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis.

DAFTAR PUSTAKA

Arsyawina. 2014. *Perbandingan Skala Critical-Care Pain Observation Tool (Cpot) dan Wong-Baker Faces Pain Rating Scale dalam Menilai Derajat Nyeri pada Pasien dengan Ventilasi Mekanik di Ruang ICU RSUD Tugurejo Semarang*. Semarang: Undip

Cade, Clare H. 2008. Clinical Tools for *the* Assessment of Pain in Sedated Critically Ill *Adults*. British Association of Critical Care Nurses, Nursing Critical Care. MEDLINE with Full Text, EBSCOhost (accessed November 20, 2014)

Damstrom N, Saboonchi F, Sackey PV, Bjorling G. 2011. A Preliminary Validation *of* The Swedish Version of The Critical-Care Pain Observation Tool In Adults. *An International Journal Anesthesiology and Intensive Care and Emergency Medicine.* 55: 379–386

Gelinas, C, Arbour C, Michaud C, *Vaillant* F, Desjardins S. 2010. *Implementation* Of The Critical-Care Pain Observation Tool On Pain Assessment/Management Nursing Practices In An Intensive Care Unit With Nonverbal Critically Ill Adults: a Before And After Study. *International Journal of Nursing Studies 48,* 1495-1504.

Gelinas C, Benites C, Kapuostino O. 2014. Validation of The *Use* of The Critical-Care *Pain* Observation Tool (CPOT) With Brain Surgery Patients In The Neurosurgical Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing,* 30, 257-265

Marmo L & Fowler S. 2009. Pain Assessment Tool in the Critically Ill *Post* Open Heart *Surgery* Patient Population. *Pain Management Nursing, 11(3), 134-140.* MEDLINE with Full Text, EBSCOhost (accessed November 20, 2014)

Payen JF, et all. 2009. Assessing Pain in Non Intubated Critically Ill *Patients* Unable to *Self* Report: An Adaptation of The Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Medicine*. 35: 2060-2067. MEDLINE with Full Text, EBSCOhost (accessed November 20, 2014)

Stites M. 2013. Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *American Association of Critical-care Nurses, 33(3): 68-79.* MEDLINE with Full Text, EBSCOhost (accessed November 22, 2014)

Young J, Siffleet J, Nikoletti S, Shaw T. 2005. Use of a Behavioural Pain Scale to *Assess Pain* in Ventilated, Unconscious and/or Sedated Patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 22: 32-39

BRACELET AS FRIEND REMINDER FOR TUBERCULOSIS SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PENDERITA TUBERKULOSIS

Efilia Intan Sari[1], Yuni M. Lestari Sianipar[2], Syafarina Nur.W[3], Ahmat Pujianto[4]

[1,2,3] *Mahasiswa Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro*
[4] *Staf Pengajar Divisi Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro*

Abstrak

Penularan penyakit Tuberkulosis (TB) terjadi melalui droplet yang mengandung kuman dan dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Penyakit TB dapat disembuhkan dengan menggunakan obat, namun pengobatannya membutuhkan waktu yang lama sekitar 6 - 8 bulan sehingga banyak penderita TB yang jenuh. Kejenuhan tersebut dapat mempengaruhi perilaku penderita TB sehingga menjadi tidak patuh dalam minum obat yang dapat menyebabkan*Multidrug Resistant Tuberculosis* (TB MDR). Terdapat beberapa kesulitan dalam pengobatan TB MDR yaitu mulai dari penegakan diagnosisnya yang sulit, tingginya angka kegagalan terapi dan kematian, akses pengobatan yang terbatas, serta efek samping dari obat yang digunakan dalam penanganan TB MDR. Oleh karena itu perlu adanya pencegahan TB MDR, salah satunya adalah meningkatkan kepatuhan penderita TB dalam minum obat. Pemerintah telah melaksanakan suatu program bahwa setiap penderita TB harus memiliki pengawas minum obat (PMO) untuk mengingatkan pasien dalam minum obat sehingga diharapkan pasien rutin dalam minum obat. Akan tetapi, tidak dapat dipungkiri bahwa PMO juga memiliki kesibukan lain yang memungkinkan PMO lupa mengingatkan penderita TB dalam minum obat, maka penulis memberikan solusi untuk mengembangkan ide sebuah inovasi adanya suatu alat pengingat yang 24 jam dapat bersama dengan pasien selayaknya seorang sahabat yang kami beri nama "*Bracelet as Friend Reminder for Tuberculosis*". Gelang tersebut terbuat dari *stainless stell*sehingga aman untuk digunakan pasien dalam jangka waktu yang lama. Gelang akan berbunyi pada saat jadwal minum obat pasien dan tidak akan berhenti berbunyi sebelum pasien mematikannya. Dengan demikian, gelang ini diharapkan dapat membantu meningkatkan kepatuhan minum obat pada penderita TB.

LATAR BELAKANG

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis complex* (*World Health Organization*/WHO, 2014). Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobakterium tuberkulosis* dan bersifat menular (Christian, 2009; Storla, 2009). Dari berbagai penjelasan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa penyakit tuberkulosis bisa terjadi karena adanya infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Setiap orang yang terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis* akan sangat rentan menjadi penderita TB jika tidak memiliki sistem imun tubuh yang baik.

Saat ini TB telah menjadi ancaman global. Menurut data WHO pada tahun 2013 diperkirakan 9 juta penduduk di dunia menderita penyakit TB dan 1.5 juta orang meninggal akibat penyakit ini, 360.000 diantaranya adalah yang positif terinfeksi HIV (WHO, 2014). Manajemen penanganan penyakit TB secara perlahan mengalami peningkatan setiap tahunnya dan diperkirakan 37 juta orang selamat antara tahun 2000 hingga 2013 melalui diagnosis dan pengobatan yang efektif (Departemen Kesehatan Repubik Indonesia/Depkes RI, 2013).

Angka perkembangan TB di Indonesia sudah menurun dibanding tahun-tahun sebelumnya, namun kondisi tersebut masih tinggi jika dibandingkan dengan negara lain. Pada tahun 2013 Indonesia merupakan 1 dari 6 negara dengan kasus kejadian TB yang paling besar di dunia yakni di peringkat kelima setelah India (dengan kasus kejadian TB 2 juta - 2,3 juta), China (kasus kejadian TB 0,9 juta - 1,1 juta), Nigeria (kasus kejadian TB 340.000 - 880.000), dan Pakistan (kasus kejadian TB 370.000 - 650.000), Indonesia (kasus kejadian TB 410.000 - 520.000) kemudian Afrika Selatan (kasus kejadian TB 410.000 - 520.000) (WHO, 2014).

Fenomena diagnosis dan pengobatan TB di beberapa kota besar di Indonesia masih relatif buruk, contohnya untuk provinsi Aceh, pengobatan sembuh sekitar 80% dan sembuh sempurna sekitar 10%, DKI Jakarta pengobatan sembuh sekitar 60% dan sembuh sempurna sekitar 20%, Jawa Tengah pengobatan sembuh sejak 2002 – 2006 meningkat dari 60% -80% dan berhasil sembuh sempurna sekitar 10%, Bali pengobatan sembuh sekitar 70% dan sembuh sempurna sekitar 10-15% dan Nusa Tenggara Barat pengobatan sembuh dengan persentasi sembuh 80% dan sembuh sempurna antara 5-10 % (Kemenkes, 2013).

Kejadian TB di Indonesia disebabkan oleh berbagai faktor. Salah satu faktor yang mempengaruhi kajadian TB diantaranya lingkungan yang kurang memadai, keadaan cuaca yang sangat panas dan udara yang lembab khususnya di daerah kumuh. Kondisi seperti itu membuat perkembangan dan penyebaran bakteri atau virus penyebab penyakit infeksi berlangsung dengan cepat, diantaranya adalah *Mycobacterium tuberculosis complex*(Suharyo, 2013). Hal tersebut dikarenakan *Mycobacterium tuberculosis complex*dapat hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab (Fauci & Braunwald, 2007).

Walaupun penyakit TB dapat disembuhkan dengan obat dantelah didukung dengan progam pengobatan seperti strategi DOTS *(Direct Observed Treatment Short Course)*dan PMO yaitu pengawasan langsung oleh seorang pengawas minum obat untuk menjamin pasien menelan obatdalam manajemen penderita TB(Made & Luh, 2010). Akan tetapi, angka ketidakpatuhan dalam minum obat pada penderita TB di Indonesia masih tinggi.Hal ini terbukti dengan adanya temuan kasus TB di luar Jawa tahun 2006 yang mengalami putus berobat pada tahun 2006 mencapai angka 20,4 % (149 dari 1093 orang). Kemudian pada tahun 2007 mencapai 12,2 % (143 dari 1694 orang) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia/Kemenkes RI, 2011).

Program pengobatan yang gagal atau tidak lengkap pada penderita TB dapat menimbulkan *Multidrug Resistant Tuberculosis*(TB MDR)(WHO, 2006).Hal ini dikarenakan oleh beberapa faktor klinis yang menyebabkan TB MDR yaitu kurang patuh minum obat dan pengobatan tidak lengkap (Nawas, 2006). Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan tersebutdiantaranyapenderita TB lupa minum obat atau

malas minum obat (Made & Luh, 2010). Penderita TB juga harus datang ke rumah sakit setiap minggunya untuk melakukan *check up* dan mengambil obat. Selain itu, pengobatan TB membutuhkan waktu lama (sekitar 6 - 8 bulan) untuk mencapai kesembuhan dengan beberapa macam kombinasi obat sehingga membuat banyak penderita TB *drop out* (tidak patuh atau putus obat). TB MDR merupakan *Mycobacterium tuberculosis* atau penyakit TB yang telah mengalami resisten terhadap rifampicin dan isoniazid (INH) serta satu atau lebih obat anti tuberkulosis (OAT) berdasarkan pemeriksaan laboratorium yang terstandar (Tanggap, 2011).

Jumlah penderita TB MDR di Indonesia cukup tinggi. Indonesia berada diperingkat 8 dari 27 negara dengan beban TB MDR terbanyak di dunia yaitu sekitar 6.900, yaitu 1,9% (1.000) dari kasus baru dan 12% (5.900) dari kasus pengobatan ulang (WHO, 2014). Hasil *Drug Resisten Survey*(DRS)di Jawa Tengah yang dilaksanakan pada tahun 2006 menunjukkan bahwa 1,9% TB MDR ditemukan pada TB kasus baru dan 17,1% ditemukan pada TB kasus pengobatan ulang. Kemudian DRS di Jawa Timur pada tahun 2010 menunjukkan bahwa 2% TB MDR ditemukan pada TB kasus baru dan 9,7% ditemukan pada TB kasus pengobatan ulang(Kemenkes, 2013).

Penatalaksanaan TB MDR membutuhkan waktu cukup lama yaitu sekitar 18 - 24 bulan dengan berbagai kombinasi obat yang diberikan melalui oral dan injeksi. Regimenobat yang digunakan dalam TB MDR juga dapat menimbulkan berbagai efek samping pada pasien yang menjalani pengobatan. Selain itu, penderita TB MDR juga harus melakukan pemeriksaan rutin setiap bulan (WHO, 2006).Di Indonesia, pasien TB MDR belum mendapat akses pengobatan yang memadai dan terbatas jangkauannya (Burhan, 2010). Hal tersebut, dikarenakan tidak semua obat yang dibutuhkan oleh TB MDR tersedia di Indonesia. Saat ini menurut penjelasan Tjandra Kepala Balitbangkes Kemenkes bahwabaru ada 28 rumah sakityang dapat menangani TB MDRdi Indonesia (Reynald, 2015).

Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa penanggulangan dan pemberantasan TB di Indonesia sampai saat ini belum memuaskan sehingga masih terdapat tantangan dalam pengobatan TB, salah satunya adalah pencegahan TB MDR. Hal ini dikarenakan penegakan diagnosisnya yang sulit, tingginya angka kegagalan terapi, serta akses pengobatan yang masih terbatas (Kemenkes RI, 2011).

Mengingatangka kepatuhan minum obat masih rendah pada penderita TB. Hal tersebut dapat menimbulkan perkembangan penyakit TB menjadi TB MDR yang membutuhkan waktu yang lebih lama dalam pengobatannya. Oleh karena itu penulis mengembangkan ide inovasi "*Bracelet as Friend Reminder for Tuberculosis* sebagai Upaya Peningkatan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis". Ide ini diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan minum obat pada penderita TB sehingga dapat meningkatkan keberhasilan dalam pengobatan TB.

TUJUAN

Tujuan dari penulisan artikel ini adalah mengembangkan suatu inovasi rancangan ide berupa *Bracelet as Friend Reminder for Tuberculosis*.

METODE

Metode penulisan menggunakan studi literature/*literature review*. Tahap persiapan dilakukan dengan mengamati fenomena di lingkungan sekitar mengenai permasalahan TB dan pengelolaan untuk menentukan garis besar permasalahan yang diangkat dan dilanjutkan dengan menentukan kebutuhan data. Kemudian pencarian jurnal dan sumber lain untuk mengumpulkan materi, isu terbaru, dan data statistik tentang TB dan TB MDR serta program penanggulangan TB yang pernah dilakukan pemerintah.

Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan pencarian melalui mesin pencarian google dan jurnal elektronik, seperti CINAHL, Proquest, Science Direct, dan menggunakan kata kunci (*key words*) yang spesifik, yaitu : *TB, TBMDR, Program pemerintah*. Setelah data yang diperlukan terkumpul, dilakukan pengolahan data. Pengolahan data dilakukan melalui proses pemilihan referensi sesuai kriteria yang telah ditetapkan yaitu jurnal; textbook; dan data statistik terbaru minimal tahun 2006, berhubungan satu sama lain, relevan dengan kajian tulisan serta mendukung uraian atau analisis pembahasan. Jurnal yang digunakan antara lain *Plos One, Majalah Kedokteran Indonesia, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Jurnal Penyakit Dalam, Jurnal Respirasi Indoesia, Jurnal Kesehatan Masyarakat, BMC Public Health*, dan *SA Fam Pract*. Data statistik yang digunakan yaitu dikeluarkan oleh WHO, Kemenkes RI, dan Depkes RI. Datayang telah diolah kemudian disusun dalam karya tulis secara sistematis dan logis. Teknik analisa data yang dipilih adalah analisis deskriptif argumentatif dengan mengerucutkan permasalahan berdasarkan teori-teori dan fenomena yang terjadi. Setalah analisis permasalahan, selanjutnya adalah perumusan solusi yang didasarkan pada analisis data dari literatur.

MASALAH

Solusi yang pernah ditawarkan untuk menanggulangi kejadian TB menurut Nawas (2006) yaitu adanya suatu program nasional dari pemerintah dalam pengobatan TB di Indonesia ditetapkan adanya PMO (Pengawas Menelan Minum Obat).PMO adalah orang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, disegani dan dihormati oleh pasien, tinggal dekat dengan pasien, serta bersedia membantu pasien dengan sukarela. PMO ini dilatih atau mendapat penyuluhan bersama dengan pasien oleh petugas kesehatan, kader kesehatan, anggota PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi), atau anggota PKK (Pengobatan Profilaksis Kotrimoksasol). Namun, keberadaan PMO belum menjamin kepatuhan pasien dalam minum obat. Hal ini terbukti dengan adanya temuan kasus TB di luar Jawa tahun 2006 menunjukkan angka putus berobat pada tahun 2006 mencapai angka 20,4 % (149 dari 1093 orang). Kemudian pada tahun 2007 mencapai 12,2 % (143 dari 1694 orang) (Kemenkes RI, 2011). Dengan demikian, perlu adanya inovasi baru dalam mengatasi kepatuhan minum obat pada penderita TB.

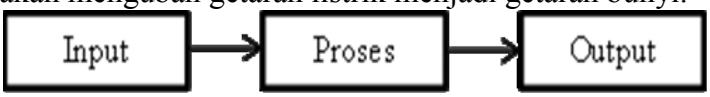
SOLUSI (IDE GAGASAN) YANG DITAWARKAN

Penulis memberikan ide untuk mengembangkan sebuah inovasi "*Bracelet as Friend Reminder for Tuberculosis"*yang berarti gelang sebagai teman pengingat untuk penderita TB. Ide ini diharapkan memberikan peningkatan kepatuhan minum obat pada penderita TB karena gelang ini akan berbunyi pada setiap jadwal minum obat penderita TB dan *alarm* tersebut tidak akan berhenti sebelum dimatikan, sehingga ketika penderita TB dalam keadaan tidur pun gelang ini akan berbunyi.

Gelang ini juga dapat digunakan penderita TB selama 24 jam karena bahannya terbuat dari bahan *stainless* dan tali karet yang tahan lama serta dapat dipilih sesuai selera dan kebutuhan penderitasehingga aman untuk digunakan dalam jangka waktu yang lama.Selain itu, juga dapat menjadi pengingat untuk PMO ketika lupa dalam mengingatkan penderita TB minum obat. Tidak dipungkiri bahwa seorang PMO juga memiliki kesibukan lain selain menjadi pengawas minum obat pada penderita TB. Dengan demikian, hal tersebut dapat meningkatkan keberhasilan dalam pengobatan TB.

Adapun cara kerja dari *Bracelet as Friend Reminder for Tuberculosis* adalah sebagai berikut :

1. Input
   Memasukkan kode untuk menentukan jam waktu minum obat sesuai dengan yang ditentukan untuk setiap harinya.
2. Proses
   Kode tersebut akan diproses oleh elemen-elemennya.
3. Output
   Mengeluarkan bunyi alarm sesuai yang telah waktu yang telah ditentukan. Buzzer akan mengubah getaran listrik menjadi getaran bunyi.



Gelang ini tersusun atas beberapa komponen yaitu atmega (mikrokontroler) sebagai komponen utama yang berupa sistem komputer lengkap dalam satu serpih (chip), mikrokontroler lebih dari sekedar sebuah mikroprosesor karena sudah terdapat ROM *(Read-Only Memory)*, RAM *(Read-Write Memory)*, beberapa port masukan maupun keluaran, dan beberapa peripheral. Peripheral yang digunakan seperti pencacah/ pewaktu; ADC *(Analog to Digital Converter)*, DAC *(Digital to Analog Converter)*, dan serial komunikasi. Komponen pendukungnya yaitu mini LCD berfungsi sebagai layar monitor waktu, baterai berfungsi sebagai sumber daya, buzzer DC berfungsi sebgaai elemen pengubah getaran listrik menjadi getaran bunyi, regulator berfungsi untuk menstabilkan tegangan masukan pada satu daya dan perlindungan terjadinya hubungan singkat pada beban, resistor berfungsi sebagai tahanan, RTC *(Real Time Clock)* befungsi sebagai penghitung waktu (detik, menit, jam, tanggal, bulan, dan tahun), *push button* berfungsi sebagai tombol *reset* untuk mengatur waktu, tarnsistor NPN berfungsi sebagai pengedalian nyala segmen, serta christal dan kapasitor berfungsi sebagai sumber *clock external*. Kemudian alat dan bahan yang digunakan yaitu tali gelang stainless stell/ karet dan pengait tali gelang (dari bahan stainless).

Berikut ide desain gambar dari *Bracelet as Friend Reminder for Tuberculosis:*

PEMBAHASAN

Angka perkembangan TB di Indonesia sudah menurun dibanding tahun-tahun sebelumnya, namun keadaan saat ini masih tinggi jika dibandingkan dengan negara lain.

Indonesia menempati urutan 5 dengan kasus kejadian TB yang paling besar di dunia (WHO, 2014). Berdasarkan hasil Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) ditemukan kasus TB paru 0,4% (196.310 kasus) pada responden untuk kurun waktu ≤ 1 tahun berdasarkan diagnosis yang ditegakkan oleh tenaga kesehatan melalui pemeriksaan dahak, foto toraks atau keduanya. Hasil Riskesdas 2013 tersebut tidak berbeda dengan Riskesdas 2007 yang menghasilkan angka prevalensi TB paru 0,4% (Kemenkes, 2014).

Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di tiga provinsi yaitu Jawa Barat sebesar 0,7%, DKI Jakarta dan Papua masing-masing 0,6%. Kemudian prevalensi TB paru berdasarkan gejala batuk ≥ 2 minggu secara nasional sebesar 3,9% dan prevalensi TB paru berdasarkan gejala batuk darah sebesar 2,8%. (Kemenkes, 2014).

Dalam pengobatan TB, membutuhkan waktu cukup lama sekitar 6 - 8 bulan dengan kombinasi beberapa macam obat untuk mencapai penyembuhan, sehingga banyak pasien yang berhenti minum sebelum masa pengobatan selesai yang berakibat pada kegagalan dalam pengobatan TB. Ketidakpatuhan minum obat dari penderita TB dapat menimbulkan TB MDR, karena salah satu dari berbagai faktor terjadinya TB MDR adalah kurang patuh minum obat dan obat tidak lengkap. Kebanyakan kasus TB MDR juga dialami oleh orang yang sudah menjalani pengobatan TB.

Jumlah penderita TB MDR di Indonesia cukup tinggi. Indonesia berada diperingkat 8 dari 27 negara dengan beban TB MDR terbanyak di dunia (WHO, 2014). Hasil DRStahun 2007 di Kota Makasar data kasus TB MDR sebesar 4,1% pada kasus baru dan dan 9,7% pada kasus pengobatan ulang. Kemudian DRS di Jawa Timur pada tahun 2010 menunjukkan bahwa 2% TB MDR ditemukan pada TB kasus baru dan 9,7% ditemukan pada TB kasus pengobatan ulang (Kemenkes, 2013).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Munir dkk., di RS Persahabatan Jakarta pada Tahun 2010 menunjukkan hasil pengobatan TB MDR yang dilakukan pada 93 pasien yang diobati didapatkan hasil pengobatan lengkap 11 (11,8%), pengobatan selesai 6 (6,5%) dan sembuh 2 (2,1%) sedangkan yang masih diobati terdapat 16 orang (15,9%). Putus obat didapatkan 32 (31,6%) dan gagal TB-MDR didapatkan 26 (25,7%).

Pasien TB MDR di Indonesia belum mendapat akses pengobatan yang memadai dan terbatas jangkauannya (Burhan, 2010). Hal tersebut, dikarenakan tidak semua obat yang dibutuhkan oleh TB MDR tersedia di Indonesia dan sampai saat ini menurut penjelasan Tjandra Kepala Balitbangkes Kemenkes di Indonesia baru ada 28 RS yang dapat menagani TB MDR (Reynald, 2015).

Dari berbagai fenomena di atas, menggambarkan adanya beberapa kesulitan dalam penanganan TB MDR. Mulai dari penanganan yang sulit dan membutuhkan waktu yang lama, serta akses pengobatan yang masih terbatas. Oleh karena itu, perlu dilakukan pencegahan terjadinya TB MDR dengan cara mengatasi penyebab dari TB MDR itu sendiri. Salah satunya yaitu pengobatan yang gagal atau tidak lengkap karena ketidakpatuhan pasien dalam minum obat. Salah satu faktor dari berbagai faktor yang menjadikan ketidakpatuhan pasien yaitu adanya rasa malas dan lupa minum obat pada pasien maupun PMO sehingga pasien terlambat atau bahkan tidak minum obat seperti jadwal yang telah ditetapkan.

Oleh karena itu, penulis memberikan ide untuk mengembangkan sebuah inovasi *"Bracelet as Friend Reminder for Tuberculosis".* Ide ini diharapkan dapat memberikan peningkatan kepatuhan pasien Tuberkulosis dalam minum obat karena gelang ini akan berbunyi pada setiap jadwal minum obat penderita TB dan bunyi tersebut tidak akan berhenti sebelum dimatikan, sehingga ketika penderita TB dalam keadaan tidur pun gelang ini akan berbunyi dan tidak akan berhenti berbunyi sebelum dimatikan.

Cara kerja dari *Bracelet as Friend Reminder for Tuberculosis* yaitu beberapa kode akan dimasukan untuk menentukan jam waktu minum obat sesuai dengan yang ditentukan untuk setiap harinya, lalu kode tersebut akan diproses oleh elemen-elemennya. Kemudian gelang akan mengeluarkan bunyi *alarm* sesuai yang telah waktu yang telah ditentukan. Buzzer yang ada pada gelang tersebut akan mengubah getaran listrik menjadi getaran bunyi.

Gelang pengingat ini memiliki beberapa kelebihan yaitu praktis karena dapat digunakan kapan pun dan dimana pun, dapat digunakan dalam jangka waktu yang lama kaena terbuat dari bahan *stainless* dan tali karet yang elastis, dan anti air karena terdapat komponen. Dengan demikian gelang ini sangat efektif apabila digunakan oleh penderita TB untuk mengingatkan pada setiap jadwal minum obat sehingga dapat rutin minum obat selama masa pengobatan.

KESIMPULAN

Pengobatan yang tidak sempurna pda penderita TB dapat menyebabkan TB MDR yaitu penyakit TB yang resisten terhadap oba anti TB. Pengobatan TB MDR membutuhkan waktu yang lebih lama yaitu sekitar 18 – 24 bulan. Dalam mengatasi ketidakpatuhan minum obat pada penderita TB maka dibuat sebuah inovasi yaitu gelang pengingat yang berfungsi untuk mengingatkan pasien dan PMO pasien untuk minum obat tepat waktu selama masa pengobatan. Dengan demikian, diharapkan dengan kepatuhan penderita terhadap peringatan dari *alarm* gelang pengingat ini, konsumsi obat tepat waktu dan tertib dilaksanakan oleh penderita TB selama masa pengobatan sehingga akan meningkatkan keberhasilan dalam pengobatan TB.

SARAN

Dalam penulisan karya tulis ilmiah dengan judul *Bracelet as Friend Reminder for Tuberculosis* sebagai upaya peningkatan kepatuhan minum obat pada penderita Tuberkulosis masih banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan masukan/ kritik yang membangun untuk melengkapi dan menyempurnakan karya tulis ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

Balaji, V., Daley P., Azad, A.A., Sudarsanam, T., Mi¬chael, J., Sarojini, Sahni, Diana, R., George, C.P., Abraham, I., Thomas, K., Ganesh, A., John K R., & Mathai D. 2010. Risk Factors for MDR and XDR-TB in a Tertiary Referral Hospital in India.*PLOS ONE, 5*(3).

Burhan, E. (2010). Tuberkulosis Multi Drug Resistance (TB-MDR). *Maj Kedokt Indon,60*(12): 535-536.

Christian, W., Gomes, V.F. Rabna, P., Gustafson, P., Aaby, P., Lisse, I.M, Andersen, P.L., Glerup, H. & Sodemann, M. (2009). Vitamin D as Supplementary Treatment for Tuberculosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *179*(9): 843-850.

Caminero, J.A. (2010). Multidrug-resistant Tuber-culosis: Epidemiology, Risk Factors, and Case Finding. *The International Journal of Tuber¬culosis and Lung Disease, 14*(4): 382–390.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan Tuberkulosis di Indonesia.* Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Fauci & Braunwald. (2007). *Harrison Manual Kedokteran*. Tangerang Selatan: Karisma Publisher Group.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Rencana Aksi Nasional Stop TB Programmatic Management of Drug Resistance Tuberculosis Pengendalian Tuberkulosis Indonesia: 2011-2014.* Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Kemeterian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Petunjuk Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat.* Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Made, B. I., & Luh, P. P. N. (2010). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Ketidakpatuhan Penderita Tuberkulosis dalam Berobat di Poliklinik DOTS RSUP Sanglah Denpasar. *J Peny Dalam. 11*(3): 158-163.

Munir, S. M., Nawas, A., & Soetoyo, D. K. (2010). Pengamatan Pasien Tuberkulosis Paru dengan Multidrug Resistant (TB-MDR) di Poloklinik Paru RSUP Persahabatan. *Jurnal Respir Indo*. 30(2): 92-104.

Nawas, A. (2006). *Penatalaksanaan TB MDR dan Strategi Dots Plus*. Jakarta: Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI-RSUP Persahabatan Jakarta.

Reynald, Y. R. (2015). InilahKorancom. Diakses pada 10 Mei 2015, dari http://www.inilahkoran.com/read/detail/2191446/tak-patuh-salah-berobat-tuberkulosis-makin-kuat

Ruswanto. (2010). Analisis Sapsial Sebaran Kasus Tuberkulosis Paru Ditinjau dari Faktor Lingkungan Dalam dan Luar Rumah di Kabupaten Pekalongan. Tesis Ruswanto dari Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Tahun 2010.

Sarwani, Dwi., dkk. (2012). Faktor Resiko Multidrug Resistant Tuberkulosis (MDR-TB). *Jurnal Kesehatan Masyarakat, 8*(1): 60-66.

Storla, D. G. (2009). A Systematic Review of Delay in the Diagnosis and Treatment of Tuberculosis. *BMC Public Health*, 8-15.

Suharyo. (2013). Determinasi Penyakit Tuberklosis di Pedesaan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat.*9(1): 85-91.

Suparjo. (2011). Tuberkulosis Paru. Diakses pada 1 Mei 2015, dari http://www. Scribd com/doc/20358065/tuberculosisparu.

Tabrani. (2010*). Ilmu Penyakit Paru.* Jakarta: Trans Info Media.

Tanggap, T. B. (2011). Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan pada Pasien Tuberkulosis Paru dengan Resistensi Obat Tuberkulosis di Wilayah Jawa Tengah. Skripsi Bertin Tanggap Tirtana dari Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Tahun 2011.

Upke, S. (2007). Tuberculosis Patients Reasons for Defaulting on Tuberculosis Treatment: a Need for a Practical Patient-Centered Approach to Tuberculosis Management in Primary Health Care.*SA Fam Pract, 49*(6):17-21.

World Health Organization. (2006). Guidelines for the Programmatic Management of Drugresistant Tuberculosis. Geneve. Diakses pada 29 April 2015, dari www.who.org

World Health Organization. (2014). Global Tuberculosis Report 2014. Geneve. Diakses 28 April 2015, dari www.who.org

PERBANDINGAN PENGUKURAN KEBUTUHAN ENERGI PADA PASIEN KRITIS : *A LITERATURE REVIEW*

Suswatiningsih, S.Kep., Ns
Mahasiswa Magister Keperawatan, Universitas Diponegoro Semarang
s1keperawatan_wh@yahoo.com

Abstrak

Pada pasien kritis dengan trauma yang besar, sakit berat atau sepsis dapat mengalami peningkatan kebutuhan energi, peningkatan katabolisme disertai kehilangan massa tubuh yang cepat. Hipermetabolisme yang timbul pada pasien kritis berkaitan dengan respon metabolik yang berhubungan dengan reaksi akibat trauma sehingga menstimulasi mediator inflamasi. Perkiraan yang kurang tepat dalam menghitung kebutuhan energi pasien kritis akan menyebabkan keterlambatan atau tidak terpenuhinya kebutuhan energi pada pasien tersebut. Penulisan *literature review* ini bertujuan untuk memberikan informasi yang cukup tentang beberapa metode pengukuran kebutuhan energi pada pasien kritis yang dirawat di ruang Intensive Care Unit (*ICU)*. Penulisan *literature review* berdasarkan sumber jurnal-jurnal penelitian dari tahun 2003 sampai tahun 2013 dengan sumber EBSCO, PROQUEST dan GOOGLE SCHOLAR. Pencarian data menggunakan kata kunci metode pengukuran kebutuhan energi, pasien kritis dan ICU. Hasil penulisan literature review terdiri dari konsep tentang kebutuhan energi pasien kritis, variasi beberapa metode pengukuran kebutuhan energi pasien kritis, Formula Harris Benedict, Formula Ireton Jones, Formula Swinnamer dan perkiraan kecukupan *feeding* pada pasien kritis. Pengukuran kebutuhan energi yang akurat,pemantauan yang baik terhadap kecukupan *feeding* dapat memfasilitasi kesembuhan pasien dan menghindari beban yang tidak perlu ditanggung pasien. Perhitungan kebutuhan metode Ireton Jones mengurangi risiko komplikasi yang lebih rendah dan clinical outcome yang lebih baik metode lain. Jika support nutrisi diberikan secara dini yaitu energi, protein dan nutrisi-nutrisi lain yang diperlukan mampu mengoptimalkan sistem imun, meningkatkan penyembuhan luka, mengurangi risiko kematian dan komplikasi serta memperpendek lama rawat, biaya dan waktu penyembuhan pasien di ICU.

Keyword: pengukuran kebutuhan energi, pasien kritis, *ICU*

PENDAHULUAN

Pasien dengan sakit kritis yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) sebagian besar menghadapi kematian, mengalami kegagalan multi organ,menggunakan ventilator dan memerlukan support teknologi. Pasien kritis adalah pasien yang secara fisiologis tidak stabil, sehingga dapat mengalami respon hipermetabolik komplek terhadap kondisi yang dialami (Menerez, 2011). Pasien kritis seringkali mengalami stress akibat trauma, cedera, pembedahan, sepsis penyakitnya sehingga mengakibatkan

peningkatan metabolism dan katabolisme. Kecepatan katabolisme protein melebihi kecepatan sintesis protein, sehingga menimbulkan imbang nitrogen negatif. Massa otot berkurang dan pada organ organ vital terjadi degradasi protein. Kecepatan proteolisis menyebabkan asam amino alanin dan glutmin dari perifer ke visceral untuk kebutuhan glukoneogenesis. Selama berlangsungnya kondisi stress, produksi glukosa endogen meningkat. Kondisi ini merupakan efek dari meningkatnya hormone hormone "counter regulatory|" dan sitokin yng menstimulasi glikogenesis dan glukoneogenesis. Substrat utama dari glukoneogenesis yaitu gliserol, alanin dan laktat sehingga dapat menyebabkan penurunan berat badan pasien (Arifin, 2011).

Pasien kritis dengan trauma yang besar, sakit berat atau sepsis mengalami peningkatan kebutuhan energy disertai dengan kehilangan masa tubuh yang cepat. Perkiraan yang kurang tepat dalam menghitung kebutuhan energy pasien kritis akan menyebabkan keterlambatan atau tidak terpenuhinya kebutuhan energy pada pasien tersebut. Banyak metode yang tersedia untuk memperkirakan REE sebelum pemberian nutrisi pada pasien kritis. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis ingin melihat perbandingan pengukuran kebutuhan energi pasien kritis dengan berbagai metode pada beberapa penelitian.

METODE

Telah dilakukan dengan melakukan *review* terhadap 6 hasil penelitian yang diterbitkan sejak tahun 2003-2013 yang diperoleh dari database jurnal EBSCO, PROQUEST dan GOOGLE SCHOLAR dengan menggunakan kata kunci *energy needs prediction, critically ill patient, ICU.* Metode analisa yang digunakan dalam studi literature ini adalah analisis isi (*content analisis)* untuk mengidentifikasi dan membedakan tema-tema dari penelitian/ jurnal yangtelah diperoleh sehingga dapat memberikan wawasan yang berguna untuk membuka jalan penelitian selanjutnya mengenai perhitungan kebutuhan energi pada pasien kritis.

HASIL

Hasil studi literature yang akan diuraikan meliputi konsep tentang kebutuhan energi pasien kritis, variasi beberapa metode pengukuran kebutuhan energi pasien kritis (tabel 1), Formula Harris Benedict, Formula Ireton Jones, Formula Swinnamer dan perkiraan kecukupan *feeding* pada pasien kritis.

Tabel 1. Hasil Review literatur

No	Peneliti	Judul Penelitian	Variabel	Metode	Hasil Penelitian
1	Mee Nin Kan, *et al (2007)*	Estimation of Energy Requirement for Mechanically Ventilated, Critically Ill Patient using Nutritional Status	Kecukupan feeding, status nutrisi	Studi komparasi: prospectif	Dari limapuluh empat responden : lima belas underfeeding, 20 ppropriate feeding, 19 overfeeding.
2	Carol, Ireton Jones, (2003)	Improved Equation for Predicting Energy Expenditure in Patiens : The Ireton Jones Equation	Perhitungan kebutuhan energy : Ireton Jones, kebutuhan energy pasien	Studi komparasi: prospectif	Pasien dengan nafas spontan dan dengan ventilator : prediksinya cukup (minimize the error) dari kebutuhan energy pasien
3	Boulatta Joseph *et*	Accurate Determination of Energy Needs in	Status nutrisi,	Studi retrospectiv	Perhitungan Harris benedict prediksinya

	al (2007)	Hospitalized Patients	Perhitungan Kebutuhan energy: Harris Benedict	e	kuarang dari kebutuhan energy pasien (61% mengalami under dan over feeding).
4	Zauner, *et al*, 2007	Weight Adjusted Resting Energy Expenditure is not Constant in Critically Ill Patient	Status nutrisi(BMI) , Kebutuhan energy: Kalorimetri	Studi prospektif	Dari 100 responden: 47 : normal weight, 3: overweight
5	Reeves &Capra, (2003)	Variation in the Application of Methods Used for Predicting Energy Requirements in Acutely Ill Adult Patiens : a Survey of Practice	Kebutuhan energy, perhitungan kebutuhan energy (Harris benedict, schofield, multiple methods, Ener per kg)	Cross sectional survey	Dari lima metode tersebut belum ada yang dapat memperkirakan kebutuhan energy pasien dengan akurat.
6	Fraipont & Preiser (2013)	Energy Estimation and Measuremen in Critically Ill Patient	Perhitungan kebutuhan energy, kecukupan feeding	Literature review	Metode Harris Benedict, American College Physician, dan Penn State menghasilkan overfeeding

Kebutuhan Energi Pasien Kritis

Setiap orang dalam siklus hidupnya selalu membutuhkan bahan makanan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi. Zat gizi yang terkandung dalam makanan dapat diartikan sebagai zat yang diperoleh dari makanan yang dikonsumsi yang mempunyai nilai untuk memelihara proses tubuh dalam pertumbuhan dan perkembangan (termasuk di dalamnya pergantian sel yang rusak dan pelindung tubuh) dan mencukupi energi guna melakukan kegiatan fisik sehari-hari. Dengan kata lain, zat gizi berguna untuk mempertahankan keutuhan tubuh, aktivitas kerja, pengadaan tenaga atau energi dan memelihara kekebalan tubuh.

Dalam hal ini terlihat bahwa gizi sangat terkait dengan kebutuhan energi yang diperlukan oleh seseorang. Dalam Prinsip-prinsip Ilmu Gizi, Suhardjo menjelaskan bahwa seseorang tidak dapat bekerja dengan energi yang melebihi dari apa yang diperoleh dari makanan kecuali jika meminjam atau menggunakan cadangan energi dalam tubuh. Seperti halnya stok makanan yang selalu diambil tanpa ditambah, energi itupun akan habis dan dapat mengakibatkan sesuatu yang lebih buruk yang disebut kekurangan gizi. Namun, bukan berarti kelebihan gizi, juga baik. kelebihan gizi juga justru menyebabkan beberapa keadaan komorbid. Gizi seimbang perlu diperhatikan dalam menu diet harian kita.

Dalam hal menjalankan proses kerja tubuh untuk mempertahankan proses hidup dasar yang utama, tubuh manusia membutuhkan energi minimal untuk menjalankan fungsi tersebut. Energi inilah yang disebut dengan *Basal Metabolik Rate (BMR)* atau *Basal Energy Expenditure (BEE).* Para ahli gizi umumnya menggunakan Formula Harris Benedict untuk memperkirakan kebutuhan kalori

seseorang. Formula ini dapat digunakan untuk mengetahui prediksi kebutuhan kalori anak maupun orang dewasa, pria maupun wanita (Donald, et al, 2003).

Tujuan menjamin kebutuhan energi pada pasien kritis adalah : memodifikasi perubahan perubahan metabolik dan fungsi metabolik; mempertahankan fungsi jaringan, khusunya hati, sistem imun, sistem otot dan otot pernafasan. Pengukuran REE yang akurat,pemantauan yang baik terhadap kecukupan *feeding* dapat memfasilitasi kesembuhan pasien dan menghindari beban yang tidak perlu ditanggung pasien.

Berbagai model konseptual keperawatan yang telah dikembangkan oleh para ahli, salah satunya adalah Teori Konservasi oleh Myra Estrin Levine. Fokus utama model konseptual ini adalah model konservasi dimana terdapat 3 konsep mayor dari teori konservasi levine, diantaranya adalah *Wholeness, Adaption, Conservation*. Konservasi adalah hasil dari adaptasi. Konservasi adalah konsep universal, sesuai dengan aturan alam, "konservasi bergantung pada sistem hidup yang berhubungan dengan integrasi seluruh sistem". Melalui konservasi dapat di gambarkan bahwa individu mampu menghadapi hambatan, beradaptasi sesuai kebutuhan, dan mempertahankan keunikan mereka.

Tujuan dari konservasi adalah kemampuan dan kekuatan untuk menghadapi masalah yang ada. Konservasi dan integritas merupakan suatu batas yang selalu di perlukan oleh profesi keperawatan dalam situasi kapan saja. Fokus utama konservasi adalah menjaga keutuhan bersama-sama dari individu. Meskipun intervensi keperawatan mungkin berurusan dengan salah satu prinsip konservasi partikular, namun perawat juga harus menyadari pengaruh prinsip-prinsip konservasi lain (Alligood, 2010).

Metode Perhitungan Kebutuhan Energi

Metode untuk memperkirakan kebutuhan energi meliputi:

1. Persamaan Harris benedict dengan faktor stress (BEE)

   Pengukuran kebutuhan energi dengan menggunakan persamaan Harris benedict dipengaruhi oleh umur, berat badan dan tinggi badan. Metode Harris Benedict ini biasanya digunakan untuk perhitungan kebutuhan energi pada pasien di bangsal dalam kondisi stabil. Di Instalasi perawatan kritis penggunaan metode Harris Benedict dilengkapi dengan perhitungan faktor stress pada pasien, yaitu keadaan luka bakar, sepsis, kegagalan organ multiple dan kanker. Berdasarkan penelitian metode Harris Benedict ini lebih akurat pada pasien obesitas (62%) dibandingkan dengan penggunaan perkiraan kebutuhan energy pada pasien kritis (55%). Selain itu juga didapatkan 61% dari total responden mengalami ketidaktepatan prediksi baik di bawah maupun kelebihan (Boullata, J, et al, 2007). Berikut rumus persamaan metode Harris Benedict :

   ♂ : 66,47 + 13,75 BB + 5,00 TB – 6,76 U

   ♀ : 655,10 + 9,56 BB + 1,85 TB – 4,68 U

   Keterangan:

   BB : Berat Badan

   TB : Tinggi Badan

   U : Usia

   Koreksi kebutuhan energy (kkal/hari) = BEE x factor stress

2. Formula Swinammer

Perhitungan kebutuhan energidengan metode Swinamer ditujukan pada kasus-kasus tertentu (penyakit berat) dimana terjadi perubahan yang dinamis suhu tubuh, RR (pernafasan), tidal volume dan ventilasi permenit. Berdasarkan penelitian metode Harris Benedict lebih akurat dibandingkan dengan metode Swinammer dan Penn State pada pasien kritis (Boullata, J, et al, 2007). Berikut ini merupakan rumus persamaan Swinamer :

(945 x *body surface area)* - (6,4 x *age)* + (108 x *temperature)* + (24,2 x *respiratory rate)* + (817 x *tidal volume*) - 4,349

3. Formula Ireton Jones

Penggunaan metode Ireton Jones bisa ditujukan untuk pengukuran kebutuhan energy pada pasien dengan alat bantu nafas. Persamaan ini digunakan pada pasien yang berpenyakit berat yang bernafas spontan atau menggunakan ventilator mekanik dan telah divalidasi (Jones, 2002). Berikut ini persamaan ireton Jones pada pasien kritis dengan ventilasi mekanik :

1764 - (11 x age)+ (5x *weight)* + (244 *if male, 0 if female*) + (239 *if trauma present)*+ (840 *if burn present)*

Kecukupan *feeding* pada pasien kritis

Kecukupan feeding (*Apropriate feeding)* selama perawatan pasien kritis dapat meningkatkan proses penyapihan dari ventilasi mekanik dan menurunkan lama rawat inap pasien. *Underfeeding* dapat menurunkan regenerasi jaringan epitel paru dan menyebabkan kelemahan otot pernafasan. *Overfeeding* dapat meningkatkan stres fisiologi, hiperkapnea (peningkatan karbondioksida dalam darah). Hal tersebut juga akan mempengaruhi proses penyapihan pasien dari ventilasi mekanik.

Parameter kecukupan feeding dapat dilihat dari nilai PaCO2 melalui pemeriksaan analisis gas darah. Pada kondisi overfeeding terjadi peningkatan nilai PaCO2 sehingga memperparah kondisi hiperkapnea. Selain itu, kecukupan feeding dapat dilihat dari perameter status nutrisi, yaitu status anthropometry, biochemical measurement dan rekam medic pasien.

Hasil penelitian menunjukkan dari 54 pasien yang dirawat di unit perawatan kritis/ ICU, hanya 20 pasien dinilai mendapatkan kecukupan feeding (*appropriate feeding)*, 15 mengalami *underfeeding,* 19 mengalami *over feeding (*Nin khan, 2007). Pada penelitian ini kecukupan *feeding* dinilai dari status nutrisi pasien yang meliputi pengukuran antropometrik dan biokimiawi selama 7 hari perawatan.

PEMBAHASAN

Kebutuhan energi pada pasien sakit kritis tergantung dari tingkat keparahan cedera atau penyakitnya. Pasien sakit kritis memperlihatkan respon metabolik yang khas terhadap kondisi sakitnya. Oleh karena itu butuh perkiraan kebutuhan energi melalui metode yang tepat. Dalam hal menjalankan proses kerja tubuh untuk mempertahankan proses hidup dasar yang utama, tubuh manusia membutuhkan energi minimal untuk menjalankan fungsi tersebut. Energi inilah yang disebut dengan *Basal Metabolik Rate (BMR)* atau *Basal Energy Expenditure (BEE).* BMR atau BEE dapat disebut juga

Resting Energy Expenditur (REE). REE adalah pengukuran jumlah energy yang dikeluarkan untuk mempertahankan kehidupan pada kondisi istirahat dan 12 sampai 18 jam setelah makan. Perkiraan REE akurat dapat membantu mengurangi komplikasi akibat kelebihan pemberian *overfeeding* seperti infiltrasi lemak ke hati dan *pulmonary compromise. (*Escallon, et al, 2003*)*

Para ahli gizi umumnya menggunakan Formula Harris Benedict atau kalorimetri indirek dengan factor stress untuk memperkirakan kebutuhan kalori pasien kritis. Formula ini dapat digunakan untuk mengetahui prediksi kebutuhan kalori anak maupun orang dewasa, pria maupun wanita. Penelitian menunjukkan bahwa rumusan kebutuhan energy metode konvensional tersebut cenderung berlebih dalam perhitungan energy expenditure pada pasien kritis sampai lima belas persen (Higgins, et al, 2007).

Pada kasus-kasus tertentu (penyakit berat) dimana terjadi perubahan yang dinamis suhu tubuh, RR (pernafasan), tidal volume, dan ventilasi permenit, digunakan Formula swinamer. Sedangkan, pasien-pasien yang menggunakan alat bantu nafas dapat digunakan Formula Ireton-Jones. Berdasarkan penelitian penggunaan prediksi pengukuran kebutuhan energi dengan berbagai metode belum bisa memperkirakan kebutuhan energy pasien dengan tepat. Penggunaan formula Ireton Jones menunjukkan kesalahan yang minimal dalam memperkirakan kebutuhan energi pada pasien kritis (Jones, 2002).

Kelebihan memberikan nutrisi biasanya disebabkan oleh kelebihan perhitungan kebutuhan energy yang terlalu tinggi, seperti yang terjadi ketika berat badan aktual digunakan untuk menghitung BEE dalam populasi pasien seperti pasien yang sakit kritis dengan cairan overload yang signifikan dan gemuk. Kalorimetri langsung dapat digunakan untuk menghitung kebutuhan energi, tetapi sering melebihi BEE dari 10% hingga 15% pada pasien stres, terutama jika pasien sedang menggunakan ventilator. Dalam hal ini, berat kering (dry weight) yang diperkirakan harus diperoleh dari anggota keluarga atau anamnesis sebelum cedera. Secara klinis, peningkatan konsumsi oksigen, peningkatan produksi CO2, lemak hati, penekanan fungsi leukosit, dan meningkatkan risiko infeksi semuanya telah didokumentasikan dengan adanya kelebihan pemberian makan (*overfeeding*).

KESIMPULAN

Berbagai penelitian terkait perhitungan perkiraan kebutuhan energi pada pasien kritis telah banyak dilakukan. Dalam perawatan terhadap penderita sakit kritis perlu diperhatikan kebutuhan energi pasien kritis menentukan kecukupan pemberian nutrisi pada pasien. Kecukupan pemberian nutrisi yang tepat secara dini mampu mengoptimalkan fungsi respirasi, meminimalkan komplikasi serta memperpendek lama rawat biaya dan waktu penyembuhan di ICU. Sehingga diharapkan perawat perlu memahami metode perhitungan kebutuhan energi yang tepat untuk pasien dengan sakit kritis.

DAFTAR PUSTAKA

Arifin. Glutamin Deficiency. Jurnal Medinus Volume 24 Nomer 23. Departemen Anestesiologi dan Unit Intensif RSUP dr. Adam Malik Medan. Diakses 24 Desember 2014.www. medinus.co.id. 2011

Donald et al. *Comparison of formalic equationto determine expenditure energy in critically patient*. Journal of Critical Care. 2003, 233:9.

Escallon J et al. *Body compotition in health and disesase. In:Mc Carnish M et al. editor. In an integrated approach to patient care total nutritional therapy*. Second edition.pennsylvania: Elsevier. 2003

Fraiport&Preiser. 2003. *Energy Estimation and Measuremen in Critically Ill Patient* (Fraipont & Preiser, 2013)

Higgins PA etal. *Assesing nutritional status in chronically critically ill adult patient*. American Jurnal of Critical care 2007; 17:2

Jones, I., 2003. *Improved Equation for Predicting Energy Expenditure in Patiens : The Ireton Jones Equation* (Carol, Ireton Jones, 2003)

Joseph, et al. 2007. *Accurate Determination of Energy Needs in Hospitalized Patients* (Boulatta Joseph *et al*, 2007)

Menerez, et al. Malnutrition as An Independent Predictor of Clinical Outcome in Criticlly. Journal of Nutrition. Diakses tanggal 24 Desember 2014. http://search.proquest.com. 2011.

Nin Khan, M., et al. 2007. *Estimation of Energy Requirement for Mechanically Ventilated, Critically Ill Patient using Nutritional Status* oleh Mee Nin Kan, *et al* tahun 2007

Reeves & Capra. 2003.*Variation in the Application of Methods Used for Predicting Energy Requirements in Acutely Ill Adult Patiens : a Survey of Practice* (Reeves &Capra, 2003).

Tomey, A.M., & Alligood, M.R.. *Nursing theory: utilization & application*. Third edition. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier. 2010.

Wiryana. *Nutrisi pada Penderita Sakit Kritis*. Jurnal Penyakit Dalam Volume 8 Nomor 2. Bagian Ilmu Anestesi FK UNUD/ RSUP Sanglah Denpasar 2007.

Zauner, et al. 2007. *Weight Adjusted Resting Energy Expenditure is not Constant in Critically Ill Patient* oleh Zauner, *et al*, 2007.

Ziegler, Thomas R. *Nutrition in the critically ill patient*. The new englnd journl medicine. 2009. 31:11. Diakses tanggal 24 Desember 2014. http://serch. Proquest.com.

EFEKTIVITAS TEHNIK PERAWATAN LUKA DENGAN *NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY* (NPWT) TERHADAP PERCEPATAN PROSES PENYEMBUHAN LUKA PADA PASIEN ULKUS DIABETES MILITUS

Putri Puspitasari

Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro, Kampus FK UNDIP, Jl. Dr, Soetomo No. 18 (Komplek Zona Pendidikan RSUD Dr. Karyadi Gedung Dekanat lama FK UNDIP), Semarang Jawa Tengah.

E-mail : putripuspitasari.ners@gmail.com

Abstrak

Pasien dengan ulkus diabetikum meningkat setiap tahunnya. Prevelensi pasien luka diabetic di Indonesia sekitar 15% dari prevelensi pasien diabetes militus, angka amputasi 30% dan luka diabetic merupakan penyebab perawatan rumah sakit yeng terbanyak sebesar 80% untuk diabetes militus (hastuti, 2008). Perlu disusun strategi yang tepat dalam penanganan ulkus diabetic, salah satu cara yang mulai diterapkan saat ini ialah dengan *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT). *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) merupakan pengembangan yang canggih dari prosedur perawatan luka, penggunaan vakum drainase membantu untuk menghilangkan darah atau cairan serosa (nanah) dari bagian luka. Metode yang dipilih ialah dengan *literatur review*, dengan melakukan penelusuran artikel publikasi MEDLINE pada *PubMed, EBSCO* dan Sciensdirect serta penelusuran secara manual menggunakan *Google Search* dengan kata kunci yang dipilih. Pencarian hanya dibatasi pada jurnal yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf dan berbahasa Inggris. Jurnal yang dipilih adalah hasil penelitian yang berupa RCT dan Case Control, pada tahun 2007 sampai dengan tahun 2014. Hasil pembahasan menunjukan bahwa *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) efektif dalam percepatan proses penyembuhan, peningkatan keamanan, menurunkan angka amputasi dan peningkatan kepuasan pasien.

Kata Kunci : *ulkus diabetikum*, *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT), penyembuhan luka

Pustaka : 14 (2000-2014)

PENDAHULUAN

Kini Diabetes Militus menjadi salah satu masalah kesehatan yang besar. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa pada tahun 2004 terdapat 1,1 juta penduduk mengalami kematian akibat diabetes dengan prevalensi sekitar 1,9 % dan pada tahun 2007 dilaporkan bahwa terdapat 246 juta penderita diabetes, 6 juta kasus

baru Diabetes Melitus dan 3,5 juta penduduk mengalami kematian akibat diabetes. Kematian Diabetes Melitus terjadi tidak secara langsung akibat hiperglikemianya, tetapi berhubungan dengan komplikasi yang terjadi. Komplikasi kronis dari DM juga memberikan dampak psikologis pada pasiennya. (Hastuti, 2008)

Komplikasi kronis dari Diabetes Melitus antara lain penyakit kardiovaskuler, stroke, ulkus diabetik, retinopati, serta nefropati diabetik. Diantara komplikasi kronik Diabetes Melitus ulkus merupakan komplikasi yang paling banyak ditemukan. Prevelensi pasien luka diabetic di Indonesia sekita 15% dari prevelensi pasien diabetes militus, angka amputasi 30% dan luka diabetic merupakan penyebab perawatan rumah sakit yeng terbanyak sebesar 80% untuk diabetes militus (hastuti, 2008)

Untuk dapat menurunkan dampak yang ditimbulkan dari ulkus diabetik maka perlu disusun strategi yang tepat dalam penanganan ulkus diabetic. Salah satu cara yang mulai diterapkan saat ini ialah dengan *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT). NPWT adalah terapi adjuvant noninvasif yang menggunakan kontrol tekanan negatif menggunakan *Vacum assisted closure device (*VAC) untuk membantu penyembuhan luka dengan menghilangkan cairan yang dihasilkan dari luka terbuka melalui *sealed dressing* dan tube yang disambungkan dengan kontainer penampung (Nain, 2011). NPWT memberikan tekanan subatmosfer secara intermiten atau terus-terusan dengan tekanan sebesar 50-175 mmHg (Kirby,2007) .

Berdasarkan banyaknya manfaat dari *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) yang telah banyak diteliti, maka Penulis merasa tertarik melakukan *literatur review* untuk menggali lebih jauh, *apakah tehnik Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) *dapat meningkatakan percepatan proses penyembuhan luka pada pasien ulkus diabetes militus?* Tujuannya *literatur review* ini ialah untuk mengetahui efektivitas tehnik perawatan luka dengan *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) terhadap proses penyembuhan luka pada pasien diabetes militus

METODE PENELITIAN

Metode yang dipilih ialah dengan *literature review*, dengan melakukan penelusuran artikel publikasi MEDLINE pada *PubMed, EBSCO* dan Sciensdirect serta penelusuran secara manual menggunakan *Google Search* dengan kata kunci yang dipilih.

Pencarian hanya dibatasi pada jurnal yang dapat diakses *fulltext* dalam format pdf dan berbahasa Inggris. Responden yang dipilih adalah pasien yang menagalami luka Diabetes Militus, baik laki-laki atau perempuan dan dengan batas umur tidak ditentukan dengan derajat keparahan luka tidak ditentukan. Jurnal membahas bagaimana keefektivitasan *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) terhadap percepatan proses penyembuhan luka Diabetes Militus yang. Jurnal dibatasi pada tahun 2007 sampai dengan tahun 2014. Artikel yang sesuai kriteria lalu dianalisis menggunakan CASP

TOOL *(Critical Appraisal Skills Programme)* kemudian ditentukan *Quality of Research*. Kemudian jurnal diekstrasi dan disintesa.

HASIL

Karakteristik Studi

Penulis melakukan pencarian dengan menggunakan kata kunci ulcus diabetic, *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT), *Convensional wound care*, *foot ulcers diabetes mellitus* dan *wound healing process.* Dari hasil penelusuran jurnal yang dilaksanakan menggunakan kata kunci tersebut didapatkan 81 jurnal setelah diterapkan criteria insklusi dan ekslusi didapat 13 jurnal, dan jumlah jurnal yang *eligible* sejumlah 4 buah artikel untuk selanjutnya dianalisis dengan CASP TOOL *(Critical Appraisal Skills Programme)* kemudian ditentukan *Quality of Research.*

Berdasarkan penilaian jurnal dapat diketahui bahwa 2 artikel memiliki kualitas tinggi dan 2 artikel memiliki kaulitas sedang. Sebanyak 3 peneliti menggunakan desain RCT dan 1 peneliti menggunakan desain penelitian *Randomized Case Control Study.* Tiga penelitian membandingkan *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) dengan perawatan luka *convensional* yang biasa dilakukan menurut SOP masing-masing Rumah Sakit, 1 penelitian membandingkan *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) dengan *Advanced Moist Wound Therapy* (AMWT). Semua peneliti melihat bagaimana dampak dari NPWT terhadap kemanjuran atau keberhasilan penyembuhan luka diabetes, 2 peneliti melihat dampak NPWT terhadap keamanan bagi pasien, 2 peneliti melihat dampak NPWT terhadap angka amputasi dan hanya satu peneliti yang melihat kepuasan pasien terhadap intervensi NPWT.

1. **Pengaruh *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) terhadap keberhasilan penyembuhan luka diabetes**

Penelitian RCT Dorthe Seidel dkk (2014) meneliti terhadap 324 sampel, sampel secara acak dibagi atas dua kelompok. Pada kelompok intervensi peralatan medis menggunakan prinsip NPWT akan diterapkan pada luka. Terapi kontrol didefinisikan sebagai terapi luka lembab konvensional sesuai dengan standar klinis lokal dan pedoman Rumah Sakit Penelitian.

Pasien yang diambil sebagai sampel penelitian adalah pasien dewasa (usia> 18 tahun) dengan kaki lesi diabetes sesuai dengan Wagner 2 sampai 4 yang telah terus-menerus ada selama minimal empat minggu. Penelitian dilakukan selama selama 5 minggu, dan akan dievaluasi berapa jumlah sampel yang mengalami epitelisasi 100% (penutupan luka sempurna). Hasil dari penelitian didapatkan 56% pasien dengan NPWT mengalami penutupan luka sempurna, sedangkan yang menggunakan perawatan luka convensional 39%, dengan p= 0,025 dan a= 0,05.

Sama halnya dengan Penelitian Dorthe Seidel, penelitian RCT Peter A. Blume (2008) juga melakukan komparasi antara NPWT dan perawatan luka convensional terhadap pasien dengan luka diabetic. Blume menggunakan 335 orang sampel, 169 sebagai kelompok intervensi dan 166 sebagai kelompok control. Populasi pasien terdiri dari orang dewasa diabetes 18 tahun dengan tahap 2 atau 3 (seperti yang didefinisikan oleh skala Wagner) kalkanealis, punggung, atau kaki plantar ulcer 2 cm^2 di daerah setelah debridement. Lama waktu yang digunakan adalah 112 hari, Evalusi Efficacy dilakuan setelah masing-masing kelompok dilakukan intervensi selama 112 hari, dilihat

berapa sampel yang luka DMnya mengalami penutupan luka sempurna. Hasil penelitian adalah Kelompok intervensi sampel yang mengalami penutupan luka sempurna setelah 122 hari adalah 73 (43,2%) sampel, sedangkan Kelompok control 48 (28,9%) sampel dengan P= 0,007.

Penelitian Asghar Akbari dkk (2007) Uji coba terkontrol secara acak dilakukan untuk mengevaluasi terapi NPWT untuk penyembuhan ulkus kaki diabetik. Delapan belas pasien diabetes dengan ulkus kaki direkrut melalui nonprobability sampling. Sampel yang diambil dalam penelitian berjumlah 18 sampel. Sampel secara acak dibagi kedalam 2 kelompok. Sebelum dan sesudah intervensi, luas permukaan ulkus kaki diukur, berdasarkan prinsip Cavalieri. Kelompok eksperimen diberi intervensi dengan NPWT dan kelompok control dilakuakn intervensi perawatan luka konvensional selama 10 sesi. Kelompok kontrol hanya menerima terapi konvensional, termasuk debridement, agen kontrol glukosa darah, antibiotik sistemik, luka membersihkan dengan normal saline, dan dressing luka sehari-hari. Hasil dari penelitian luas permukaan ulkus kaki rata menurun dari 46,88 +/- 9,28 $mm^{2-35,09}$ +/- 4,09 mm^2 pada kelompok eksperimen *(p* = 0,006) dan dari 46,62 +/- 10,03 $mm^{2-42,89}$ +/- 8.1 mm^2 di kelompok kontrol *(p* = 0,01). Hasil penelitian menunjukkan bahwa NPWT lebih efektif menyembuhkan ulkus kaki diabetik dari pada terapi konvensional.

Penelitian *Case Control Study* Ali M. Lone dkk (2014), dilakukan di departemen bedah plastik dan endokrinologi di sebuah rumah sakit perawatan tersier di India Utara. Desain Penelitian ini adalah *Randomized Case Control Study* untuk membandingkan efektivitas NPWT dengan dressing konvensional dalam penyembuhan luka diabetik. Populasi penelitian termasuk pasien dengan DM berusia 20-70 tahun, dengan stadium 2 atau 3 Wagner, secara acak untuk Grup A (pasien yang diobati dengan NPWT) dan Grup B (pasien yang diobati dengan dressing konvensional), dengan jumlah yang sama pasien dalam setiap kelompok (n 28).

Hasil yang diperoleh 100% granulasi dicapai pada 21 (77,8%) pasien pada akhir Minggu 5 di Grup A dibandingkan dengan hanya 10 (40%) pasien pada saat itu dalam jaringan Grup B.

2. Pengaruh *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) terhadap keamanan pasien dengan luka diabetes

Penelitian yang dilakukan Peter A. Blume (2008) mendapatkan hasil mengenai keamanan *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) yang dibandingkan dengan *Advanced Moist Wound Therapy* (AMWT). Pasien yang tidak mengalami komplikasi ulkus diabetic adalah 164 dari 169 (97,0%) untuk NPWT dan 162 dari 166 (97,6%) untuk AMWT. Pasien dirawat di Rumah Sakit atau mendapatkan perawatan di pelayanan Rawat Jalan. Dalam menilai keamanan, tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok diamati pada komplikasi terkait pengobatan seperti infeksi, selulitis, dan osteomielitis pada 6 bulan.

Penelitian *Case Control Study* Ali M. Lone dkk (2014), melakukan penelitian terhadap keamanan NPWT. Penilaian keamanan ditinjau dari adanya organisme pada luka dan adanya organisme dalam kultur darah. Organisme dominan berbudaya dari luka pada pasien kelompok A adalah Pseudomonas aeruginosa pada 11 (39,3%) dan

Acinetobacter baumannii dalam empat (14,3%) dan dari luka di Grup B adalah P. aeruginosa pada 13 (46,4%) dan Klebsiella di empat (14,3%). Kultur darah positif dalam 10 (35,7%) pasien di Grup A dibandingkan dengan 14 (50%) pasien di Grup B. Organisme dominan dari kultur darah pada pasien Grup A adalah P. aeruginosa, Staphylococcus aureus, dan Klebsiella pneumoniae dalam empat (40%), empat (40%), dan dua (20%), masing-masing. Pada pasien Grup B, dominan organisme dari kultur darah adalah S. aureus dalam empat (28,6%) pasien, Escherichia coli di tahan methicillin empat (28,6%), diikuti oleh Pseudomonas dalam dua (14,3%), Klebsiella dalam dua (14,3%) dan S. aureus dalam dua (14,3%). Pada sebagian besar pasien di Grup A, kultur darah dilaporkan steril dalam Minggu 1 setelah aplikasi dari NPWT, dibandingkan dengan Minggu 2 di Grup B, setelah memulai pengobatan.

3. **Pengaruh *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) terhadap angka amputasi pada pasien dengan luka diabetes**

Penelitian yang dilakukan Peter A. Blume (2008) mendapatkan hasil mengenai angka amputasi pasien ulkus diabetic yang dilakukan *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) dibandingkan dengan *Advanced Moist Wound Therapy* (AMWT) yaitu Secara signifikan *(P* 0,035) amputasi sedikit diamati pada pasien NPWT (7 dari 169, 4,1%) dibandingkan dengan pasien yang dilakukan AMWT (17 dari 166, 10,2%). Mayoritas amputasi yang dilakuakn (2 dan 13, masing-masing) adalah amputasi minor.

Penelitian *Case Control Study* Ali M. Lone dkk (2014), melakukan penelitian terhadap angka kejadiam amputasi pada intervensi dengan NPWT dibandingkan dengan teknik perawatan luka convensional. Hasil yang diperoleh angka amputasi pada Kel intervensi adalah 1 (3,6%) sampel, sedangkan pada kelompok control adalah 3 (10,7%) orang dengan P= 0,299

4. **Pengaruh *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) terhadap kepuasan pasien dengan pasien luka diabetes**

Penelitian Asghar Akbari dkk (2007) Uji coba terkontrol secara acak dilakukan untuk mengevaluasi terapi NPWT terhadap tingkat kepuasan pasien dengan luka diabetic. Hasil dari penelitian adalah Kepuasan pasien sangat baik pada sebagian besar pasien di Grup A dibandingkan dengan yang ada di Grup B, yaitu 22 (78,6%) sampel mengatakan sangat puas dilakuakan perawatan dengan *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) dan 3 (10,7%) sampel mengatakan sangat puas mendapatkan intervensi dengan perawatan luka teknik kinvensional.

PEMBAHASAN

NPWT dapat disarankan sebagai metode baru dalam menyembuhan dari luka diabetes militus dengan merangsang pertumbuhan granulasi jaringan luka kronis, sehingga mengurangi bakteri dan cairan interstitial luka kronis, meningkatkan vaskularisasi dan sitokin berekspresi dan ke mana mekanis mengeksploitasi viscoelasticity jaringan periwound (Armstrong, 2005). NPWT umumnya ditoleransi dengan baik dan dengan beberapa kontraindikasi atau komplikasi, NPWT dapat menjadi andalan perawatan luka saat ini. Penerapan tekanan negatif memungkinkan arteriol membesar, meningkatkan efektifitas sirkulasi lokal, mempromosikan angiogenesis,

yang membantu dalam proliferasi jaringan granulasi (Morykway, 1997). Asghar Akbari dkk (2007) mengamati bahwa pasien yang memakai NPWT memiliki penampilan awal jaringan granulasi dibandingkan dengan pasien yang diobati dengan lembab dressing kasa. Complete (100%) granulasi dicapai sebelumnya dan dalam proporsi yang lebih tinggi dari pasien di Kelompok dengan intervensi NPWT dibandingkan dengan Kelompok convensional. Pengamatan serupa dilakukan dalam serangkaian studi hewan menggunakan sub-atmosfer tekanan tehnik untuk penyembuhan luka (Marykway, 1997). Armstrong dan Lavery melakukan penelitian dan member kesimpulan bahwa penggunaan terapi tekanan negatif mengakibatkan peningkatan laju pembentukan jaringan granulasi dan proporsi yang lebih tinggi dari menyembuhkan luka dibandingkan dengan dressing kasa saline (Armstrong, 2005). Asghar Akbari dkk (2007) mengamati bahwa tingkat penampilan debit luka lebih cepat di Grup A dibandingkan dengan Grup B, yang secara statistik signifikan (p =0,0001), mirip dengan pengamatan yang dilakukan Viously (Prabdeep, 2011).

Dalam penelitian Asghar kolonisasi luka sesuai dengan tingkat 10^5 koloni bakteri per gram jaringan, telah diakui sebagai faktor yang merugikan dalam proses penyembuhan luka. Kultur darah positif kurang dengan pasien di Grup A dibandingkan dengan Grup B. Namun, kultur darah negatif didokumentasikan sebelumnya pada pasien Grup A sebagai pembanding dengan pasien Grup B. Mayoritas luka pada kelompok VAC (78,6%) mengalami penurunan dalam ukuran dibandingkan dengan pada kelompok konvensional (53,6%).

Mark et al. juga telah mengamati bahwa volume luka dan kedalaman menurun secara signifikan di NPWT dressing dibandingkan dengan dressing kasa lembab (Mark 2003). Dapat diamati keamanan NPWT dibandingkan dengan dressing kasa, dalam hal jumlah yang lebih sedikit mengalami amputasi, Kelompok dengan intervensi NPWT lebih sedikit angka amputasinya dibandingkan dengan kelompok yang dilakukan intervensi dengan teknik perawatan luka convensional. Blume et al. juga melaporkan lebih sedikit jumlah amputasi sekunder di NPWT mengobati pasien dibandingkan dengan mereka yang dirawat oleh dressing kasa (Blume, 2008). Armstrong et al. mengamati bahwa NPWT adalah pengobatan yang aman dan efektif untuk kompleks luka kaki diabetes dan dapat menyebabkan proporsi yang lebih tinggi dari menyembuhkan luka, lebih cepat penyembuhan tarif dan berpotensi lebih sedikit re-amputasi dari perawatan standar (Armstrong, 2005).

KESIMPULAN

Penerapan tekanan negatif memungkinkan arteriol membesar, meningkatkan efektifitas sirkulasi lokal, mempromosikan angiogenesis, yang membantu dalam proliferasi jaringan granulasi. *Negative Pressure Wound Therapy* (NPWT) efektif dalam percepatan proses penyembuhan, peningkatan keamanan, menurunkan angka amputasi dan peningkatan kepuasan pasien. NPWT dapat dijadikan teknik perawatan luka atau pengobatan dan penyembuhan luka cepat yang dapat dilakukan di Rumah Sakit untuk pasien dengan luka diabetik.

DAFTAR PUSTAKA

Ali M. Lone, Mohd I. Zaroo, Sheikh A. Bashir (2014). *Vacuum-Assisted Closure Versus Convensional Dressing in The Management of Diabetic Foot Ulcers*. [Cited 10 Desember 2014], available from : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3982118/

Armstrong DG, Lavery LA,(2005). *Diabetic Foot Study Consortium. Negative pressure wound therapy after partial diabetic foot amputation: a multicenter randomized controlled trial*. Lancet; 366: 1704_10.

Asghar Akbari, Hesam Moodi, Fatemah Ghiasi. (2007). *Effects of Vacuum-Compression Therapy on Healing of Diabetic Foot Ulcer.* [Cited 10 Desember 2014], available from :

Blume PA, Walters J, Payne W, Ayala J, Lantis J. (2008). *Comparison of negative pressure wound therapy using vacuum-assisted closure with advanced moist wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcers: a multicenter randomized controlled trial.* [Cited 10 Desember 2014], available from : care.diabetesjournals.org/content/31/4/631.long

Dorthe Seidel, Tim Mathes, Rolf Lefering. (2014). *Negative Preessure Wound Versus Standard Wound Care in Chronic Diabetic Foot Wounds*. [Cited 10 Desember 2014], available from : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25158

Hastuti, R.T.(2008). *Faktor-faktor Resiko Ulkus Diabetika pada Penderita Diabetes Millitus; Studi Kasus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*

Kirby M. (2007). *Negative pressure wound therapy. The british journal of diabetes and vascular disease*.; 7(5). Mark TE, Kellie RB, Gary RS, Jonathan BT, Robert AC. (2003). *Prospective randomized evaluation of negative_pressure wound dressing for diabetic foot wounds*. Ann Vasc Surg; 17: 645_9.

McCallon SK, Knight CA, Valiulus JP, Cunningham MW, McCulloch JM, Farinas LP. (2000). *Vacuum-assisted closure versus saline-moistened gauze in the healing of postoperative diabetic foot wounds*. Ostomy Wound Manage; 46: 28_32.

Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton B, McGuirt W.(1997). *Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treat- ment: animal studies and basic foundation.* Ann Plast Surg; 38: 553_62.

Nain SP, Uppal S, Garg R, Bajaj K, garg S.(2011). *Role of negative pressure wound therapy in healing of diabetic foot ulcers*. Journal of surgical technique and case report.; 3(1). 17-9

Prabhdeep SN, Sanjeev KU, Ramneesh G, Kuljyot B, Shirin G.(2011). *Role of negative pressure wound therapy in healing of diabetic foot ulcers.* J Surg Tech Case Rep

1; 3: 17_22.

Walters,Wyatt Payne. (2008). *Comparison of Negative Pressure Wound Therapy Using Vacuum-Assisted Closure with A Advanced Moist Wound Therapy in The Treatment of Diabetic Foot Ulcers.* [Cited 18 November 2014], available from :www. ebscohost.com/c/articles/27520536/

WHO. (2004). *WHO QOL-BREF Introduction, Administration, Scoring And Generic Version of the Assesment* rev.1. World Health Organization Geneva, Programme on Mental Health. (internet) [Cited 18 November 2014], available from : http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/76.pdf

IbM PENINGKATAN *LIFE SKILLS* PELAJAR SMK (SEKOLAH MENENGAH KEJURUAN) DALAM PENCEGAHAN PMS, HIV/AIDS

Untung Sujianto*, Reni Sulung Utami**

*Dosen Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro
**Dosen Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro

Abstrak

Masa remaja merupakan masa peralihan dari usia kanak-kanak ke usia dewasa. Pada masa tersebut terjadi pertumbuhan yang pesat pada fungsi reproduksi dan terjadi perubahan fisik, psikhis maupun sosial. Remaja yang belum siap terhadap perubahan-perubahan fisik, psikhis maupun sosial dan rasa ingin tahu yang tinggi, mengakibatkan ingin mencoba sesuatu yang baru dan bila tidak diarahkan pada hal yang positif dapat mengakibatkan masalah kesehatan reproduksi seperti kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS. Pengabdian masyarakat ini bertujuan untuk meningkatkan keterampilan hidup remaja atau *life skills* yang meliputi keterampilan berkomunikasi, berfikir kritis dan mengambil keputusan terhadap perilaku merokok, pacaran, seks-pranikah, NAPZA, kontrasepsi, PMS, HIV dan AIDS. Pengabdian masyarakat ini dilaksanakan di dua SMK yaitu SMK N1 dan SMK N 8 Semarang. Jumlah total siswa SMK dalam pelatihan life skills ini berjumlah 138 orang siswa. Hasil need assessment dan wawancara mendalam adalah siswa sangat membutuhkan adanya informasi yang jelas tentang *life skills* dan kesehatan reproduksi remaja. Hasil pengabdian masyarakat ini menunjukkan adanya peningkatan pemahaman yang baik tentang kesehatan reproduksi dan peningkatan ketrampilan hidup remaja (*life Skills*)

Kata kunci : *Life skills*, perilaku berisiko, remaja

PENDAHULUAN

Era globalisasi berdampak pada perubahan yang cepat pada bidang sosial, ekonomi diseluruh dunia dan berpengaruh secara bermakna pada perilaku dan gaya hidup remaja dalam mempersiapkan masa dewasa. Lebih dari 20 tahun yang lalu, pergantian yang cepat pada bidang sosial, politik, dan ekonomi menyebabkan terjadinya perubahan secara radikal terhadap lingkungan remaja di seluruh dunia. Pada satu generasi yang lalu, penyakit-penyakit infeksi merupakan penyebab utama kesakitan (morbidity) dan kematian (mortality) secara global. Sedangkan saat ini faktor sosial, perilaku, dan lingkungan merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian. Era globalisasi juga merubah pola kehidupan remaja dan angka kesakitan dan kematian di seluruh dunia. Hal ini terlihat penyebab kematian penduduk remaja adalah kecelakaan tidak disengaja, HIV/AIDS, penyakit infeksi lainnya, pembunuhan, perang dan cidera lain yang disengaja, dan bunuh diri serta melukai diri sendiri (Robert Blum, 2005).

Masa remaja merupakan masa peralihan dari usia kanak-kanak ke usia dewasa. Pada masa tersebut terjadi pertumbuhan yang pesat pada fungsi reproduksi sehingga mempengaruhi terjadinya perubahan-perubahan perkembangan baik fisik, mental maupun peran sosial. Dampak pertumbuhan dan perkembangan remaja diantaranya adalah perilaku seksual pranikah yang mengakibatnya terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), penyakit menular seksual (PMS), HIVdan AIDS. Pada masa remaja merupakan masa yang labil, yang artinya mudah terpengaruh oleh pergaulan khususnya teman sebaya dan kurang mampu dalam mengambil sikap maupun keputusan bagi diri remaja. Hal ini dapat ditunjukkan dari beberapa hasil penelitian remaja tentang perilaku seks pranikah di beberapa kota besar seperti Denpasar berkisar antara 26–29 persen, Bandung sebanyak 20,2 persen , Bogor sebanyak 30 persen dan Sukabumi sebesar 26,5 persen (UNFPA, 2002). Dampaknya adalah kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) semakin meningkat. Perkiraan angka nasional kejadian aborsi adalah sekitar 2 juta kasus per tahun, yang berarti 37 aborsi per 1000 wanita usia 15-49 tahun yang kejadiannya 53 persen dilakukan di perkotaan. (Budi Utomo *et.al*, 2001). Demikian juga dampak lain dari perilaku seksual pranikah yang tidak aman adalah risiko tertularnya HIV AIDS. Kasus HIV/AIDS di Indonesia sudah mencapai tingkat yang tinggi atau berisiko. Pada akhir September 2011 secara kumulatif sebesar 26.508 kasus dengan rincian 4.917 orang dengan AIDS dan 21.591 orang positif HIV, dimana dari kasus AIDS tersebut terjadi pada usia produktif (45,9 persen kelompok usia 20-29 tahun dan sekitar 31,1persen pada kelompok usia 30-39 tahun). Masa inkubasi AIDS adalah antara 5-10 tahun, sehingga dapat diprediksi bahwa kelompok golongan usia antara 20-29 tahun telah terinfeksi sejak usia antara 15-24 tahun yaitu masa remaja. Pola risiko penyebaran HIV/AIDS adalah heteroseksual sebesar 78,8 persen; IDU sebesar 9,4 persen; LSL sebesar 2,8 persen; transmisi perinatal sebesar 3,3 persen dan penyebab lainnya yang tidak diketahui adalah sebesar 5,5 persen. Kasus AIDS terbanyak sampai September tahun 2011 adalah Jawa Tengah, Papua, Bali, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Sulawesi Utara, Papua Barat, Nusa Tenggara Barat, Sumatera Selatan (Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2011).

Kebijakan Pemerintah RI terhadap Pendidikan Seks sampai saat ini belum resmi ditetapkan dalam kurikulum di sekolah. Pendidikan Seks masih diserahkan pihak sekolah baik materi dan cara pengajaran yang sesuai dengan keinginan sekolah. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Indonesia (BKKBN) adalah Badan pemerintah yang bertanggung jawab tentang kesehatan reproduksi di Indonesia, termasuk penilaian kebutuhan masyarakat, pengembangan dan mengadakan program kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Meskipun BKKBN berhasil mempromosikan penggunaan alat-alat kontrasepsi dan keluarga berencana sejak tahun 1980-an, semua program dalam bidang ini difokuskan pada wanita yang sudah menikah dengan tujuan mengurangi jumlah penduduk Indonesia.

Berdasarkan fenomena tersebut, maka saya ingin meningkatkan pemahaman remaja dan meningkatkan life skills remaja melalui pengabdian masyarakat di SMK kota Semarang.

Fokus IbM (Pengabdian Masyarakat)

Pengabdian masyarakat ini dilaksanakan di 2 SMK Negeri Semarang yaitu SMK N 1 sejumlah 114 siswa dan SMK N 8 sejumlah 36 Siswa. Yang mendapatkan pelatihan

Life Skills ini adalah remaja yang berusia 15-19 tahun. Pengabdian masyarakat ini dilaksanakan pada bulan Agustus-November 2014. Adapun IbM atau pengabdian masyarakat ini menggunakan modul life skills yang dibantu oleh fasilitator dan mahasiswa.

HASIL

A. Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana yang dimulai dari Koordinasi awal dengan mitra I dan mitra II untuk menyepakati tempat dan waktu pelatihan, koordinasi dengan para pembicara dalam kegiatan pelatihan, penyusunan materi dan modul pelatihan, menggandakan materi dan modul sejumlah peserta maupun belanja alat dan bahan yang diperlukan untuk pelatihan. Kemudian kegiatan yang telah dilaksanakan pada mitra I SMKN 8 dan Mitra II SMKN I yaitu melakukan wawancara, penyampaian materi *life skills* merokok, pacaran, seks-pranikah, NAPZA, kontrasepsi, PMS, HIV dan AIDS, praktik *life skills* merokok, pacaran, seks-pranikah, NAPZA, kontrasepsi, PMS, HIV dan AIDS dan telah melakukan MONEV terhadap ketrampilan *life skills* melalui angket yang mencakup *life skills*: merokok, pacaran, seks-pranikah, NAPZA, kontrasepsi, PMS. HIV dan AIDS melalui berbagai metode pengajaran yaitu ceramah, diskusi, permainan dst.

B. Hasil pengukuran life skills

Pengukuran *life skills* pada pengabdian masyarakat ini diukur dengan 22 item kasus, dimana siswa SMK di minta untuk memberikan pendapat sesuai dengan *life skills* atau kemampuan dalam perilaku merokok, media pornografi, *drug abuse*, pacaran, seks pra-nikah, kehamilan, penggunaan kontrasepsi, aborsi dan risiko terjadinya IMS dan HIV/AIDS. Hasilnya diketahui bahwa rata-rata *life skills* remaja sebagian besar lebih dalam kategori kurang.

Adapun hasil *life skills* remaja sebelum diberikan pelatihan adalah sebagai berikut pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.1. Sebaran subyek menurut *life skills* atau keterampilan hidup (N=138) sebelum pelatihan

Variabel *Life Skills*	Jumlah (%)
1. Merokok	
Tidak mampu	41 (30)
Mampu	97 (70)
2. Media pornografi	
Tidak mampu	97 (70)
Mampu	41 (30)
3. *Drug abuse*/ narkoba	
Tidak mampu	28 (20)

Mampu	110 (80)
4. Berpacaran	
Tidak mampu	69 (50)
Mampu	69 (50)
5. Seks pra-nikah	
Tidak mampu	55 (40)
Mampu	83 (60)
6. Pencegahan kehamilan	
Tidak mampu	55 (40)
Mampu	83 (60)
7. Pemakaian kontrasepsi	
Tidak mampu	62 (45)
Mampu	76 (55)
8. Aborsi	
Tidak mampu	69 (50)
Mampu	69 (50)
9. IMS, HIV/AIDS	
Tidak mampu	41 (30)
Mampu	97 (70)

Pada tabel 3.1. diatas terlihat bahwa *life skills* dalam kategori tidak mampu tertinggi adalah media pornografi sebesar 70%, sedangkan yang terendah adalah drugs abuse/narkoba sebesar 20%. Hal ini menunjukkan bahwa secara psikologis remaja masih mengalami masa yang labil dan belum dapat berfikir secara rasional. Selain itu, life skills remaja yang masih kurang dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah adat istiadat, budaya, agama, dan kurangya informasi dari sumber yang benar (Pangkahila, 2007).

Adapun setelah diberikan pelatihan tentang *life skills*, terlihat adanya peningkatan *life skills* yang ditunjukkan pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.2. Sebaran subyek menurut *life skills* atau keterampilan hidup setelah Pelatihan (N=138)

Variabel *Life Skills*	Jumlah (%)
1. Merokok	
Tidak mampu	21 (15)
Mampu	117 (85)
2. Media pornografi	
Tidak mampu	69 (50)
Mampu	69 (50)
3. *Drug abuse*/ narkoba	
Tidak mampu	21 (15)
Mampu	117 (85)
4. Berpacaran	
Tidak mampu	48 (35)

Mampu	90 (65)
5. Seks pra-nikah Tidak mampu Mampu	 28 (20) 110 (80)
6. Pencegahan kehamilan Tidak mampu Mampu	 28 (20) 110 (80)
7. Pemakaian kontrasepsi Tidak mampu Mampu	 35 (25) 104 (75)
8. Aborsi Tidak mampu Mampu	 28 (20) 110 (80)
9. IMS, HIV/AIDS Tidak mampu Mampu	 14 (10) 124 (90)

Pada tabel 3.1. diatas terlihat bahwa *life skills* dalam kategori tidak mampu tertinggi adalah media pornografi sebesar 50%, sedangkan yang terendah adalah IMS, HIV/AIDS sebesar 10%. Hasil pelatihan yang ditunjukkan pada tabel 3.1 dan 3.2 memperlihatkan hasil peningkatan *life skills* sebelum dan setelah pelatihan. Setelah pelatihan yang ditunjukkan pada tabel 3.2 menunjukkan bahwa mayoritas *life skills* remaja menunjukkan peningkatan yang signifikan setelah diberikan pelatihan "Life Skills pada remaja". *Life skills* ini meliputi keterampilan dalam menghindari perilaku merokok, narkoba, akses media pornografi, pacaran yang berisiko, seks pra-nikah, kehamilan, pemakaian kontrasepsi, dan aborsi. *Life skills* yang meningkat ini juga ditemukan pada pelatihan yang difokuskan pada *life skills* yang sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan pada remaja (Kittisuksathi, 2005; Griffin *et al*.,2004).

Life skills yang meningkat ini teridentifikasi pada evaluasi yang telah dilakukan setelah pelatihan. Responden telah mampu berifikir secara kritis dan kreatif, berkomunikasi dengan baik, mengambil keputusan secara tepat dan memecahkan masalah dengan baik. Metode pelatihan partisipatif yang meliputi ceramah, diskusi, curah pendapat, bermain peran, tayangan vidio dan permainan telah memberikan keterampilan hidup secara bermakna, oleh karena remaja belajar secara nyata, lebih menekankan keterlibatan responden dalam pelatihan dan menerapkan hasil pembelajaran dalam kehidupan di sekolah, sehingga pengetahuan dan keterampilan menjadi lebih baik (Blum, 2005), karena pembelajaran yang hanya berfokus pada teori atau pengatahuan tidak efektif dalam meningkatkan keterampilan pada remaja.

Kesimpulan

1) *Life skills* atau keterampilan hidup remaja yang meliputi pencegahan merokok, narkoba, media pornografi, berpacaran tidak sehat, seks pra-nikah, pencegahan

kehamilan, pemakaian kontrasepsi, tindakan aborsi, IMS, HIV/AIDS masih dalam kategori kurang atau berisiko.

2) Pelatihan " Life Skills" yang berdasarkan kebutuhan dan kondisi remaja melalui pendidikan keterampilan hidup yang terintegrasi pada layanan bimbingan konseling di sekolah sangat efektif dalam memberikan pemahaman kepada remaja tentang pentingnya life skills kesehatan reproduksi
3) Pelatihan " Life Skills pada remaja SMK" di sekolah telah meningkatkan pengetahuan, keterampilan hidup *life skills* perilaku pencegahan merokok, narkoba, media pornografi, berpacaran, seks pra-nikah, pencegahan kehamilan, pemakaian kontrasepsi, tindakan aborsi, IMS, HIV/AIDS sehingga perilaku berisiko pada remaja dapat dikendalikan.

Saran

1) Pelatihan " life Skills atau pendidikan keterampilan hidup" perlu menjadi program dan diterapkan di SMK sebagai upaya dalam merubah perilaku ke arah perilaku yang sehat dan tidak berisiko dan peningkatan keterampilan hidup atau life skills.
2) Akses yang mudah pada informasi kesehatan reproduksi (seksualitas, HIV/AIDS, NAPZA), layanan kesehatan terpadu yang ramah remaja, dan pendidikan keterampilan hidup perlu ditingkatkan secara reguler
3) Perlu adanya dukungan stakeholder tentang pendidikan publik melalui kerjasama antara pemerintah dengan media massa, pelayanan KRR yang terintegrasi: hubungan personal, nilai moral, tanggung jawab dan kesetaraan gender, koordinasi lintas sektor untuk kebijakan (KPA/KPAD, BNN/BNP, DIKNAS, DEPKES, DEPAG, DEPSOS, BKKBN, LSM).

Daftar Pustaka

BANDURA, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: R.J. DICLEMENTE & J.L.

BKKBN. (2008). *Ketrampilan hidup (life skills) dalam program kesehatan reproduksi remaja*. Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi.

Departemen kesehatan RI, Badan Pusat Statistik, BAPENAS. (2008). *Indonesia survei kesehatan reproduksi remaja 2007*. BKKBN. Jakarta.

_____, Heteroseksual Pemicu Utama Penularan HIV di Indonesia, http://ceria.bkkbn.go.id/referensi/substansi/detail/547**, akses tgl 20-2-2010**

Hidayana, IM (2004). *Seksualitas teori dan realitas*. Jakarta : FISIP UI.

Dixon-Mueller R. (2009). Starting Young: Sexual Initiation and ***HIV*** Prevention in Early Adolescence. *British Journal of Social Psychology*, Vol. 13 (1), pp. 100-9

Gunarsa, S. D, & Gunarsa, Y. S. D. *Psikologi Praktis : Anak, Remaja dan Keluarga*. Jakarta : PT. BPK Gunung Mulia. 1995.

Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*, *368*(9547), 1581-1586. doi:10.1016/S0140-6736(06)69662-1.

OUT. LOOK. 1. UN.PA. and *Adolescents*. New York: UN.PA (1997), http://www.path.org/files/Indonesian_16-3.pdf , diakses tgl 19 September 2009

Robert Blum, "Adolescent Health: Global Issues, Local Challenges in 'Growing Up Healthy' the January 2005 edition http://usinfo.state.gov/journals/itgic/0105/ijge/blum.htm, diakses tgl 10 Januari 2010

Simon, S., & Paxton, S. (2004). Sexual risk attitudes and behaviours among young adult Indonesians. *Culture, Health & Sexuality*, *6*(5), 393-409. doi:101080/13691050410001680519.

Soetjiningsih. (2007). *Tumbuh Kembang Remaja Dan Permasalahannya*. Edisi kedua. Jakarta : CV Sagung Seto.

Population Council. Brodening girls horisons : effects of life skill education program in rural uttar prodesh.prerana. New Delhi. 2009. www.popcouncil.org/asia/india.html. Akses tgl 22 Januari 2010.

Sarwono J (2006). Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif. Jogjakarta. Graha Ilmu.

UNICEF Myanmar and Population Council Thailand : A participatory Evaluation of the life skill training program in Myanmar. Population Council.2000. www.popcouncil.org.

Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel, D., et al. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, *368*(9548), 1706-1728. doi:10.1016/S0140-6736(06)69479-8.

HUBUNGAN PELAKSANAAN AMBULASI SETELAH IMOBILISASI 6 JAM DENGAN KEJADIAN HEMATOM PADA PASIEN PASCA ANGIOGRAFI KORONER DIAGNOSTIK DI UPJ RSUP DR. KARIADI SEMARANG

Gigih Sanjaya Putra[1)], Ari Kusumantoro [2)], Yuni Dwi Hastuti[3)]

1) Mahasiswa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: gigihsanjayaputra@gmail.com)
2) Perawat Unit Pelayanan Jantung dan Pembuluh Darah Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang (email: arrykusuma12@gmail.com)
3) Dosen Pengajar Departemen Keperawatan Dewasa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: yudhaby45@gmail.com)

Abstrak

Angiografi koroner diagnostik merupakan prosedur yang dilakukan untuk memvisualisasikan pembuluh darah koroner pada jantung. Prosedur dilakukan dengan memasukkan kateter melalui pembuluh darah di paha atau lengan menuju ke pembuluh koroner di jantung untuk mengamati proses yang menyebabkan/berpotensi menyebabkan gangguan. Tindakan ini merupakan pemeriksaan standar untuk mengetahui penyakit jantung koroner karena dapat menggambarka anatomi pembuluh darah arteri korener mulai dari tempat, elastisitas, aliran darah koroner, morfologi dari lesi dan pembuluh darah koloretal (Olade, 2008). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan kejadian hematom dengan ambulasi setelah imobilasasi 6 jam pasca angiografi koroner diagnostik. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif non eksperimental dengan desain deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 11 orang pasien pasca angioografi diagnostik dengan teknik sampling *consecutive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan karakteristik pasien berdasarkan usia memiliki rata-rata usia 58 tahun, jenis kelamin terbanyak adalah pria sebesar 90.9%,mayoritas pasien memiliki ukuran IMT normal dengan jumlah 9 orang (81.8%), pasien yang memiliki penyakit penyerta (DM) sebanyak 7 orang (63.6%). Dan pasien yang mengkonsumsi obat-obat anti platelet di rumah sebanyak 7 orang (63.6%). Hasil penelitian dengan menggunakan *chi square* didapatkan nilai $\alpha = 0.621$ ($p<0.05$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara ambulasi setelah imobilisasi 6 jam dengan kejadian hematom pada pasien pasca angiografi koroner diagnostik. Saran yang diberikan kepada pihak rumah sakit agar dapat mengevaluasi kembali kejadian hematom dan pelaksanaan imobilisasi 6 jam pasca angiografi koroner diagnostik dalam upaya meningkatkan kenyamanan pada pasien.

Kata kunci : ambulasi, hematom, angiografi

PENDAHULUAN

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah penyakit yang terjadi karena penyempitan pada pembuluh darah arteri koroner. Sekitar 14 juta orang penduduk Amerika menderita penyakit jantung koroner. Setiap tahun, 1,5 juta orang didiagnosis menderita infark miokard akut. Presentase kematian dengan penyakit jantung koroner sangat tinggi, yaitu 500.000 penderita meninggal, yang lainnya berlanjut pada prognosis yang jelek dan mempunyai risiko *mortality* dan *morbility* 1,5-15 kali lebih besar dari seluruh penduduk, meskipun 30% dapat menurunkan *mortality* dari penyakit jantung koroner lebih dari 3 dekade (30 tahun).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2010 menunjukkan bahwa penyakit jantung koroner (30%) merupakan salah satu penyebab kematian terbesar di Indonesia. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi PJK di Indonesia sebesar 1,5%, tertinggi pada kelompok usia 65-74 tahun dan jenis kelamin perempuan, sedangkan prevalensi PJK di Jawa Tengah sebesar 1,4%. Beberapa alternatif untuk membantu menurunkan angka *mortality* dan *morbidity* pada penyakit jangtung koroner, antara lain : unit perawatan koroner, bedah *bypass*, terapi trombolitik, *angioplasty* dan kemauan untuk memodifikasi gaya hidup sehat (Pherson, 2010).

Angiografi koroner diagnostik merupakan prosedur yang dilakukan untuk memvisualisasikan pembuluh darah koroner pada jantung. Prosedur dilakukan dengan memasukkan kateter melalui pembuluh darah di paha atau lengan menuju ke pembuluh koroner di jantung untuk mengamati proses yang menyebabkan/berpotensi menyebabkan gangguan. Tindakan ini merupakan pemeriksaan standar untuk mengetahui penyakit jantung koroner karena dapat menggambarka anatomi pembuluh darah arteri korener mulai dari tempat, elastisitas, aliran darah koroner, morfologi dari lesi dan pembuluh darah koloretal (Olade, 2008). Keselamatan pasien sudah menjadi isu penting baik global maupun nasional karena semakin banyaknya kasus *medical error* yang terjadi di berbagai Negara. Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan jasa sangat memiliki peran penting dalam kehidupan masyarakat.

Pasien yang telah dilakukan angiografi koroner diagnostik akan mengalami hospitalisasi dan *bedrest*. Hal ini untuk mencegah terjadinya perdarahan dan hematom. Namun, *bedrest* dalam waktu yang lama dapat menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien dan pembatasan pergerakan pada pasien. Sehingga, diperlukan waktu yang sesuai agar pasien dapat merasa nyaman setelah dilakukan angiografi koroner diagnostik dan tidak terjadi komplikasi pasca angiografi koroner diagnostik.

Rezaie, et.al pada tahun 2008 telah meneliti efek dari tiga posisi yang diberikan kepada pasien setelah kateterisasi jantung pada denyut jantung, tekanan darah dan komplikasi pembuluh darah setelah kateterisasi jantung. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa rerata denyut jantung dan tekanan darah pasien pada kelompok intervensi 6 dan 8 jam pertama lebih rendah dibandingkan pasien pada kelompok kontrol. Selain itu juga di dapatkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna pada kejadian komplikasi perdarahan pada 3, 6 dan 8 jam setelah kateterisasi diantara kelompok kontrol dan intervensi. Hasil penelitian Mohhammady, et. al. pada tahun 2013 menunjukkan bahwa rentang waktu untuk melakukan ambulasi dini dan mobilisasi berada pada rentang 2-10 jam pasca dilakukan tindakan angiografi koroner diagnostik

Di Amerika Serikat, angiografi dianggap sebagai standar emas untuk diagnosis, evaluasi, dan pengobatan penyakit jantung. Meskipun telah mengurangi morbiditas dan

mortalitas penyakit kardiovaskular, prosedur invasif tersebut tidak bebas dari komplikasi-komplikasi (PA-PSRS, 2007).

Menurut *Turkish Society of Cardiology* (2007) komplikasi PCI/PAC yang timbul dibagi menjadi komplikasi mayor dan minor. Komplikasi mayor antara lain: reoklusi akut, miokard infark, disritmia, pendarahan hebat di selangkangan, diseksi aorta, tamponade jantung, gagal jantung akut, bahkan kematian. Sedangkan komplikasi minor antara lain: oklusi cabang pambuluh darah koroner, hipotensi, kehilangan darah, thrombus arteri, emboli koroner dan sistemik, dan penurunan fungsi ginjal karena media kontras (Nuray,et.al. 2007). Salah satu komplikasi pasca angiografi koroner diagnostik adalah terjadinya hematom pada bagian area penusukan (femoralis). Kobrossi, et.al pada tahun 2014 juga menunjukkan hematom lebih dari 5 cm terjadi sebanyak 1,4% setelah ambulasi 3 jam pasca PCI dan 1,7% setelah ambulasi 6 jam pasca PCI.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti selama 1 minggu di ruangan UPJ RSUP Dr. Kariadi didapatkan bahwa terkait komplikasi yang terjadi, belum dilakukan penelitian lebih lanjut di rumah sakit tersebut, selain itu SOP (standar operasional pelaksanaan) ambulasi pasca angiografi koroner diagnostic belum ada. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui pelaksanaan ambulasi setelah imobilisasi 6 jam terhadap kejadian hematom pada pasien pasca angiografi koroner diagnostik.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan ambulasi setelah imobilisasi 6 jam dengan kejadian hematom pada pasien pasca angiografi koroner diagnostik di UPJ RSUP Dr. Kariadi Semarang.

METODE

Jenis penelitian adalah kuantitatif non eksperimental dengan desain deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional*. Cara penetapan responden menggunakan teknik *consecutive sampling* yang dilakukan pada tanggal 25 mei – 5 juni 2015 dengan besar sampel sebanyak 11 responden. Instrument penelitian yang digunakan berupa kuesioner karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, IMT, penyakit penyerta, dan obat-obat yang dikonsumsi di rumah dan kuesioner pelaksanaan ambulasi serta lembar observasi kejadian hematom.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1.1. Usia pasien UPJ RSUP Dr. Kariadi Semarang bulan Mei-Juni 2015, (n=11)

Variabel	Mean	Min	Max
Umur	58	47	63

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia pasien adalah 58 tahun.

Tabel 1.2. Karakteristik Pasien UPJ RSUP Dr. Kariadi Semarang, bulan Mei-Juni 2015 (n=11)

Variabel	F	Persentase
Jenis Kelamin		
1. Pria	10	90.9

2. Wanita	1	9.1
IMT		
1. Kurang dari 18.5	0	0
2. Normal 18.5-24.9	9	81.8
3. Lebih 25-29.9	2	18.2
4. Obesitas ≥ 30	0	0
Penyakit penyerta		
1. Ada	7	63.6
2. Tidak ada	4	36.4
Obat yang dikonsumsi		
1. Ada	7	63.6
2. Tidak ada	4	36.4

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa responden dengan jenis kelamin pria sebanyak 10 orang (90.9%). Responden memiliki nilai IMT normal sebanyak 9 orang (81.8%). Responden yang tidak memiliki penyakit penyerta sebanyak 4 orang (36.4%). Responden yang tidak mengkonsumsi obat-obat di rumah sebanyak 4 orang (36.4%).

Tabel 1.3
Pelaksanaan ambulasi setelah imobilisasi 6 jam berdasarkan karakteristik responden di UPJ RSUP Dr. Kariadi Semarang, bulan Mei-Juni 2015, (n=11)

Variabel	Ambulasi		Total
	Baik	Kurang baik	
Jenis Kelamin			
1. Pria	9	1	10
2. Wanita	1	0	1
IMT			
1. Kurang dari 18.5	0	0	0
2. Normal 18.5-24.9	8	1	9
3. Lebih 25-29.9	2	0	2
4. Obesitas ≥ 30	0	0	0
Penyakit penyerta			
1. Ada	7	0	7
2. Tidak ada	3	1	4
Obat yang dikonsumsi			
1. Ada	7	0	7
2. Tidak ada	3	1	4

Tabel 1.3 menunjukkan bahwa pelaksanaan ambulasi kurang baik pada jenis kelamin pria sebanyak 1 orang. Pelaksanaan ambulasi kurang baik pada responden nilai IMT normal sebanyak 1 orang. Pelaksanaan ambulasi kurang baik pada responden yang tidak memiliki penyakit penyerta sebanyak 1 orang. Dan pelaksanaan ambulasi kurang baik pada responden yang tidak mengkonsumsi obat-obatan di rumah sebanyak 1 orang.

Tabel 1.4
Kejadian hematom berdasarkan karakteristik responden di UPJ RSUP Dr. Kariadi Semarang, bulan Mei-Juni 2015, (n=11)

Variabel	Hematom		Total
	Terjadi	Tidak terjadi	
Jenis Kelamin			
1. Pria	0	10	10
2. Wanita	1	0	1
IMT			
1. Kurang dari 18.5	0	0	0
2. Normal 18.5-24.9	1	8	9
3. Lebih 25-29.9	0	2	2
4. Obesitas ≥ 30	0	0	0
Penyakit penyerta			
1. Ada	1	6	7
2. Tidak ada	0	4	4
Obat yang dikonsumsi			
1. Ada	0	7	7
2. Tidak ada	1	3	4

Tabel 1.4 menunjukkan bahwa hematom terjadi pada 1 orang wanita. Pada reponden dengan nilai IMT normal, hematom terjadi pada 1 orang. Hematom juga terjadi pada responden yang memiliki penyakit penyerta sebanyak 1 orang. Hematom terjadi pada responden yang tidak mengkonsumsi obat-obatan di rumah sebanyak 1 orang.

Tabel 1.5
Hubungan pelaksanaan ambulasi setelah imobilisasi 6 jam dengan kejadian hematom pada pasien pasca angiografi koroner diagnostik di UPJ RSUP Dr. Kariadi Semarang, bulan Mei-Juni 2015, (n=11)

Ambulasi	Hematom	Hematom		Total	p *value*
		Terjadi	Tidak terjadi		
Ambulasi	Baik	1	8	9	0.621
	Kurang baik	0	2	2	
Total		1	10	11	

Tabel 1.5 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pelaksanaan ambulasi setelah imobilisasi 6 jam dengan kejadian hematom pada pasien pasca angiografi koroner diagnostik di UPJ RSUP Dr. Kariadi Semarang, *p value* 0.621 (> 0.05).

PEMBAHASAN

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa usia rata-rata pasien di UPJ Rumah Sakit Kariadi Semarang adalah 58 tahun. Menurut Perry dan Potter (2009), pada rentang usia 30-60 tahun, rentan terhadap berbagai penyakit, diantaranya penyakit jantung dan sistem vaskuler, hipertensi, obesitas dan lain-lain, sehingga berisiko tinggi terjadinya arteriosklerosis pada pembuluh darah arteri yang dapat menimbulkan pengapuran atau kekauan pada lumen pembuluh darah.

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa pasien dengan IMT normal sebanyak 9 orang (81.8%) dan IMT lebih sebanyak 2 orang (18.2%). Hal ini karena orang dengan IMT normal memiliki massa otot polos pada pembuluh darah yang ideal, sehingga jika terjadi cedera pembuluh darah, makan akan merangsang kontraksi otot polos yang menyebabkan vasoknstriksi pembuluh darah yang terluka untuk menghentikan perdarahan (Guyton dan Hall, 2006). Kemudian, pasien dengan penyakit penyerta (DM) sebanyak 7 orang (63.6%). Pasien dengan DM akan mengalami poliuri, sehingga terjadi hemokonsentrasi pada cairan dalam pembuluh darah yang mnegakibatkan terjadinya pembekuan darah lebih cepat terjadi. Kemudian, pasien yang mengkonsumsi obat-obat di rumah sebanyak 7 orang (63.6%). Hampir semua pasien dalam penelitian ini mengkonsumsi obat anti platelet (aspilet, clopidogrel). Hal ini karena selain di tanggung oleh BPJS, selain itu karena aspilet termasuk antiplatelet yang bekerja dengan cara menghambat pembentukan hormone dalam tubuh yang dikenal *prostaglandin.* Namun, efeknya darah lambat membuka menyebabkan pendarahan berlebihan bisa terjadi (Schror, 2009). Sedangkan clopidogrel, obat ini mengurangi terjadinya thrombosis atau gumpalan darah bila lapisan aterosklerosis mengalami rupture.

Tabel 1.5 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikasn antara ambulasi setelah imobilisasi 6 jam dengan kejadian hematom dengan nilai $\alpha = 0.621$ ($p = 0.05$). Hasil penelitian ini didapatkan hasil bahwa *p value* = 0.621 (> 0.05), yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pelaksanaan ambulasi setelah imobilisasi 6 jam dengan kejadian hematom pada pasien pasca angiografi koroner diagnostik di UPJ RSUP Dr. Kariadi Semarang. Hal ini didukung oleh penelitian Panggabean (2011) yang menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kejadian hematom setelah dilakukan ambulasi dini 2 jam dan 8 jam. Kobrossi, et.al (2014) menyatakan bahwa kejadian hematom tidak terjadi pasca ambulasi 3 jam. Kemudian, Mohammady, et.al (2013) dalam study Meta analisis yang melibatkan 1115 responden menyatakan bahwa durasi *bedrest* pasca dilakukan PAC dan PCI berada pada rentang 2-10 jam, tidak ada perbedaan yang signifikan antara ambulasi yang dilakukan 2-10 jam dengan terjadinya perdarahan, pseudoaneurysm, areteriovenous fistula dan masalah perkemihan. Namun, apabila dilakukan lebih cepat tidak membawa dampak apapun dan aman dilakukan. Sehingga, waktu 2 – 3 jam untuk melakukan ambulasi pada pasien pasca angiografi koroner diagnostik dapat dilakukan

KESIMPULAN

Tidak ada hubungan yang signifikan antara ambulasi setelah imobilisasi 6 jam dengan kejadian hematom pada pasien pasca angiografi koroner diagnostik di UPJ RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan nilai α = 0.621 (p = 0.05). Selain itu, Pelaksanaan ambulasi dini 2-3 jam memiliki efek yang baik untuk mengurangi kejadian hematom dan komplikasi lain pasca angiografi koroner diagnostik.

SARAN

Bagi Rumah Sakit, agar dapat mengevaluasi kembali kejadian hematom dan pelaksanaan imobilisasi 6 jam pasca angiografi koroner diagnostik dalam upaya meningkatkan kenyamanan pada pasien.

Bagi Instansi Pendidikan, Dapat menjadi referensi bagi ilmu keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien pasca angiografi koroner diagnostik

Bagi Penelitian Selanjutnya, Dapat menjadi data dasar dan rekomendasi untuk melakukan penelitian selanjutnya terkait pasien yang dilakukan angiografi koroner diagnostik.

DAFTAR PUSTAKA

Farmanbar, R,et.al. 2008. *The Effect of Post Coronary Angiography Bedrest Time on Vascular Complications.* Journal The Univ Heart Ctr 4. 225-228

Mahgoub, A.et.al. 2013. *Impact Of Early Ambulation On Patients' Outcome Post.* Journal of Education and Practice. Vol 4, no. 28, 2013.

Mohammady, M.et.al. 2013. *Bed Rest Duration After Sheath Removal Following Percutaneous*. Journal of Clinical Nursing. http://kardioipdrscm.com/portfolio/pemeriksaan-diagnostik invasif/#sthash.2QVoV6DS.dpuf. Diakses tanggal 20 mei 2015

Panggabean, H. Nurachmah, E. Kuntarti. 2011. *Perbedaan Pengaruh Ambulasi Dini 2 Jam Dengan Ambulasi 8 Jam Terhadap Kejadian Perdarahan Pada Pasien Pasca Angiografi Koroner Diagnostik Di Rsup Hj. Adam Malik Medan.* Tesis. Jakarta : Universitas Indonesia

American Heart Association. 2011. *Rsik factors and Coronary Heart Disease.* http://www.americanheart.org/presenter.jthml?identifier=4276. Diakses tanggal 20 mei 2015

Guyton, Arthur, C. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 11. Jakarta : EGC

National Heart Lung and Blood Institute. 2009. *Coronary Artery Disease.* http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/diseases/cad/CAD_Treatments.html. diakses 20 Mei 2015

Rezaei, et.al. 2008. *The Effect Of Three Positioning Methods On Patient Outcomes After Cardiac Catheterization.* Journal of Advanced Nursing 64, (2), 417-424

Satroasmoro, S. & Ismael, S. 2008. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 3. Jakarta : Sagung Seto

Semeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2002). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth. Edisi 8*, Volume 2, Jakarta : EGC.

Djohan, T.B.A. (2004). *Penyakit Jantung Dan Hipertensi.* http://library.usu.ac.id/download/fk/gizi-bahri10.pdf. diperoleh 6 Juni 2015

Supriyono & Mamad. (2008). *Faktor-Faktor Risiko Kejadian Penyakit Jantung Koroner (PJK) Pada Kelompok Usia < 45 Tahun. (Studi Kasus di RSUP Dr.Kariadi Semarang dan RS Telogorejo Semarang)*, http://eprints.undip.ac.id/6324/. Diperoleh 6 Juni 2015.

Mertha, Made, I. (2010). *Pengaruh Latihan Aktifitas Rehabilitasi Jantung Fase I Terhadap Efikasi Diri Dan Kecemasan Pasien Penyakit Jantung Koroner Di RSUP Sanglah Denpasar*. Tesis. Universitas Indonesia

GAMBARAN PERUBAHAN TANDA VITAL DAN KECEMASAN SETELAH DIBERIKAN TERAPI MASSASE: PUNGGUNG ATAS DENGAN PUNGGUNG BAWAH PADA PASIEN GAGAL JANTUNG KONGESTIF (CHF) DI UPJ RSUP dr. KARIADI SEMARANG

Yulia Nurlailla[1)], Ari Kusumantoro[2)], Ns. Yuni Dwi Hastuti[3)]

1) Mahasiswa Profesi Ners Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: yulianurlailla@gmail.com)
2) Perawat Klinik RSUP dr. Kariadi Semarang
3) Staf Pengajar Departemen Keperawatan Dewasa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (email: yudhaby45@gmail.com)

Abstrak

CHF adalah suatu ketidakmampuan miokardium untuk memompa darah dengan cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh Gejala yang dapat ditimbulkan berupa perasaan cemas dan perubahan tanda vital. Massase merupakan bentuk sentuhan yang sistematis yang dapat menurunkan kecemasan pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran perubahan tanda vital (TD, HR, RR) dan kecemasan setelah diberikan terapi masase punggung atas dengan massase punggung bawah pada pasien CHF di UPJ RSUP dr. Kariadi. Metode penelitian menggunakan desain deskriptif eksperimental dengan kelompok intervensi massase punggung atas, massase punggung bawah, dan kelompok kontrol. Sample penelitian berjumlah 6 reponden dengan masing-masing kelompok terdiri dari 2 responden yang diambil dengan teknik *nonprobability consekutive* sampling. Massase dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan evaluasi pre-test post-test menggunakan Spygmomanomater dan stetoskop untuk mengukur TD, jam tangan untuk mengukur HR dan RR, serta kuesioner kecemasan SAI. Hasil dari penelitian menunjukkan adanya perbedaan perubahan TD, HR, RR, dan Kecemasan antara post intervensi massase punggung atas, punggung bawah dan kelompok kontrol. Pemberian massase punggung atas memiliki tingkat perubahan TD, HR, dan kecemasan yang lebih besar dibandingkan massase punggung bawah dan kelompok kontrol, sedangkan pemberian massase punggung bawah memiliki tingkat perubahan yang lebih besar dibandingkan kelompok kontrol. Massase punggung bawah lebih dapat menurunkan TD diastolik dibandingkan dengan massase punggung atas. Dapat disimpulkan bahwa pemberian massase punggung atas lebih dapat memberikan perubahan TD, HR, RR, dan kecemasan pada pasien CHF dibandingkan dengan massase punggung bawah. Peneliti merekomendasikan agar pihak rumah sakit dapat memberikan intervensi keperawatan melalui massase punggung atas untuk mengatasi kecemasan disertai tanda-tanda vital.

Kata kunci: CHF, massase punggung, tanda vital

PENDAHULUAN

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung kongestif adalah suatu ketidakmampuan miokardium untuk memompa darah dengan cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (Grossman & Brown, 2009). CHF merupakan suatu sindrom klinis sebagai respon terhadap kegagalan ventrikel, yang ditandaioleh kongesti pulmonary, dan /atau kongesti vena sistemik (Marrelli, 2007). Gagal jantung dapat disebakan oleh hipertensi, pengapuran katup jantung, AMI, hipertrofi jantung, aritmia, penyakit tiroid, dan anemia (Dewi, 2014).

CHF memiliki karakteristik gejala komplek yang parah yang sulit dikontrol, memiliki prevalensi yang tinggi untuk kembali ke rumah sakit dan memiliki morbiditas dan mortalitas yang tinggi. WHO (2012) menunjukkan bahwa pada tahun 2008 terdapat 17 juta atau 48% pasien di dunia meninggal dengan penyakit kardiovaskuler. Resiko kematian CHF berkisar antar 5-10% pertahun pada angka 30-40% pada CHF berat. Prevalensi CHF di Amerika pada tahun 2010 sebanyak 6,6 juta jiwa dan diperkirakan akan bertambah sebanyak 3,3 juta jiwa pada tahun 2030 (*American Heart Association*, 2012). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2013 menunjukkan bahwa 9,7% penderita sakit jantung di Indonesia meninggal karena CHF. Kumalasari (2013) menemukan sebanyak 44 (991,7%) dari 48 pasien dengan gagal jantung yang dirawat di HCU dan ICU RSUP dr. Kariadi meninggal dunia dengan keadaan CHF maupun komplikasi dari CHF.

Gejala-gejala yang dapat ditimbulkan dari CHF meliputi gejala fisik maupun psikologis. Pasien biasanya akan mengalami dispnea/takipnea, batuk, letargi dan kelelahan, tekanan darah tinggi, rendah atau normal, takikardi/aritmia, peningkatan JVP, penurunan saturasi oksigen, edema, dan masih banyak lagi (Muttaqin, 2009). Selain itu pasien juga akan mengalami gejala psikologis seperti perasaan cemas, depresi, dan tidak nyaman. Hampir semua pasien menyadari bahwa organ jantung merupakan organ yang penting, dan ketika jantung mengalami masalah atau kerusakan maka kesehatan akan terancam. Black (2005) dalam Ihdaniyati dan Arifah (2009) menjelaskan bahwa ketika penyakit yang diderita meningkat dan manifestasinya memburuk, pasien sering memiliki ketakutan yang berlebihan karena cacat permanen dan kematian. Pasien mengekspresikan ketakutannya dengan berbagai cara seperti mimpi buruk, insomnia, kecemasan akut, depresi, dan memungkiri kenyataan. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Moser et al (2010) menemukan lansia dengan penyakit jantung memiliki tingkat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi dibandingkan lansia yang tidak memiliki penyakit jantung dan tingkat depresi lansia dengan gagal jantung signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan penyakit jantung lainnya (post AMI, dan post CABG).

Kecemasan merupakan perasaan khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan dapat ditimbulkan oleh bahaya dari luar atau bahaya dari dalam diri seseorang. Bahaya dari dalam timbul apabila terdapat suatu hal yang tidak dapat diterima seperti pikiran, perasaan, keinginan, dan dorongan (Gunarsa, 1986).

Kecemasan ini dapat ditandai dengan perasaan takut tanpa alasan yang jelas, gelisah, gemetar, berkeringat, dan denyut nadi yang meningkat. Berdasarkan observasi dan wawancara yang dilakukan pada pasien dengan gagal jantung di ruang UPJ (Unit Perawatan Jantung) RSUP dr. Kariadi selama 7 hari didapat 8 dari 12 pasien mengatakan merasa takut dengan penyakit yang dideritanya. Pasien dengan usia yang lebih muda lebih merasa cemas dibandingkan pasien lansia. Pasien merasa takut jika penyakitnya tidak dapat disembuhkan dan akan berpengaruh pada aktivitas sehari-harinya nanti, selain itu pasien juga takut jika penyakitnya berujung pada kematian.

Kecemasan dapat diturunkan dengan meningkatkan kenyamanan pasien dengan memberikan suatu intervensi seperti edukasi, sentuhan, komunikasi, distraksi, maupun massase. Massase merupakan bentuk sentuhan yang sistematis yang memanipulasi jaringan lunak tubuh untuk mempromosikan kenyamanan dan penyembuhan (Chen et.al, 2013). Massase terbukti dapat menurunkan kecemasan pasien dengan melancarkan peredaran darah dan pengeluaran hormone endorphin. Chen et al (2013) dalam penelitiannya membuktikan bahwa pemberian massase punggung secara signifikan efektif untuk menurunkan kecemasan pada pasien gagal jantung. Selain itu Hajbaghery, Abasi, dan Beheshtabad (2014) juga membuktikan bahwa massase seluruh tubuh dapat menurunkan kecemasan dan menstabilkan tanda-tanda vital pasien AMI dan ACS. Penelitian tersebut membuktikan bahwa pemberian massase yang dilakukan pada seluruh bagian tubuh atau hanya sebagian tubuh (punggung) dapat menurunkan kecemasan pada pasien penyakit jantung. Penelitian-penelitian tersebut telah memberikan informasi bahwa kecemasan pada pasien dengan gagal jantung dapat dikurangi dengan memberikan intervensi massase, namun dalam penelitian tersebut belum diketahui bagian tubuh mana yang lebih efektif untuk diberikan massase dalam menurunkan kecemasan. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui bagian tubuh manakah yang lebih memberikan perubahan pada tanda-tanda vital dan kecemaan pasien gagal jantung kongestif dengan melihat gambaran perubahan massase punggung bagian atas dengan punggung bagian bawah.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskritif eksperimental, dengan desain *one group pre-test and post-test* dengan tindakan berulang yang terdiri dari kelompok perlakuan massase punggung atas, massase punggung bawah dan kelompok tanpa perlakuan atau kelompok kontrol. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien di ruang UPJ putra dan putri RSUP dr. Kariadi Semarang yang didiagnosa medis oleh dokter spesialisa jantung menderita CHF. Teknik sampling yang digunakan adalah *non-probability consecutive sampling.* Penelitian dilakukan selama 10 hari (25 Mei-3 Juni 2015) sehingga diperoleh jumlah responden sebanyak 6 pasien dengan masing-masing kelompok studi terdiri dari 2 pasien. Kriteria inklusi penelitian ini adalah pasien yang didignosis gagal jantung NYHA II-IV oleh spesialis jantung dengan GCS 15, pasien

berusia ≥ 17 tahun, pasien mampu berkomunikasi dengan baik, dan pasien telah dirawat minimal 48 jam, sedangkan kriteria eksklusi adalah pasien yang mengalami gangguan hemodinamik dan penurunan kesadaran saat proses penelitian berlangsung. Instrumen yang digunakan adalah sphygmomanometer dan stetoskop untuk mengukur tekanan darah, jam tangan untuk mengukur frekuensi nadi (HR) dan frekuensi napas (RR) selama satu menit, dan kuesioner Spielberger tahun 1983 *State Anxiety Inventory* (SAI) yang merupakan bagian dari STAI form Y dengan *cronbach alpha* 0,83-0,92 yang telah dialih bahasakan dan digunakan dalam penelitian Simanjuntak (2014). Hasil penelitian dianalisis menggunakan analisis univariat yang disajikan dalam bentuk sebaran data dengan membandingkan perubahan tanda vital dan kecemasan pre dan post intervensi setiap hari dan selama 3 hari.

HASIL PENELITIAN

1. Data Demografi Responden

Data demografi responden terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan, kelas NYHA, dan lama didiagnosis gagal jantung. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh penderita gagal jantung di UPJ RSUP dr. Kariadi bulan Mei 2015 rata-rata berusia dewasa madya (50%) dan lansia (50%) serta sebagian besar diderita oleh laki-laki (83%) dengan rata-rata berpendidikan terakhir SMP (33%) dan SMA (33%). Sebagian besar pasien berstatus menikah (67%), menderita CHF NYHA III (100%), dan telah didiagnosis gagal jantung selama 1 tahun (50%).

2. Perubahan TTV dan Kecemasan Post Massase Punggung Atas

Tabel 4.1 Perubahan Rata-Rata Tanda Vital dan Kecemasan Pasien CHF Post Terapi Massase Punggung Atas di UPJ RSUP dr. Kariadi Semarang pada Bulan Mei 2015 (n=2)

Pemeriksaan	Pre Intervensi Mean (SD)	Hari ke 1 Mean (SD)	Hari ke 2 Mean (SD)	Hari ke 3 Mean (SD)
TD Sistolik (mmHg)	120 (14.14)	120 (14.14)	120 (0.00)	120 (0.00)
TD Diastolik (mmHg)	80 (14.14)	75 (7.07)	85 (7.07)	80 (0.00)
HR (x/menit)	79 (8.48)	76.5 (4.94)	74 (5.65)	75.5 (6.36)
RR (x/menit)	28.5 (2.12)	24.5 (0.70)	25 (4.24)	26 (5.65)
Kecemasan	46.5 (13.43)	39.5 (12.02)	27.5 (6.36)	25.5(0.00)

Tabel 4.1 di atas menunjukkan pemberian massase punggung atas dapat menurunkan TD diastolic pada hari ke 1 dan ke 3, menurunkan HR pada hari ke 1, 2, dan 3, serta menurunkan kecemasan pada hari ke 1, 2, dan 3.

3. Perubahan TTV dan Kecemasan post Massase Punggung Bawah

Tabel 4.2 Perubahan Rata-Rata Tanda-tanda Vital dan Kecemasan Pasien CHF Post Terapi Massase Punggung Bawah di UPJ RSUP dr. Kariadi Semarang pada Bulan Mei 2015

Pemeriksaan	Pre Intervensi Mean (SD)	Hari ke 1 Mean (SD)	Hari ke 2 Mean (SD)	Hari ke 3 Mean (SD)
TD Sistolik (mmHg)	145 (7.07)	145 (7.07)	155 (7.07)	150 (0.00)
TD Diastolik (mmHg)	90 (14.14)	75 (21.21)	70 (14.14)	70 (14.14)
HR (x/menit)	86 (2.82)	82 (8.48)	87.5 (2.12)	83 (4.24)
RR (x/menit)	26 (2.82)	26 (2.82)	29 (4.24)	24 (2.82)
Kecemasan	46.5 (17.67)	44 (16.97)	39 (12.72)	31 (8.48)

Tabel 4.2 di atas menunjukkan pemberian massase punggung bawah dapat menurunkan TD sistolik pada hari ke 3, TD diastolic pada hari ke 1 dan 2, menurunkan HR pada hari ke 1 dan 3, menurunkan RR pada hari ke 3, serta menurunkan kecemasan pada hari ke 1, 2, dan 3.

4. Perubahan TTV dan Kecemasan Pre Test-Post Test tanpa Perlakuan

Tabel 4.3 Perubahan Rata-Rata Tanda-tanda Vital dan Kecemasan Pasien CHF Tanpa Terapi Massase Punggung Bawah di UPJ RSUP dr. Kariadi Semarang pada Bulan Mei 2015

Pemeriksaan	Pre Test Mean (SD)	Hari ke 1 Mean (SD)	Hari ke 2 Mean (SD)	Hari ke 3 Mean (SD)
TD Sistolik (mmHg)	95 (21.21)	100 (14.14)	110 (0.00)	120 (0.00)
TD Diastolik (mmHg)	70 (14.14)	65 (21.21)	85 (7.07)	85 (7.07)
HR (x/menit)	73.5 (4.94)	74 (4.24)	71.5 (4.94)	72 (2.82)
RR (x/menit)	28 (2.82)	28.5 (3.53)	23.5 (3.53)	22 (2.82)
Kecemasan	56 (5.65)	55 (5.65)	49 (7.07)	43 2.82)

Tabel 4.3 di atas menunjukkan bahwa tanpa pemberian massase tidak terjadi penurunan TD sistole melainkan terjadi kenaikan, pada TD diastolic terjadi penurunan pada hari pertama namun selanjutnya mengalami peningkatan, HR dapat menurun di hari ke 3, RR menurun di hari ke 2 dan 3, dan kecemasan mengalami penurunan setiap harinya.

5. Perbandingan Perubahan TTV dan Kecemasan Post Massase Punggung Atas, Punggung Bawah, dan Tanpa Perlakukan

Tabel 4.4 Perbandingan Perubahan Rata-Rata Tanda-tanda Vital dan Kecemasan Pasien CHF Post Massase Punggung Atas dengan Post Massase Punggung Bawah dan Kelompok Kontrol di UPJ RSUP dr. Kariadi Semarang pada Bulan Mei 2015

Pemeriksaan	Punggung Atas Mean (SD)	Punggung Bawah Mean (SD)	Kelompok Kontrol Mean (SD)
TD Sistolik (mmHg)	0	+5	+25
TD Diastolik (mmHg)	0	-20	+15
HR (x/menit)	-3.5	-3	-1.5
RR (x/menit)	-2,5	-2	-6
Kecemasan	-21	-15.5	-13

Tabel 4.4 di atas menunjukkan adanya perbedaan perubahan TD, HR, RR, dan Kecemasan antara post intervensi massase punggung atas, punggung bawah dan kelompok kontrol. Pemberian massase punggung atas memiliki tingkat perubahan TD, HR, dan kecemasan yang lebih besar dibandingkan massase punggung bawah dan kelompok kontrol, sedangkan pemberian massase punggung bawah memiliki tingkat perubahan yang lebih besar dibandingkan kelompok kontrol. Massase punggung bawah lebih dapat menurunkan TD diastolik dibandingkan dengan massase punggung atas

PEMBAHASAN

Gagal jantung kongestif (*congestive heart failure*) adalah keadaan patofisiologi dimana jantung tidak stabil untuk menghasilkan curah jantung yang adekuat (Brashers, 2008). Pada tingkat awal, disfungsi komponen pompa secara nyata dapat mengakibatkan gagal jantung. Jika reservasi jantung normal mengalami kepayahan dan kegagalan, terjadi respons fisiologis tertentu pada penurunan curah jantung. Semua respons tersebut menunjukkan upaya tubuh untuk mempertahankan perfusi organ vital tetap normal (Muttaqin, 2009).

Salah satu faktor resiko dari gagal jantung adalah usia, semakin tinggi usia seseorang maka semakin beresiko menderita gagal jantung. Berdasarkan hasil penelitian

diketahui penyakit gagal jantung lebih besar diderita pasien dengan usia dewasa dan lansia. Usia dewasa dan lansia memiliki peluang yang lebih besar menderita CHF dibandingkan dengan usia dewasa menengah ke bawah. Menurut Rahman dalam Farid (2006) orang dengan usia lanjut mengalami perubahan anatomis, fisiologis, dan patologi anatomis. Usia lanjut akan mengalami penebalan dinding ventrikel kiri, meskipun tekanan darah relative normal. Selain itu fibrosis dan klasifikasi katup jantung terutama pada annulus dan katup aorta. Jumlah sel pada nodus SA juga akan mengalami penurunan yang menyebaban hantaran listrik jantung mengalami gangguan.

Selain usia, jenis kelamin juga merupakan faktor resio terjadinya CHF. Hasil penelitian menunjukkan 83% pasien CHF berjenis kelamin laki-laki. Menurut Grossman dan Brown (2009) laki-laki memiliki prevalensi gagal jantung kongestif yang lebih besar dibandingkan perempuan pada usia dewasa hingga lansia. Pendidikan juga dapat mempengaruhi angka kejadian CHF. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin beresiko terserang CHF. Hal ini berhubungan dengan gaya dan pola hidup seseorang. Semakin tinggi tingkat pedidikan maka semakin tinggi gaya dan pola hidup seseorang yang kurang baik untuk kesehatan tubuh.

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata pasien dengan CHF memiliki status menikah hal ini berhubungan dengan tingginya angka kejadian CHF pada pasien dengan usia dewasa madya atau lansia dimana usia tersebut merupakan usia seseorang yang telah menempuh pernikahan. Berdasarkan klasifikasi NYHA seluruh responden menderita CHF NYHA III. CHF NYHA III merupakan gagal jantung sedang dimana pasien menunjukkan keterbataan yang signifikan, gejala timbul saat aktivitas bahkan saat aktivitas yang lebih ringan dari biasanya dan hanya nyaman saat istirahat (Chen, 2013). Pasien akan datang ke pelayanan kesehatan jika gejala yang ditimbulkan dari penyakit sangat dirasakan.

Cemas adalah perasaan subjektif terhadap ketidakpastian dan ketidakberdayaaan yang ditandai dengan gelisah, gemetar, berkeringat, dan denyut nadi yang meningkat (Ball dan Blinder, 2003). Cemas dapat dipengaruhi oleh sistem *gama aminobutyric acid* (GABA), norepinephrine dan serotonin. Sistem ini akan bekerja saat individu cemas. Kelelahan dapat menambah kecemasan. Pasien dengan CHF akan mengalami penurunan kondisi fisik, sesak napas, dan merasa lelah sehingga dapat menstimulasi kecemasan (Stuart, 2009). Kecemasan dapat muncul karena adanya konflik peran. Pasien mungkin memiliki aktivitas dan peran ganda yang tidak dapat dijalankan dengan baik akibat dari hospitalisasi dan penyakit yang diderita (Stuart, 2009).

Massase merupakan bentuk sentuhan yang sistematis yang memanipulasi jaringan lunak tubuh untuk mempromosikan kenyamanan dan penyembuhan (Chen et.al, 2013). Mander (2003) menjelaskan bahwa massase dapat bermanfaat untuk meredakan nyeri, memberikan relaksasi pada tubuh, dan melancarkan peredaran darah. Massase dapat menghambat perjalanan rangsang nyeri pada pusat yang lebih tinggi pada sistem saraf pusat dan mengendalikan nyeri dengan memperkuat efek massase melalui rangsangan taktil dan perasaan positif. Massase dapat melancarkan peredaran darah dan mengeluarkan hormone endorphin yang dapat menurunkan kecemasan sehingga individu dapat mencepai tubuh yang relaks. Selain itu penurunan kecemasan yang dicapai akan mempengaruhi respon tanda-tanda vital tubuh dimana tanda-tanda vital akan berada pada rentang normal dan stabil. Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan TTV (TD, HR, RR) dan kecemasan pada pasien CHF yang diberikan terapi massase punggung selama 3 hari. Hal ini juga didukung oleh beberapa penelitian terkait

efektifitas pemberian massase terhadap penurunan kecemasan dan tanda-tanda vital. Chen et al (2013) dalam penelitiannya membuktikan bahwa pemberian massase punggung secara signifikan efektif untuk menurunkan kecemasan dan tanda-tanda vital pada pasien gagal jantung. Selain itu Hajbaghery, Abasi, dan Beheshtabad (2014) juga membuktikan bahwa massase seluruh tubuh dapat menurunkan kecemasan dan menstabilkan tanda-tanda vital pasien AMI dan ACS.

Punggung adalah bagian terbaik untuk memulai pemijatan. Punggung merupakan bagian tubuh yang mdah tegang terutama otot-otot bagian dalam dan luar yang terdapat diantara dan diatas tulang belikat, punggung bawah, dan pantat. Menurut Aslani (2003) tulang belikat yang berada di punggung atas merupakan bagian yang sering mengalami ketegangan. Pemberian tekanan pada daerah ini akan memberikan efek yang lebih besar. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pemberian massase punggung atas lebih dapat menurunkan TD, HR, RR, dan kecemasan dibandingkan dengan pemberian massase punggung bawah.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil dari penelitian dapat disimpulkan bahwa pemberian massase punggung atas lebih dapat memberikan perubahan TD, HR, RR, dan kecemasan pada pasien CHF dibandingkan dengan massase punggung bawah. Peneliti merekomendasikan agar pihak rumah sakit dapat memberikan intervensi keperawatan melalui massase punggung atas untuk mengatasi kecemasan disertai tanda-tanda vital.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada RSUP dr. Kariadi Semarang yang telah bersedia menyediakan tempat untuk penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

American Heart Association. 2012. *Heart Diseases and Stroke Statistic*. Diperoleh pada tanggal 19 Mei 2015 dari http://ahajournal.org.com

Aslani, Marilya. 2003. *Teknik Pijat untuk Pemula*. Jakarta: Erlangga

Ball, WJ dan Blinder, CR. 2003. *Pediatric Nursing Caring for Children*. Pearson: New Jersey Brashers, Valentina L. 2008. *Aplikasi Klinis Patofisiologi: Pemeriksaan & Manajemen,* ed. 2. Jakarta: EGC

Chen, Wei-Ling et al. 2013. *Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort, and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure*. Journal of Alternative and Complementary Medicine: 19 (5); 464-470

Dewi, Sofia Rhosma. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*, ed. 1. Yogyakarta: Deepublish

Farid. 2006. *Penyakit Jantung Degeneratif: Awasi jantung lansia*. Majalah FARMACIA edisi Mei 2006. http://www.majalah-armacia.com/

Grossman, S & Brown, D. 2009. Congestive Heart Failure and Pulmonary Edema. http://emedicine.medscape.comGunarsa, Singgih D. 1986. *Psikologi Perawatan.* Jakarta: BPK Gunung Mulia

Hajbaghery MA, Abasi A, dan Beheshtabad RR. 2014. *Whole Body Massage for Reducing Anxiety and Stabilizing Vital Sign of Patients in Cardiac Care Unit*. Medical Journal of The Islamic Republic of Iran: 28(47); 1-9

Ihdaniyati, AI dan Arifah, Siti. 2009. *Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mekanime Koping pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSU Pandan Arang Boyolali.* Jurnal Berita Ilmu Keperawatan: 2(1); 19-24

Kumalasari, Eta Yosy. 2013. *Angka Kematian Pasien Gagal Jantung Konestif di HCU dan ICU RSUP dr. Kariadi Semarang.* Semarang: FK Undip. Diperoleh pada tanggal 19 Mei 2015 dari http://eprints.undip.ac.id/

Mander, Rosemary. 2003. *Nyeri Persalinan*. Jakarta: EGC

Marrelli, TM. 2007. *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan*. Didah Rosidah, editor, ed.3. Jakarta: EGC

Moser, Debra K., et al. 2010. *Comparison of Prevalence of Symptoms of Depression, Anxiety, and Hostility in Ederly Heart Failure, Miocardial Infarction and Coronary Artery Bypass Graft Patients*. Heart Lung Journal: 39(5); 378-385

Muttaqin, Arif. 2009. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular.* Jakarta: Salemba Medika

Simanjuntak, Gohana. 2014. *Gambaran Tingkat Kecemasan pada Pasien yang Akan Menjalani Tindakan Kateterisasi Jantung di RSUP Haji Adam Malik Medan*. Fak Keperawatan USU

Stuart, GW dan Sunden, J. 2009. *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. St Louis: Mosby

World Health Organization. 2013. *The Top Causes of Death*. Diperoleh pada tanggal 19 Mei 2015 dari http://www.who.int.whr/

HUBUNGAN POLA ASUH ORANG TUA DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN PADA ANAK RETARDASI MENTAL SEDANG KELAS 1-6 DI SLB YAYASAN PEMBINAAN ANAK CACAT (YPAC) SEMARANG

Supar*, Artika Nurrahima**

*Mahasiswa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (dz_teams@yahoo.com)
**Staf Pengajar Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro (artikanurrahima@gmail.com)

ABSTRAK

Retardasi mental merupakan keadaan seseorang dengan inteligensi kurang sejak masa perkembangan sehingga daya guna sosial dan pekerjaannya menjadi terganggu. Peran orang tua sangat penting agar anak yang mengalami retardasi mental menjadi lebih mandiri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pola asuh orang tua dengan tingkat kemandirian pada anak retardasi mental sedang kelas 1-6 di Sekolah Luar Biasa (SLB) Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang. Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif. dengan pendekatan *cross sectional.*Penelitian ini bersifat korelasional non eksperimen. Sebanyak 61 responden diperoleh dengan cara *total sampling*. Hasil penelitian menunjukan bahwa mayoritas orang tua yang menerapkan pola asuh otoritatif (80,3%) memiliki anak dengan tingkat kemandirian dalam kategori mandiri (52,5%). Hasil uji statistik mengunakan *Chi Square* didapatkan nilai p *value* sebesar 0.026, yang artinya p *value* < 0.05 sehingga ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kemandirian pada anak retardasi mental sedang. Diharapkan peran perawat terutama bidang keperawatan keluarga mampu memberikan pendidikan kesehatan atau penyuluhan terkait pola asuh orang tua yang tepat yang mampu memberikan dampak positif bagi kemandirian anak terutama anak retardasi mental sedang.
Kata Kunci: pola asuh orang tua, tingkat kemandirian, retardasi mental sedang

Pendahuluan

Penyandang retardasi mental dapat ditemui di negara maju maupun negara berkembang. Angka kejadian retardasi mental diperkirakan 1% dari populasi dunia . Retardasi mental sedikit lebih banyak dialami anak laki-laki daripada anak perempuan (Tasse, Havercamp, & Thomson, 2006; Soedjatmiko, Kadim, Madiyono, & Said, 2004; Suriyani, Wihastuti, & Lestari, 2011). Angka kejadian retardasi mental di Indonesia diperkirakan sekitar 1-3 % dari jumlah penduduk. Penyandang retardasi mental ringan sekitar 80%, retardasi sedang sekitar 12% dan retardasi mental berat sekitar 8% (Smart, 2010). Di Jawa Tengah penyandang retardasi mental sekitar 8.066 anak pada tahun 2008-2010 (Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah, 2010). Sedangkan di Semarang jumlah

anak penyandang retardasi mental sekitar 636 anak pada tahun 2012 (TKPK Provinsi Jawa Tengah, 2013).

Masalah retardasi mental erat kaitannya dengan keluarga atau orang tua, karena keluarga adalah tempat tumbuh kembangnya seseorang yang akan mempengaruhi keberhasilan kualitas dari seseorang tersebut. Peran orang tua sangat penting agar anak yang mengalami retardasi mental menjadi lebih mandiri (Muttaqin, 2008). Menumbuhkan kemandirian seorang anak sejak dini diharapkan mampu membiasakan anak dapat mengurus segala hal kebutuhannya. Kemandirian anak sangat penting karena itu merupakan salah satu *life skill* yang perlu dimiliki seorang anak. Kemandirian anak merupakan tanggung jawab orang tua karena dampak dari pola asuh yang mereka lakukan. (Tim Pustaka Familia, 2006). Orang tua memainkan peranan penting dalam keberhasilan rehabilitasi anak-anak mereka (Siebes dkk., 2007).

Studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti pada tangal 21 Februari 2014 di SLB Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang terdapat 61 anak yang menyandang retardasi mental sedang yang duduk di kelas 1-6 Sekolah Dasar. Hasil wawancara yang telah dilakukan kepada 10 orang tua murid pada tanggal 8 dan 10 Maret 2014, 7 dari 10 orang tua mengatakan bahwa sebagian besar aktifitas anaknya seperti mandi, memakai baju, sikat gigi, *toileting*, dan bepergian membutuhkan bantuan. 3 orang tua lainnya mengatakan sebagian besar aktifitas anaknya dilakukan sendiri tanpa bantuan orang tua. Tujuh dari 10 orang tua murid mengatakan bahwa dalam mendidik anaknya lebih cenderung memberikan motivasi dan orang tua tidak memberikan aturan yang kaku, dua orang tua murid mengatakan bahwa aktifitas anaknya selalu dibantu, sedangkan 1 orang tua murid memberikan aturan yang kaku kepada anaknya.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, korelasional non eksperimen dengan pendekatan *cross sectional.* Populasi dalam penelitian ini adalah orang tua murid dari anak retardasi mental sedang kelas 1-6 di SLB Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 61 orang. Penelitian ini dilakukan di SLB Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang pada bulan Agustus 2014. Penelitian ini menggunakan 2 kuesioner yang terdiri dari kuesioner pola asuh orang tua 29 item dan kuesioner tingkat kemandirian anak retardasi mental 31 item yang dimodifikasi dari kuesioner kemampuan perawatan diri anak tunagrahita (Ramawati, 2011). Hasil *construct validity* kepada 30 responden didapatkan r hitung 0,413-0,885. Hasil uji reliablitas didapatkan nilai *alpha cronbach* sebesar 0,952. Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat menjelaskan karakteristik responden, pola asuh orang tua, tingkat kemandirian pada anak retardasi mental sedang. Analisi bivariat menjelaskan hubungan pola asuh orang tua dengan tingkat kemandirian pada anak retardasi mental sedang dengan menggunakan uji statistic *Chi-square*.

Hasil Penelitian

a. Karakteristik Demografi Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Demografi Responden di SLB YPAC Semarang, Bulan Agustus Tahun 2014 (n=61)

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia Orang tua		
18-27 Tahun	1	1,6
28-39 Tahun	29	47,6
40-65 Tahun	31	50,8
Usia anak		
<12 tahun	49	80,3
>12 tahun	12	19,7
Jenis kelamin anak		
Laki-laki	25	41
Perempuan	36	59
Pedidikan		
SD	16	26,2
SMP	5	8,2
SMU	35	57,4
Akademik/PT	5	8,2
Pekerjaan		
PNS	3	4,9
Swasta	15	24,6
Wiraswasta	8	13,1
Guru	2	3,3
Ibu rumah tangga	32	52,5
Satpam	1	1,6
Total	61	100

Tabel 1. menunjukan bahwa mayoritas usia orang tua adalah 40-65 tahun (50,8%). Berdasarkan usia anak, anak yang berusia ≤12 tahun (80,3%) lebih banyak dari pada berusai >12 tahun (19,7%). Berdasarkan jenis kelamin, mayoritas anak yang mengalami retardasi mental sedang adalah perempuan (36%). Sedangkan dilihat dari pendidikan orang tua mayoritas pendidikan orang tua adalah SMU (57,45%). Dilihat dari karakteristik responden bahwa lebih dari setengah jumlah responden berkerja sebagai ibu rumah tangga (52,5%)

b. Pola asuh Arang Tua

Tabel 2.
Distribusi Frekuensi Pola Asuh Orang Murid Anak Retardasi Mental Sedang Kelas 1-6 Di SLB YPAC Semarang, Bulan Agustus Tahun 2014 (n=61)

Pola asuh	Frekuensi	Persentase
Pola asuh otoritatif	49	80,3%
Pola asuh otoriter	3	4,9%
Pola asuh Permisif	9	14,8%

Total	61	100%

Tabel 2 menunjukan bahwa mayoritas pola asuh yang diterapkan orang tua adalah pola asuh otoritatif (80,3%).

c. Tingkat Memandirian pada Anak Retardasi Mental Sedang

Tabel 3.
Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian Pada Anak Retardasi Mental Sedang Kelas 1-6 Di SLB YPAC Semarang, Bulan Agustus Tahun 2014 (n=61)

Tingkat kemandirian	**Frekuensi**	**Persentase**
Mandiri	32	52,5%
Kurang Mandiri	29	47,5%
Total	61	100%

Tabel 3 menunjukan bahwa 52,5% anak retardasi mental sedang tingkat kemandirian dalam kategori mandiri, dan 47,5% tingkat kemandirian anak retardasi mental sedang dalam kategori kurang mandiri.

d. Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Tingkat Kemandirian pada Anak Retardasi Mental Sedang Kelas 1-6 di SLB Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Semarang

Tabel 4.
Hubungan Antara Pola Asuh Orang Tua Dengan Tingkat Kemandirian Pada Anak Retardasi Mental Sedang Kelas 1-6 Di SLB YPAC Semarang, Bulan Agustus Tahun 2014 (n=61)

Variabel		Tingkat kemandirian		Total	p *value*
		Kurang Mandiri	Mandiri		
Pola asuh	Permisif	8 (13,1)	1 (1,6%)	9 (14,8%)	0,026
	Otoriter	1 (1,6%)	2 (3,3%)	3 (4,9%)	
	Otoritatif	20 (32,8%)	29 (47,5%)	49 (80,3)	
Total		29 (47,5%)	32 (52,5%)	61 (100%)	

Tabel 4 menunjukan bahwa hasil perhitungan statistik degan uji *chi square* didapatkan hasil *p value* sebesar 0,026 yang artinya ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kemandirian pada anak retardasi mental sedang.

Pembahasan

Karakteristik Demografi Repsonden

Karakteristik orang tua menunjukan bahwa usia orang tua yang paling dominan yaitu usia 40-65 tahun (50,8%), dimana usia tersebut masuk dalam tahap usia dewasa tengah (Potter & Anne, 2005). Usia dewasa tengah cenderung mampu berfikir kritis mana yang baik dan mana buruk , sehingga orang tua tahu bagaimana mendidik

anaknya sesuai dengan yang diharapkan orang tua. hasil penelitian Tueguh, Rampa, & Ransun (2012) menunjukan bahwa keluarga mempunyai peranan yang baik dalam memandirikan anak dan cenderung mayoritas di usia dewasa tengah (usia 41-45 tahun) (Tueguh, Rampa, & Ransun, 2012).

Mayoritas pendidikan orang tua adalah SMU(57,4%). Pendidikan dan pengalaman orang tua juga mempengaruhi kesiapan orang tua dalam merawat anaknya. Orang tua yang mempunyai latar belakang pendidikan yang baik cenderung mempunyai peranan yang baik dalam pengasuhan anak karena dengan keterlibatan aktif dalam upaya mendidikan anaknya (Wong, Eaton, Wilson, Winkelstein, Schwartz, 2009).

Mayoritas perkerjaan orang tua adalah ibu rumah tangga (52,5%). Ibu rumah tangga memiliki waktu yang lebih banyak untuk melakukan pengasuhan dan perawatan anak dibandingkan dengan ibu bekerja. Ibu rumah tangga terhindar dari stress akibat pekerjaan, sehingga menjadikan mereka lebih sabar dan pengertian dalam merawat anaknya. Stress pekerjaan yang dialami salah satu atau kedua orang tua dapat mengganggu kemampuan mereka untuk menunjukan kesabaran dan pengertian atau dalam menghadapi perilaku anak mereka (Wijayaningrum, 2013).

Dilihat dari karakteristik anak bahwa usia anak yang paling banyak yaitu kurang dari 12 tahun yaitu usia sekolah dibanding usia yang lebih dari 12 tahun. Memasuki usia 6-12 tahun anak sudah dapat melakukan keterampilan dan sifat yang telah didapatnya, anak mampu berfikir lebih logis, mereka sudah mampu melihat dari sudut pandang orang lain sehingga dapat menempatkan diri sesuai peraturan yang telat dibuat (Wong, Eaton, Wilson, Winkelstein, Schwartz, 2009) .

Sedangkan dilihat dari jenis kelamin anak, lebih banyak perempuan daripada anak laki-laki. Jenis kelamin mempengaruhi kemandirian seorang anak dilihat dari kematangan emosional seseorang (Lumbantobing, 1997).

Pola Asuh Orang Tua

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa 80,3 % responden menerapkan pola asuh otoritatif, 14,8 % responden pola asuh permisif, dan 4,9 % pola asuh otoriter. Tipe pengasuhan yang paling berhasil yaitu pola asuh otoritatif. orang tua lebih menggabungkan antara pola asuh otoriter dan permisif, karena orang tua tidak memberikan aturan yang mutlak kepada anak yang harus dipenuhi tetapi tetap memperhatikan kontrol yang kuat kepada anaknya. orang tua lebih mengarahan anaknya, mendengarkan alasan dan pikiran anak. Standar realistis orang tua dan harapan yang masuk akal akan membuat anak mempunyai harga diri yang lebih tinggi, dan sangat interaktif dengan orang lain (Wong, Eaton, Wilson, Winkelstein, Schwartz, 2009). Pola asuh permisif yaitu gaya pengasuhan dimana orang tua sangat terlibat dengan anak, namun sedikit sekali menuntut atau mengendalikan anak. Orang tua dengan pola asuh permisif lebih memanjakan anaknya serta cenderung menuruti kemauan anak. Pola asuh otoriter yaitu gaya pengasuhan yang membatasi dan menghukum, dimana orang tua mendesak atau memaksa anak untuk menuruti aturan orang tua (Santrock, 2002).Penerapan pola asuh ini akan berdampak pada anak mereka yang cenderung menjadi sensitif, pemalu,menyadari diri sendiri, cepat lelah, tunduk, sopan, jujur dan dapat diandalkan tetapi mudah dikontrol (Wong, Eaton, Wilson, Winkelstein, Schwartz, 2009).

Tingkat Kemandirian pada Anak Retardasi Mental Sedang

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukan bahwa anak retardasi mental sedang kelas 1-6 di SLB Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) semarang dalam kategori mandiri yaitu 52,5% dan kurang mandiri sebanyak 47,5%. Anak mampu mencapai kemandirian ketika anak mampu menjalankan atau melakukan aktifitas hidup terlepas dari pengaruh atau kontrol orang tua. Tingkat kemandirian pada anak retardasi mental ini dapat diukur diantaranya dilihat dari aspek lapangkemampuan seperti kemampuan kebersihan badan, makan dan minum, berpakaian, adaptasi lingkungan, komunikasi, serta keterampilan sederhana (Hayati, 2003; Dalton, Abdallah, Cestari, & Fawcett, 2010). Penelitian ini menunjukan bahwa anak retardasi mental mayoritas dalam kategori mandiri yang artinya bahwa setiap aktifitas atau aspek lapang kemampuan lebih banyak dilakukan sendiri tanpa bantuan orang tua mereka. Banyak faktor yang mempengaruhi kemandirian anak, antara lain karakteristik anak, serta karakteristik orang tua (Thoha, 1997; Nursalam, 2008).

Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Tingkat Kemandirian pada Anak Retardasi Mental Sedang

Berdasarkan hasil uji statistik dengan mengunakan uji Chi Square didapatkan hasil nilai Pearson Chi Square 0,026, maka p value < 0,05, hal ini berarti ada hubungan yang signifikan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kemandirian pada anak retardasi mental sedang. Salah satu faktor yang mempengaruhi kemandirian anak retardasi mental sedang yaitu pola asuh orang tua. Orang tua sebagai role model bagi anak dalam mengasuh atau mendidik anak sangat mempengaruhi keberhasilan dalam memandirikan seorang anak.

Pengasuhan dengan gaya otoritatif memberikan dampak yang lebih baik terhadap kemandirian anak dari pada pengasuhan lainya. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Rahmawati bahwa sebagian besar anak tuna grahita yang menunjukan kemapuan perawatan diri yang baik mempunyai orang tua yang menerapkan pola asuh demokratis atau otoritatif (Ramawati, 2011). Pola asuh otoritatif lebih cenderung mengorientasikan pada kemandirian anak dan tanggung jawab anak. Orang tua tidak membuat batasan yang kaku dan memaksa, tetapi tetap mempertahankan kontrol yang kuat (Wong, Eaton, Wilson, Winkelstein, Schwartz, 2009). Hal ini dibuktikan dengan penelitian dari Julianto yang menunjukan bahwa orang tua lebih juga lebih banyak menggunakan tipe pengasuhan otoritatif, dimana anak dengan pola asuh otoritatif lebih cenderung kemandiriannya baik(Julianto, 2007). Sedangkan gaya pengasuhan permisif yang lebih memanjakan anak serta menuruti semua kemauan anak. Kebaikan orang tua ternyata malah berdampak buruk terhadap anaknya yaitu lebih menuruti atau kurang mendisiplinkan anak sehingga anak menjadi ketergantungan dan kurang inisiatif, serta ketergantungan dalam aktifitas sehari-hari karena semua aktifitas hampir dibantu (Wong, Eaton, Wilson, Winkelstein, Schwartz, 2009).

Orang tua tentunya harus selektif dalam menerapkan pola asuh yang sesuai dengan anak yang mampu meningkatkan kemandirian anak tersebut, dalam penelitian ini menunjukan bahwa orang tua yang menerapkan pola asuh otoritatif cenderung tingkat kemandirian anaknya dalam kategori mandiri. Orang tua menerapkan gaya ini lebih mengedepankan saling memberi dan saling menghargai setiap pendapat dari kedua belah pihak. Dimana orang tua tidak menuntut anak harus bisa melakukan apa yang diperintahkan oleh orang tua, Karena orang tua tahu akan kemampuan anaknya. Orang tua hanya menasehati dan memberikan semangat. Penelitian yang telah dilakukan

menunjukan bahwa ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kemandirian anak retardasi mental sedang. Karena orang tua atau keluarga mempuanyai peranan penting dalam mendidik dan mengasuh anak agar lebih madiri, sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Tueguh dkk bahwa Hasil menunjukan bahwa keluarga mempunyai peran pengasuhan yang baik dalam memandirikan anak retardasi mental (Tueguh, Rampa, & Ransun, 2012)

Kesimpulan

Hasil penelitian ini menunjukan ada hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat kemandirian pada anak retardasi mental sedang. Pola asuh otoritatif yang diterapkan orang tua cenderung memiliki anak dengan kemandirian dalam kategori mandiri lebih banyak dari pada orang tua yang menerapkan pola asuh permisif dan otoriter.

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan tambahan ilmu pengetahuan terutama bagi institusi keperawatan dan bagi orang tua tentang pola asuh yang diterapkan oleh orang tua kepada anaknya.

Ucapan Terimakasih

Peneliti mengucapkan terimaksih kepada orang tua murid kelas 1-6 di SLB YPAC Semarang yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Terikasih kepada dosen pembimbing, teman-teman dan keluarga yang membantu tercapainya hasil penelitian ini.

Daftar Pustaka

Dalton, J, Abdallah, L, Cestari, LH, & Fawcett, J. (2010). Using existing healthcare organization data from OASIS dan MDS for Orem's self-care framework-base research

Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah.(2010). Data penyandang masalah kesejahteraan sosial. Diunduh pada tanggal 13 Desember 2013 di www.jatengprov.go.id

Hayati, T.(2003).Kemampuan merawat diri sendiri anak autis dalam penatalaksanaan holistic autism. Kumpulan makalah kongres nasional autism Indonesia pertama. *Pusat Informasi dan Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI*. Jakarta: FKUI

Julianto, AP. (2007). Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Tingkat Kemandirian Anak Usia Sekolah Di SDN Panjang Wetan 01 Pekalongan. Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan

Lumbantobing. (1997). Anak dengan mental keterbelakangan.Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Muttaqin, A. (2008). Buku ajar keperawatan klien dengan gangguan system persarafan. Jakarta: Salemba Medika; Diakses tanggal 13 Desember 2013 di http://books.google.co.id

Nursalam. (2008). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrument Penelitian Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Potter, PA, Anne GP. (2005). Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktek. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Ramawati, D. (2011). Tesis: Faktor - faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawatan diri anak tuna grahita di Kabupaten Banyumas Jawa Tengah. FIK UI

Santrock, .W.(2002). Life-span Development: Perkembangan masa hidup. Edisi 5. Volume 1. Jakarta: Erlangga

Siebes, RC, Wijnroks, L, Ketelaar, M, van Schie PE., Gorter JW, Vermeer A. (2007). Parent participation in paediatric rehabilitation treatment centres in the Netherlands: a parents' viewpoint. *Child Care Health Dev*;33:196-205

Smart, A. (2010). Anak cacat bukan kiamat metode pembelajaran dan terapi untuk anak berkebutuhan khusus.Yogyakarta: Katahati

Soedjatmiko, Kadim, M, Madiyono, B, Said, M. (2004). Behavior and emotional problem in children with mental retardation. *Paediatrica Indonesiana* ;44:5-6

Suriyani, S,Wihastuti TA, Lestari R. (2011). Hubungan Pola Asuh Orang Tua terhadap Tingkat Prestasi Anak Retardasi Mental Ringan Di Sekolah Luar Biasa C (SLB-C) Sumber Dharma Malang; di akses tanggal 9 desember 2013

Tassé, MJ, Havercamp, SM, & Thompson, C. (2006). Practice Guidelines in Working with Individuals who have Developmental Disabilities. Concord, NC: PBH

Thoha, T. (1997). Kapita selekta pendidikan Islam. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Tim Pustaka Familia. (2006). Membuat prioritas, melatih anak mandiri. Yogyakarta: Kanisius; Diakses tanggal 14 Desember 2013 di http://books.google.co.id

TKPK Povinsi Jawa Tengah. (2013). Series wilayah menurut indikator kesejahteraan sosial: cacat mental retardasi (Tuna Grahita) [Online]. Diakses pada tanggal 13 Desember 2013 di http://tkpkjateng.com

Tuegeh, J, Rompas, F & Ransun, D. Peran keluarga dalam memandirikan anak retardasi mental di Yayasan Pembinaan Anak Cacat Manado tahun 2011. *Juiperdo* Maret 2012;1(1); 2012

Wijayaningrum, NB. (2013). Gambaran pola asuh orang tua pada anak usia prasekolah di TK Melati Putih Banyumanik. PSIK FK UNDIP

Wong, DL, Eaton, MH, Wilson, D, Winkelstein, ML, Schwartz, P. (2009). Buku ajar Keperawatan Pediatrik. Edisi 6. Volume 1. Jakarta: EGC

ISBN 978-602-727-950-6

JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
Jln. Prof. H.Soedharto, S.H, Tembalang-Semarang
Telp. 024-76480919 Fax. 024-76486849