

DAFTAR ISI

Pengaruh <i>Hypnobreastfeeding</i> pada Ibu Hamil Trimester III terhadap Kecukupan Asi pada Bayid di Puskesmas Kahuripan Kecamatan Tawang Kota Tasikmalaya Tahun 2018 Igna Siti Napilah, Hj. Yulia Herliani, Endang Astiriyani	84-94
Perbandingan Penentuan Best Visus Sphere (Bvs) dengan Menggunakan Metode Fof Un Fog dan Duochrome Arief Witjaksono, Nelly Riani	95-103
Pengaruh Kompres Air Hangat dan Air Dingin terhadap Nyeri Tulang Belakang Ibu Hamil Trimester III di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah Tahun 2018 Aulia Yuspina, Nunung Mulyani, Uly Artha Silalahi	104-113
Gambaran Budaya Pemberian Mp-Asi di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon Rt. Zulfa Nur Azzah, Ermianti, Nenden Nur Asriyani Maryam	114-123
Hambatan dan Tantangan Orang Tua (Ibu) pada Saat Melakukan Perawatan Anak dengan HIV/AIDS (ADHA) yang Mengakses Layanan HIV di Kota Bandung Gebi E. Nurhayati², Bandu J. Murwasuminar^{1,2}, Laelasari², Abdul Manap²	124-144
Pengaruh Paket “Avil-Pms” terhadap Pengetahuan Remaja Putri di SMA “X” Kota Bandung Clara Yollanda R¹, Raden Nety Rustikayanti², Metha Dwi Tamara³	145-154
Pengembangan Program Posyandu Lansia dengan Aplikasi Pendekatan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Wilayah Kerja Puskesmas Rancaekek (Studi Kualitatif) Erlina Fazriana¹, Oktarian Pratama²	155-170
Gambaran Tingkat Pengetahuan Kader Posyandu Tentang Penularan Hiv/Aids Dari Ibu Ke Anak Di Desa Cileles Tahun 2017 Fardila Elba¹, Merry Wijaya¹, Farah Dina Nurfathia²	171-175
Gambaran Konsep Diri dan Kecemasan pada Orang Tua yang Memiliki Anak Retardasi Mental di Sekolah Luar Biasa B-C Kurnia Kabupaten Garut Lusi Aprianti, Ali Musthofa, Cucu Rokayah	176-183
Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri <i>Post Sectio Caesarea</i> di RSUD Cianjur Periode April – Juni 2018 Maya Indriati¹, Dyah Triwidiyantari¹, Krisnasai Nur Apriyanti²	184-191

**PENGARUH *HYPNOBREASTFEEDING* PADA IBU HAMIL TRIMESTER III
TERHADAP KECUKUPAN ASI PADA BAYI DI PUSKESMAS KAHURIPAN
KECAMATAN TAWANG KOTA TASIKMALAYA TAHUN 2018**

Igna Siti Napilah¹⁾, Hj. Yulia Herliani¹⁾, Endang Astiriyani¹⁾
iggnapillah@gmail.com

¹⁾Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Jawa Barat

ABSTRAK

Menyusui adalah proses pemberian ASI kepada bayi sejak lahir oleh ibu setelah melahirkan. Beberapa faktor bisa menghambat ketersediaan ASI sehingga menyebabkan bayi tidak cukup ASI, salah satunya adalah faktor psikologis ibu. *Hypnobreastfeeding* dapat membantu ibu meningkatkan produksi ASI dan mengurangi stress laktasi dengan cara menanamkan afirmasi positif ke dalam pikiran. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *Hypnobreastfeeding* terhadap kecukupan ASI pada bayi.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi experiment design* dengan rancangan penelitian *posttest only control group design*. Populasi yaitu 50 orang ibu hamil multigravida di wilayah kerja Puskesmas Kahuripan. Teknik pengambilan sampling yaitu total sampling dengan kriteria inklusi dan eksklusi, terdiri dari 25 orang dengan perlakuan *Hypnobreastfeeding*, dan 25 orang sebagai kelompok kontrol. Analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji Mann Withney U Test. Kecukupan ASI dengan kategori cukup diperoleh hasil sebesar 52% pada kelompok intervensi dan sebesar 24% pada kelompok kontrol. Hasil uji Mann Withney U Test diperoleh hasil dengan (*value*) 0,020 kurang dari (0,05) sehingga H₀ ditolak atau terdapat pengaruh *hypnobreastfeeding* terhadap kecukupan ASI pada bayi.

Terdapat pengaruh *hypnobreastfeeding* terhadap kecukupan ASI pada bayi. Diharapkan bidan terus memberikan pelayanan maksimal untuk keberhasilan ibu menyusui khususnya dengan melakukan *Hypnobreastfeeding* ini.

Kata Kunci : Ibu Hamil Trimester III, Kecukupan ASI, *Hypnobreastfeeding*

ABSTRACT

Breastfeeding is the process of giving breast milk to the newborn baby by the mother after childbirth. Several factors can inhibit the availability of breast milk, causing the baby not enough milk, one of which is the psychological factors of the mother. Hypnobreastfeeding can help mothers increase milk production and reduce lactation stress by implanting positive affirmations into the mind. This study aims to determine the effect of Hypnobreastfeeding on breast milk sufficiency in infants.

This research uses quasi experiment design research design with posttest only control group design research. The population of 50 multigravida pregnant women in the working area of Puskesmas Kahuripan. Sampling technique that is total sampling with inclusion and exclusion criteria, consist of 25 people with Hypnobreastfeeding treatment, and 25 people as control group. Univariate and bivariate analysis using Mann Withney U Test.

*Adequacy of breast milk with sufficient category resulted in 52% in the intervention group and by 24% in the control group. Mann Withney U Test test results obtained results with (*value*) 0.020 less than (0.05) so that H₀ rejected or there is influence hypnobreastfeeding on breast milk adequacy in infants.*

There is a hypnobreastfeeding effect on the adequacy of breast milk in infants. It is expected midwives continue to provide maximum services for the success of breastfeeding mothers especially by doing this Hypnobreastfeeding.

Keywords : Pregnant Trimester III, Breast Milk Sufficiency, *Hypnobreastfeeding*

PENDAHULUAN

Periode 1000 Hari Pertama Kehidupan sering disebut *window of opportunities* atau sering juga disebut periode emas (*golden period*) didasarkan pada kenyataan bahwa pada masa janin sampai anak usia dua tahun terjadi proses tumbuh kembang yang sangat cepat dan tidak terjadi pada kelompok usia lain (Kemenkes, 2012). Hal yang mendukung keberhasilan periode 1000 Hari Pertama Kehidupan adalah dengan melakukan Inisiasi Menyusui Dini dan ASI Eksklusif. ASI merupakan makanan yang bergizi sehingga tidak memerlukan tambahan komposisi. Disamping itu ASI mudah dicerna oleh bayi dan langsung terserap. Menyusui adalah proses paling penting dalam membentuk 1000 Hari Pertama Kehidupan anak.

Kelancaran produksi ASI dipengaruhi oleh banyak faktor seperti, frekuensi pemberian ASI, berat bayi saat lahir, usia kehamilan saat bayi lahir, usia ibu dan paritas, stress dan penyakit akut, IMD, perawatan payudara, penggunaan alat kontrasepsi, dan status gizi (Ferial, 2013). Sering ditemukan ibu yang mengalami kesulitan diawal menyusui seperti kelelahan, ASI sedikit, puting susu lecet, gangguan tidur malam hari, dan stress yang berhubungan dengan peran baru, hal itu dapat menjadi sumber stress ibu. Ibu yang cemas dan stress dapat mengganggu laktasi hingga mempengaruhi produksi ASI karena menghambat pengeluaran ASI (Ambarwati, 2009). Semuanya itu bisa membuat ibu tidak berhasil menyusui. Jika ibu mengalami

gangguan emosi, maka kondisi itu bisa mengganggu proses *let down* reflek yang berakibat ASI tidak keluar, sehingga bayi tidak mendapat ASI dalam jumlah yang cukup, dan bayi pun akan terus menangis. Ketersediaan ASI yang lancar pada ibu menyusui akan membantu kesuksesan pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan, sehingga membantu bayi tumbuh dan berkembang dengan baik sesuai rekomendasi dari WHO (Ferial, 2013).

Menurut Pusdatin tahun 2016 presentase bayi yang mendapat ASI Eksklusif sampai 6 bulan di Jawa Barat adalah sebesar (39,6%), sehingga Indonesia mendapat angka presentasi sebesar (29,5%) dari 34 provinsi yang ada di Indonesia. Kota Tasikmalaya pada tahun 2016 menyumbangkan angka bayi yang mendapat ASI Eksklusif sebanyak 9.431 bayi atau sebesar (80,3%). Capaian terendah persentase bayi yang diberi ASI Eksklusif per puskesmas di Kota Tasikmalaya menurut data KIA Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya adalah Puskesmas Bungursari sebesar (75,6%), Puskesmas Karang Anyar dan Puskesmas Sangkali sebesar (76,6%), dan Puskesmas Kahuripan sebesar (76,9%).

Selain menyebabkan gagal tumbuh pada periode 1000 hari pertama kehidupan, bayi yang tidak cukup ASI bisa mengalami diare dan pneumonia. Angka kejadian diare di Jawa Barat pada tahun 2016 adalah (73,8%) kasus ditangani dan untuk angka kejadian pneumonia di Jawa Barat pada tahun 2016 adalah 169.791 jiwa dan sebanyak 60.941

jiwa terjadi pada balita <1 tahun. Jumlah kasus diare pada tahun 2016 di Kota Tasikmalaya terjadi sebanyak 16.808 kasus. Jika dibandingkan dengan tahun 2015 telah terjadi peningkatan dengan kejadian semula sebanyak 16.439 kasus. Jumlah balita penderita pneumonia yang ditemukan dan ditangani tahun 2016 di Kota Tasikmalaya sebanyak 2.612 kasus. Jumlah tersebut mengalami kenaikan yang cukup signifikan bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

Beberapa upaya yang dapat dilakukan ibu sendiri untuk mengurangi stress laktasi adalah dengan melakukan olahraga teratur seperti yoga dan senam, memperbaiki pola tidur ibu dan memenuhi asupan makanan yang baik bagi ibu menyusui. Salah satu cara yang dapat membantu ibu meningkatkan produksi ASI dan mengurangi stress laktasi ibu adalah dengan melakukan *Hypnobreastfeeding*.

Hypnobreastfeeding adalah upaya alami menanamkan niat ke pikiran bawah sadar kita, untuk menghasilkan ASI yang cukup untuk kepentingan bayi. Relaksasi *hypnobreastfeeding* mampu menghadirkan rasa santai, nyaman dan tenang selama menyusui dengan demikian maka seluruh sistem di dalam tubuh akan berjalan jauh lebih sempurna sehingga proses menyusui pun menjadi proses yang penuh arti dan menyenangkan baik bagi ibu maupun bagi bayi (Aprillia, 2014). Cara ini bisa digunakan bagi ibu yang mengalami kesulitan dan stress laktasi. Hanya dengan menggunakan afirmasi positif ke dalam pikiran bisa membantu ibu

sukses menyusui dan bisa memenuhi kecukupan ASI pada bayi. Terlebih lagi *Hypnobreastfeeding* ini bisa dilakukan sendiri di rumah. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Armini di Denpasar tahun 2016, *Hypnobreastfeeding* dapat memenuhi kebutuhan ASI bayi sehingga ibu berhasil pada masa menyusui.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, peneliti ingin mengetahui pengaruh *Hypnobreastfeeding* terhadap kecukupan ASI pada bayi terlebih lagi metode ini belum pernah dilakukan oleh ibu hamil ataupun ibu menyusui di Puskesmas Kahuripan Kecamatan Tawang, Kota Tasikmalaya.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *quasi experiment design*. Pendekatan desain penelitian dengan *Posttest Only Control Group Design*. Rancangan ini memungkinkan peneliti mengukur pengaruh perlakuan pada kelompok eksperimen dengan cara membandingkan kelompok tersebut dengan kelompok kontrol (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini, kelompok perlakuan diberikan intervensi berupa penerapan metode *hypnobreastfeeding* kepada ibu hamil trimester III dan kelompok kontrol diberi pendidikan kesehatan mengenai teknik menyusui yang benar. Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu hamil multigravida sebanyak 50 orang. teknik sampel yang digunakan adalah dengan menggunakan teknik *Total Sampling* dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Analisis Univariat

Tabel. 1. Distribusi Frekuensi Kecukupan ASI pada Bayi di Puskesmas Kahuripan Kecamatan Tawang Kota Tasikmalaya Tahun 2018

No	Kecukupan ASI	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol	
		F	%	f	%
1	Cukup	13	52,0	5	20,0
2	Kurang	12	48,0	20	80,0
Jumlah		25	100	25	100

Berdasarkan Tabel. 1 di atas, diketahui bahwa kecukupan ASI pada bayi di Puskesmas Kahuripan Kecamatan Tawang Kota Tasikmalaya, pada kelompok eksperimen sebanyak 13 orang

memiliki tingkat kecukupan ASI dengan kategori cukup (52%), sedangkan pada kelompok kontrol yang memiliki kecukupan ASI dengan kategori cukup sebanyak 5 orang (20%).

2. Analisis Bivariat

Tabel. 2. Pengaruh *hypnobreastfeeding* Pada Ibu Hamil Trimester III terhadap Kecukupan Asi pada Bayi di Puskesmas Kahuripan Kecamatan Tawang Kota Tasikmalaya Tahun 2018

Statistik	Kecukupan ASI
Mean Rank Kelompok Eksperimen	29,50
Mean Rank Kelompok Kontrol	21,50
Mann-Whitney U	212,500
Z	-2,333
Pvalue	0,020

Berdasarkan Tabel. 2 diatas, diketahui bahwa pada kelompok eksperimen memiliki rata-rata sebesar 29,50 lebih tinggi dari pada kelompok kontrol yang memiliki rata-rata sebesar 21,50. Hal ini terlihat terdapat perbedaan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Dilihat dari hasil uji

menunjukkan nilai U sebesar 212,500. Setelah dikonversikan ke nilai Z maka besarnya adalah -2,333 dengan tingkat signifikansi (*value*) 0,020 kurang dari (0,05), yang berarti bahwa terdapat pengaruh *hypnobreastfeeding* terhadap kecukupan ASI.

PEMBAHASAN

1. Kecukupan ASI pada Bayi

Berdasarkan hasil penelitian kecukupan ASI pada bayi baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol memiliki kecukupan ASI dengan kategori cukup, namun pada kelompok kontrol terdapat responden yang memiliki kecukupan ASI dengan kategori kurang yang cukup banyak. Diperoleh hasil sebesar (52%) responden yang memiliki kecukupan ASI dengan kategori cukup pada kelompok intervensi, dan diperoleh hasil sebesar (24%) responden yang memiliki kecukupan ASI dengan kategori cukup pada kelompok kontrol. Salah satu tanda kecukupan ASI adalah kenaikan berat badan bayi, setelah dilahirkan bayi akan mengalami penurunan berat badan, tetapi dalam 1-2 minggu kemudian bayi akan kembali ke berat badan lahirnya. Berat badan bayi bisa mencapai 2 kali lipat berat lahirnya pada usia 3-4 bulan, dan mencapai 3x lipat berat lahirnya pada usia 1 tahun. Pastikan bayi mengalami kenaikan berat badan sesuai Kartu Menuju Sehat (KMS) setiap kali melakukan kunjungan berkala di posyandu atau fasilitas kesehatan lainnya (Annisa, 2015).

Hasil penelitian ini sejalan dengan Anita dan Prayogi (2017) mengatakan bahwa rata-rata produksi ASI perah pada 25 ibu dalam sehari sebelum *hypnobreastfeeding* menunjukkan jumlah yang berubah-ubah dengan peningkatan

dan penurunan yang tidak menentu. Jumlah ASI yang dikeluarkan oleh payudara menunjukkan kelancaran ASI yang meliputi produksi dan pengeluaran ASI, dimana produksi ASI dikendalikan oleh prolaktin dan pengeluaran ASI oleh oksitosin.

Menurut Kuswandi (2009) *hypnobreastfeeding* adalah upaya alami menggunakan energi bawah sadar agar proses menyusui berjalan dengan aman dan lancar, serta Ibu dapat menghasilkan ASI yang mencukupi untuk kebutuhan tumbuh kembang bayi. Terdapat beberapa hal yang perlu dilakukan dalam melakukan *Hypnobreastfeeding* adalah mempersiapkan secara menyeluruh tubuh, pikiran dan jiwa agar proses pemberian ASI sukses. Meniatkan yang tulus dari batin untuk memberi ASI eksklusif pada bayi yang kita sayangi dan yakin bahwa semua ibu, bekerja atau di rumah, memiliki kemampuan untuk menyusui/memberi ASI pada bayinya (Armini, 2016). Kenyataannya, tidak semua ibu memiliki keyakinan yang sama sehingga menyebabkan bayi yang disusui memiliki perbedaan dalam hal kecukupan ASI. Keyakinan dan pikiran bawah sadar (*subconscious mind*) berperan 82% terhadap fungsi diri. Contoh ibu yang khawatir, cemas, kurang percaya diri akan menghambat produksi ASI. Pikiran bawah sadar ini merupakan tempat menyimpan informasi, sangat cerdas, serta pusat intuisi dan kreativitas (Aprilia, 2014).

Dasar *hypnobreastfeeding* adalah relaksasi yang dicapai bila jiwa raga berada dalam kondisi tenang. Adapun timbulnya suasana relaksasi dapat didukung oleh ruangan/suasana tenang, menggunakan musik untuk relaksasi, ditambah aromatherapy, panduan relaksasi otot, napas dan pikiran (Armini, 2016). Untuk melakukan latihan *hypnobreastfeeding*, ibu dapat mempersiapkan beberapa hal. Faktor terpenting yang harus selalu diperhatikan dalam melakukan latihan relaksasi ini adalah faktor kenyamanan. Ibu harus merasa nyaman terhadap tubuhnya, pikirannya, pernapasannya suasananya, dan tanpa paksaan. Jika latihan *hypnobreastfeeding* dilakukan dengan terpaksa, maka akan tidak ada gunanya karena latihan ini membutuhkan rasa ikhlas dan cinta kasih (Nurbaety, 2014).

Selain kenyamanan dari dalam diri, ada faktor pendukung dari luar yang dapat digunakan untuk membuat ibu merasa lebih nyaman. Beberapa faktor tersebut diantaranya adalah alunan musik yang mendukung relaksasi, aromaterapi yang cocok dan aman digunakan untuk ibu hamil, suasana ruangan yang tenang, nyaman, dan tidak akan membuyarkan konsentrasi saat relaksasi sedang berlangsung, pilih posisi relaksasi yang paling nyaman, dapat dengan berbaring miring, berbaring terlentang atau bahkan duduk, kalau bisa gunakan ruangan yang ber-AC dan redup (Nurbaety, 2014).

Teknik *hypnobreastfeeding* sangat menguntungkan bagi ibu karena tanpa penggunaan obat-obatan, metode yang digunakan relatif sederhana, sehingga bisa dilakukan sendiri oleh ibu dirumah atau disebut sebagai teknik *self hypnosis*. *Self-Hypnosis* secara sederhana berarti menghipnosis diri sendiri. *Self hypnosis* adalah suatu metode untuk “memasuki” pikiran bawah sadar, sehingga dapat melakukan “pemrograman ulang” terhadap pikiran bawah sadar, dan juga “pembersihan data”, sehingga yang tersisa hanyalah hal-hal yang benar-benar “memberdayakan” diri. Prinsip dalam *self hypnosis* pada dasarnya adalah mengistirahatkan pikiran sadar kemudian memberikan sugesti berupa gambar dan afirmasi ke dalam pikiran bawah sadar. Kebanyakan orang gagal melakukan *self hypnosis*, karena tidak memiliki kesiapan program apa yang akan diinstal dalam pikirannya (Aprilia, 2010). Dalam *hypnobreastfeeding*, perubahan yang diinginkan adalah segala hal yang mempermudah dan memperlancar proses menyusui. Contoh kalimat sugesti atau afirmasinya: “ASI saya cukup untuk bayi saya sesuai dengan kebutuhannya“, “Saya selalu merasa tenang dan rileks disaat mulai memerah”.

Bahkan *hypnobreastfeeding* mampu membantu ibu yang mengalami kesulitan saat menyusui juga dapat membuat ibu mampu untuk relaktasi (Aprilia, 2014).

Beberapa hal yang mendukung proses relaksasi *hypnobreastfeeding* menurut Nurbaeti (2014) keadaan tubuh yang relaks, dibantu dengan penggunaan musik dan suasana yang nyaman. Lalu yang kedua adalah faktor kenyamanan, ibu harus nyaman terhadap tubuhnya, pikirannya, pernapasannya, suasananya dan melakukan *hypnobreastfeeding* tanpa paksaan. Berdasarkan hal tersebut kecukupan ASI pada tiap-tiap responden kelompok intervensi memiliki perbedaan.

2. Pengaruh *Hypnobreastfeeding* Terhadap Kecukupan ASI Pada Bayi

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh nilai Z sebesar -2,333 dengan tingkat signifikansi (*value*) 0,020 kurang dari (0,05), yang berarti bahwa terdapat pengaruh *hypnobreastfeeding* terhadap kecukupan ASI.

Hypnobreastfeeding merupakan upaya alami menggunakan energi bawah sadar agar proses menyusui berjalan dengan lancar, serta ibu dapat menghasilkan ASI yang mencukupi untuk kebutuhan tumbuh kembang bayi. Ibu dapat memberdayakan dirinya dengan melakukan relaksasi otot, nafas dan pikiran serta melalui sugesti positif guna mendapatkan keamanan, ketenangan dan kenyamanan selama proses menyusui. Melalui relaksasi *hypnobreastfeeding* ibu dapat lebih rileks dan percaya diri serta dapat menjalin hubungan batin yang erat dengan bayinya. Untuk itu *hypnobreastfeeding* dapat digunakan

sebagai asuhan pelengkap, alternatif dan salah satu metode non farmakologi yang bermanfaat dalam mendukung keberhasilan menyusui (Latifah, 2015).

Hasil penelitian ini sejalan dengan Nuratri dkk (2015), dkk dengan judul : "*Hypnobreastfeeding* untuk Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif di RS. Panti Rapih Yogyakarta" dengan hasil penelitian responden yang mendapat *Hypnobreastfeeding* berhasil memberikan ASI Eksklusif sebesar (70,4%) dibandingkan dengan yang tidak mendapat perlakuan *Hypnobreastfeeding* hanya (43,3%) yang memberikan ASI Eksklusif.

Hypnobreastfeeding adalah upaya alami menanamkan niat ke pikiran bawah sadar kita, untuk menghasilkan ASI yang cukup untuk kepentingan bayi. Relaksasi *hypnobreastfeeding* mampu menghadirkan rasa santai, nyaman dan tenang selama menyusui dengan demikian maka seluruh sistem di dalam tubuh akan berjalan jauh lebih sempurna sehingga proses menyusui pun menjadi proses yang penuh arti dan menyenangkan baik bagi ibu maupun bagi bayi (Aprillia, 2014).

Keuntungan dan manfaat yang dapat diperoleh dari penggunaan hipnosis dalam *hypnobreastfeeding* adalah sebagai sarana relaksasi yang digunakan relatif sederhana sehingga mudah dipahami dan dipraktikkan oleh orang banyak, termasuk subjek, dapat dilakukan sendiri oleh subjek (ibu menyusui) dan cukup dibantu

oleh satu terapis (bidan), dapat menyetatkan unsur tindakan, perilaku, hasrat, semangat, motivasi, inisiatif, kebiasaan buruk dan lain-lain, serta mempersiapkan ibu agar berhasil pada masa menyusui dan mempersiapkan bayi menjadi generasi yang sehat, cerdas dan kreatif (Armini, 2016).

KESIMPULAN

1. Kecukupan ASI pada bayi pada kelompok eksperimen diperoleh (52%) yang memiliki kategori cukup dan pada kelompok kontrol sebesar (20%) yang memiliki kategori cukup dalam kecukupan ASI pada bayi.
2. Terdapat pengaruh *hypnobreastfeeding* terhadap kecukupan ASI pada bayi di Puskesmas Kahuripan Kecamatan Tawang Kota Tasikmalaya, terbukti dengan tingkat signifikansi (*value*) 0,020 kurang dari (0,05).

SARAN

1. Melalui penelitian ini tenaga kesehatan khususnya bidan seharusnya terus memberikan pelayanan maksimal kepada ibu hamil khususnya sampai ibu berhasil melakukan ASI Eksklusif.
2. Dari hasil penelitian mahasiswa seharusnya lebih memperhatikan faktor pendukung keberhasilan *Hypnobreastfeeding* dan menambah ilmu yang dapat mendukung penerapan *Hypnobreastfeeding*.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, (2009), *Asuhan Kebidanan Nifas*, Jakarta :Mitra Cendekia
- Annisa, (2015), *Tanda Kecukupan ASI dan Keberhasilan Menyusui*, tersedia dalam <http://www.m.sehatmagz.com/pregnancy/anda-kecukupan-asi-keberhasilan-menyusui/> . Diakses pada tanggal 12 Mei 2018
- Aprilia, Yesie, (2010), *Hipnostetri Rileks, Nyaman, dan Aman, Saat Hamil dan Melahirkan*, GagasMedia, Jakarta
- Aprillia, Yesie, (2014) tersedia dalam <http://www.bidankita.com/hypnobreastfeeding-solusi-cerdas-meningkatkan-produksi-asi/>. Diakses pada tanggal 10 November 2017
- Armini, Ni Wayan, (2016), *Hypnobreastfeeding awali suksesnya ASI Eksklusif*, Jurnal Skala Husada Volume 13 Nomor 1, Denpasar
- Budiarto, Eko, (2002), *Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Dalam: Arlinda Sari Wahyuni. 2007. Statistika Kedokteran
- Data dan Informasi Kesehatan, (2016), Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016
- Depkes, (2007), *Pelatihan Konseling Menyusui*, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat & Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta
- Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, (2016), Profil Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2016
- Ferial, (2013), *Biologi Reproduksi*, Jakarta: Erlangga
- Hidayat, Aziz Alimul, (2010), *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*, Health Books Publishing, Surabaya
- Kemenkes RI, (2012) tersedia dalam <http://www.depkes.go.id/article/print/2014/penuhi-kebutuhan-gizi-pada-1000-hari-pertama-kehidupan.html> . Diakses pada tanggal 9 November 2017

- Kresnawan, dkk, (2007), *Buku Pegangan Pelatih 'Pelatihan Asuhan Persalinan Normal Bahan Tambahan Inisiasi Menyusu Dini'*. Depkes RI.
- Kusmiati, Yuni, dkk, (2008), *Perawatan Ibu Hamil*, Penerbit Fitramaya, Yogyakarta
- Kuswandi, Lani, (2009), *Basic Hypnosis dan Hypnobirthing*, Pro V Clinic, Bali
- Latifah, Nurul, (2015), *Pengaruh Hypnobreastfeeding Terhadap Keberhasilan Menyusui*, tersedia dalam <http://kebidananyes.blogspot.co.id/2015/12/pengaruh-hypnobreastfeeding-terhadap.html>. Diakses pada tanggal 15 Maret 2018
- Manuaba, IAC., I Bagus, dan IB Gede, (2010), *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Edisi kedua. Jakarta: EGC
- Monawdy, Wanda, (2013), *Kebutuhan Ibu Hamil Sesuai dengan Tahap Perkembangannya*, tersedia dalam <http://majalahkebidanan.blogspot.co.id/>. Diakses pada tanggal 23 November 2017
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2005), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT. Rineka Cipta
- [Notoatmodjo, Soekidjo, \(2010\), Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta: PT. Rineka Cipta](#)
- Nuratri, Astri Endah, dkk, (2013), *Hypnobreastfeeding untuk Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif di RS Panti Rapih Yogyakarta*, Jurnal STIKES Santo Borromeus, Bandung Barat
- Nurbaety, Ety, (2014), *Hypnobirthing Therapy*, tersedia dalam <https://kicaukisah.wordpress.com/tag/hypnobirthing/>. Diakses pada tanggal 16 Mei 2018
- Nursalam, (2003), *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika
- Prasetyo, Dwi Sunar, (2012), *Buku Pintar Asi Eksklusif*, Diva Press, Yogyakarta
- Prawirohardjo, Sarwono, (2002), *Ilmu Kebidanan*, Jakarta: YBP-SP
- Rahmawati, Anita, dan Prayogi, Bisepta, (2017), *Hypnobreastfeeding Untuk Meningkatkan Produksi ASI Pada Ibu Menyusui yang Bekerja Tahun 2017*, Seminar Nasional dan Gelar Produk Stikes Patria Husada Blitar, Blitar
- Roesli, U, (2008), *Inisiasi Menyusu Dini plus ASI Eksklusif*. Jakarta : Pustaka Bunda
- Roesli, Utami, dan Yohmi, Elizabeth, (2013), *Manajemen Laktasi*, tersedia dalam <http://www.idai.or.id/artikel/klinik/asi/manajemen-laktasi>. Diakses pada tanggal 10 November 2017
- Ronald, H. S, (2011), *Pedoman dan Perawatan Balita agar Tumbuh Sehat dan Cerdas*, Bandung : CV Nuansa Aulia
- Saifuddin, Abdul Bahri (2008), *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*, Jakarta : Bina Pustaka.
- Saleha, Siti, (2009), *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*, Jakarta: Salemba Medika
- Stoppard, Miriam, (2002), *Kehamilan dan Kelahiran*. Jakarta :Mitra Media Publisher
- Sulistiyawati, Ari, (2009), *Asuhan Kebidanan pada Masa Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika
- Susilowati H, Endang, (2006), *Lebih jauh tentang kehamilan*. Jakarta : Edsa Mahkota
- Varney, Helen, dkk, (2007), *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Widuri, Hesti, (2013), *Cara Mengelola ASI Eksklusif, Edisi 1, Gosyen Publishin, Yogyakarta*
- Widyastuti, S, *Adaptasi Psikososial Pada Masa Kehamilan*. Tersedia dalam scribd.com/doc/37479306/Adaptasi-Psikososial-Pada-Masa-Kehamilan. Diakses pada tanggal 11 November 2017
- Yanti Damai, Sundawati, (2011), *Asuhan Kebidanan Masa Nifas: Belajar Menjadi Bidan Profesional*, PT. Refika Aditama, Bandung

PERBANDINGAN PENENTUAN *BEST VISUS SPHERE* (BVS) DENGAN MENGGUNAKAN METODE *FOF UN FOG* DAN *DUOCHROME*

Arief Witjaksono¹⁾, Nelly Riani¹⁾
awitjaks07@yahoo.co.id

¹⁾Program Studi Diploma Tiga Refraksi STIKes Dharma Husada Bandung

ABSTRAK

Dalam penentuan *Best Visus Sphere* (BVS) mempunyai beberapa metode, tetapi yang lebih sering digunakan di STIKes Dharma Husada Bandung adalah metode *Refinement sphere*, sedangkan menurut dua pendapat berbeda yang menyatakan penentuan *Best Visus Sphere* (BVS) dengan menggunakan metode *duochrome* dan *fog unfog* lebih teliti dibandingkan metode yang lainnya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbandingan efektifitas dan efisiensi antara metode *fog unfog* dan *duochrome*. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Sampel dalam penelitian ini adalah 52 orang mahasiswa DIII refraksi optisi dengan pasien sebanyak 26 orang, instrument yang digunakan adalah lembar observasi. Hasil penelitian menunjukkan metode *duochrome* lebih efektif dibandingkan metode *fog unfog* selain itu metode *duochrome* memiliki efisiensi 100% dibandingkan metode *fog unfog*. Dengan demikian, diharapkan ahli Refraksi Optisi dapat menggunakan metode *duochrome* dalam menentukan *Best Visus Sphere* (BVS) agar hasilnya lebih efektif dan efisien.

Kata kunci : Perbandingan, *Best Visus Sphere* (BVS), *Duochrome*, *Fog Un Fog*.

ABSTRACT

COMPARISON OF *BEST VISUS SPHERE* (BVS) DETERMINATION USING *FOG UNFOG* AND *DUOCHROME* METHOD

Determination Best Visus Sphere (BVS) have some methods, but more often used in STIKes Dharma Husada Bandung is refinement sphere, whereas according to two different opinions stating the determination of Best Visus Sphere (BVS) using duochrome and fog unfog methods is more through than other methods. The purpose of this study is to know the comparison of effective and efficient comparison is between fog unfog and duochrome method. The method used in this research is quantitative descriptive. Sample in this research is 52 student of Diploma III of refraction optisien respondent and patients as many as 26 people, where the instrument used is the observation sheet. The results showed that the duochrome method was more effective than the fog unfog besides that duochrome method has 100% efficiency compared to fog unfog method. Thus, it is hoped that refractionist optisien experts may use the duochrome method in determining of Best Visus Sphere (BVS) in order to make the result more effective and efficient.

Keywords : Comparison, *Best Visus Sphere* (BVS), *Duochrome*, *Fog UnFog*.

PENDAHULUAN

Gangguan penglihatan dan kebutaan di Indonesia terus mengalami peningkatan dengan prevalensi 1.5 % dan tertinggi dibandingkan dengan angka kebutaan di

negara – negara regional Asia Tenggara seperti Bangladesh (1%), India (0.7%), dan Thailand (0.3%). Penyebab gangguan penglihatan dan kebutaan tersebut adalah glaukoma (13.4%), kelainan refraksi (9.5%),

gangguan retina (8.5%), kelainan kornea (8.4 %), dan penyakit mata lainnya (Depkes RI, 2009).

Gangguan miopia adalah gangguan yang ditandai dengan kesulitan untuk melihat suatu benda yang letaknya jauh. Secara fisiologi, gangguan myopia ditandai dengan keadaan mata yang mempunyai kekuatan pembiasan sinar yang berlebihan sehingga sinar sejajar yang datang dibiaskan didepan retina. Gangguan hipermetropia adalah gangguan yang ditandai dengan kesulitan untuk melihat benda yang letaknya dekat dimana sinar sejajar yang datang dibiaskan dibelakang retina (Ilyas,2012).

Dalam peraturan menteri kesehatan No.41 tahun 2015 disebutkan pemeriksaan refraksi subjektif dilakukan secara monokuler dan binokuler untuk menetapkan besarnya koreksi pada kelainan refraksi, jika ditemukan adanya kelainan organik maka selanjutnya dirujuk ke dokter mata. Pemeriksaan subjektif merupakan sebuah tahapan langkah demi langkah yang melibatkan kerjasama pasien untuk mengevaluasi ketajaman target penglihatan sebagai serangkaian perbandingan beberapa uji coba lensa yang diberikan oleh pemeriksa. Pemeriksaan subyektif terdiri beberapa tahapan yaitu: Penentuan visus dasar terbaik dan ketajaman penglihatan, Penentuan *Best Visus Sphere* (BVS), metode penentuan astigmatisme, teknik keseimbangan binokuler, titik akhir binokuler, mencatat hasil akhir dengan *Best Corrected Visual*

Acuity (BCVA) salah satu mata dan kedua mata (*Elliott, 2008*).

Best Visus Sphere (BVS) merupakan penglihatan *spheris* terbaik yang dirasakan pasien, hal ini dilakukan dengan menggunakan lensa yang dapat memberikan penglihatan terbaik hanya dengan kekuatan *spheris* dengan menggunakan lensa plus (+) atau minus (-) untuk menggambarkan suatu keadaan, dengan tahapan yang biasanya dimulai dari plus atau minus (+/-) 0.50 D atau lebih (Kristen, 2005). Koreksi Lensa *Spheris* sangat penting dilakukan untuk mengetahui *Best Visus Sphere* (BVS). Bila menggunakan teknik *Best Visus Sphere* (BVS) tanpa retinoscopy, praktisi harus menemukan jumlah maksimum power positif atau jumlah minimum power negatif yang dapat ditoleransi oleh mata, tanpa menyebabkan kaburnya penglihatan di retina. Setelah *occlusion*, tugas pertama adalah mengukur penglihatan tanpa bantuan. Jika pasien mengatakan penglihatan lebih jelas atau identik dengan lensa plus +0.25 DS ditambahkan ke *trial frame* dan lakukan secara urutannya dan berulang dengan menambahkan lensa DS +0.25 lagi. Tapi jika pasien mengatakan plus tidak lebih baik, maka tambahkan minus -0.25 DS ditambahkan *trial frame* dan sekali lagi urutannya berulang. Dengan metode ini, akomodasi dapat diinduksi bila power minus ditambahkan ke *trial frame*, tapi selalu tambahkan plus, karena itu mata tanpa akomodasi, sebelum melakukan *probling lens* (*Elliott, 2008*).

Dalam penentuan *Best Visus Sphere* (BVS) meliputi; *Refinement Sphere*, *Duochrome* (Kolker, 2014), *Jackson Cross Cylinder* (Borish Volume 2), *Fog UnFog* (Essilor Academy Europe, 2008). Metode *Fog UnFog* dapat digunakan untuk menemukan apakah mata masih berakomodasi. Biasanya praktisi menggunakan metode *refinement spherical* untuk menentukan *Best Visus Sphere* dengan cek awal dan “*fine tuning*” mengikuti hasil penilaian objektif untuk refraksi ini : penentuan monokuler dengan *Spheris*. Padahal metode *Fog UnFog* adalah metode yang telah terbukti dari beberapa metode pemeriksaan subjektif . Hal ini dapat dicapai karena lensa pasien yang berada di depan mata pasien sehingga seolah-olah bayangan di depan retina, menyebabkan penglihatan kabur (Essilor Academy Europe, 2008).

Menurut Kolker (2014) metode *refinement spherical* hanya dapat menentukan koreksi *spheris* saja namun tidak dapat menentukan titik akhir monokuler, sehingga untuk pasien yang tanpa mempunyai kelainan astigmatisme dapat langsung dilakukan pemeriksaan titik akhir monokuler dengan menggunakan metode *douchrome* (Kolker, 2014).

Berdasarkan dari dua pendapat tentang penentuan *Best Visus Sphere* (BVS) ada dua metode yang digunakan yaitu *Fog UnFog* dan *Duochrome*, karena itu peneliti melakukan wawancara terhadap 10 orang mahasiswa tingkat 3 prodi DIII Refraksi Optisi STIKes Dharma Husada Bandung,

diketahui bahwa 1 dari 10 menggunakan *douchrome* dan 9 dari 10 mahasiswa menggunakan *refinement sphere* dan *fogging* karena dengan menggunakan metode *refinement sphere* dan *fogging* teknik lebih menghemat waktu dibanding dengan menggunakan metode *fog unfog* dan *duochrome*.

Tujuan penelitian untuk mengetahui efektifitas dan efisiensi pemeriksaan penentuan *Best Visus Sphere* (BVS) dengan menggunakan metode *Fog UnFog* dengan *Douchrome* di STIKes Dharma Husada Bandung tahun 2018.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian berupa deskriptif kuantitatif untuk mengetahui penentuan penggunaan metode *Best Visus Sphere* (BVS). Pengambilan data menggunakan pendekatan *Cross Sectional* untuk mempelajari hubungan antara faktor-faktor risiko dengan hasil, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada satu waktu (Notoatmodjo, 2010).

Populasi penelitian adalah mahasiswa Refraksi Optisi reguler tingkat akhir angkatan 2015 sebanyak 52 orang, yaitu mahasiswa yang telah lulus Ujian Akhir Program. Sampel penelitian adalah 52 orang mahasiswa regular Refraksi Optisi STIKes Dharma Husada Bandung angkatan 2015 yang dinyatakan sudah lulus Ujian Akhir Program dan dinyatakan kompeten dalam melakukan pemeriksaan Refraksi Klinik.

Instrumen penelitian berupa lembar observasi *Best Visus Sphere* (BVS) untuk menilai waktu dan hasil pemeriksaan. Data primer yang diperoleh berupa lamanya waktu pemeriksaan dengan hasil ukur tidak efektif dan efektif tentang perbandingan pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS) dengan dua metode yaitu metode *Fog UnFog* dan *Duochrome*.

Metode pengumpulan data meliputi :

- Meminta izin kepada 52 responden untuk melakukan perbandingan penentuan *Best Visus Sphere* dengan menggunakan metode *Fog UnFog* dan *Duochrome*
- Dari 52 responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok *Fog UnFog* dan *Duochrome* dengan jumlah 26 orang setiap kelompoknya

- Peneliti menyediakan pasien hanya mempunyai ukuran kacamata *spheris* tanpa astigmat sebanyak 26 orang untuk di periksa dengan dua metode berbeda
- Setiap responden melakukan pemeriksaan satu metode dengan satu pasien yang akan atau sudah di periksa dengan metode yang lainnya.

Perbandingan penentuan *Best Visus Sphere* (BVS) dengan menggunakan metode *Fog UnFog* dan *Duochrome* dianalisa secara unvariat dan disajikan dalam tabel distribusi frekuensi dengan menggunakan rumus, yaitu :

$$P = \frac{F}{N} \times 100 \%$$

P = Persentase

F = Jumlah objek yang diteliti

N = Jumlah seluruh Frekuensi

HASIL

Tabel 1 Hasil Penelitian Menggunakan Metode *Fog UnFog*

No. Respoden	Power Spheris	Visus	Visus Fog Unfog	Power	Waktu
1	2	3	4	5	6
1	-1.75	6/6	6/20	-1.75	1 menit 15 detik
2	-1.50	6/6	6/20	-1.50	1 menit 53 detik
3	-0.25	6/6	6/60	-0.25	1 menit 47 detik
4	+0.25	6/6	6/60	+0.25	1 menit 3 detik
5	-0.50	6/6	6/60	-0.50	1 menit 15 detik
6	-2.00	6/6	6/60	-2.00	1 menit 35 detik
7	-2.00	6/6	6/30	-2.00	1 menit 10 detik
8	-1.50	6/6	6/60	-1.25	1 menit 5 detik
9	-1.50	6/6	6/60	-1.50	1 menit 30 detik
10	-1.25	6/6	6/60	-1.00	38 detik
11	+0.50	6/6	6/60	+0.75	1 menit 30 detik
12	+0.25	6/6	6/60	+0.50	50 detik
13	+0.25	6/6	6/30	+0.50	1 menit 40 detik
14	+0.50	6/6	6/24	+0.75	1 menit

No. Respoden	Power Spheris	Visus	Visus Fog Unfog	Power	Waktu
15	+0.50	6/6	6/30	+0.50	2 menit
16	+0.25	6/6	6/30	+0.50	38 detik
17	-3.25	6/6	6/30	-3.00	57 detik
18	-3.50	6/6	6/30	-3.25	46 detik
19	-1.50	6/6	6/30	-1.25	40 detik
20	+0.25	6/6	6/39	+0.25	40 detik
21	+0.25	6/6	6/30	+0.25	46 detik
22	-1.75	6/6	6/30	-1.50	1 menit 4 detik
23	-0.75	6/6	6/30	-0.50	33 detik
24	-0.25	6/6	6/24	-0.25	1 menit 42 detik
25	+0.50	6/6	6/44	+0.75	37 detik
26	+0.50	6/6	6/45	+0.50	46 detik
Rata-rata waktu pemeriksaan :					1 menit 08 detik

(Sumber : Hasil Observasi Penelitian, 2018)

Tabel 1 menunjukkan bahwa hasil pemeriksaan pasien *spheris* mempunyai power yang sama setelah dilakukan koreksi *Best Visus Sphere* (BVS) dengan menggunakan metode *Fog UnFog* sebanyak 13 pasien (50%) mengalami perubahan

power dan sebanyak 13 pasien (50%) tidak mengalami perubahan power. Pada kasus pasien myopia power menjadi lebih kecil dan untuk pasien hypermetropia power menjadi lebih besar.

Tabel 2 Hasil Pemeriksaan Menggunakan Metode *Duochrome*

No.Respoden	Power Spheris	Visus	Identifikasi	Power	Identifikasi	Waktu
1	2	3	4	5	6	7
1	-1.75	6/6	merah	-1.75	Merah	15 detik
2	-1.50	6/6	merah	-1.50	Merah	05 detik
3	-0.25	6/6	merah	-0.25	Merah	14 detik
4	+0.25	6/6	Hijau	+0.50	Merah	23 detik
5	-0.50	6/6	merah	-0.50	Merah	05 detik
6	-2.00	6/6	merah	-2.00	Merah	08detik
7	-2.00	6/6	merah	-2.00	Merah	07 detik
8	-1.50	6/6	merah	-1.50	Merah	06 detik
9	-1.50	6/6	merah	-1.50	Merah	06 detik
10	-1.25	6/6	merah	-1.25	Merah	06 detik
11	+0.50	6/6	merah	+0.50	Merah	06 detik
12	+0.25	6/6	merah	+0.25	Merah	11 detik
13	+0.25	6/6	Hijau	+0.50	Merah	20 detik
14	+0.50	6/6	Hijau	+0.75	Merah	18 detik

No.Respoden	Power Sph eris	Visus	Identifikasi	Power	Identifikasi	Waktu
15	+0.50	6/6	merah	+0.50	Merah	06 detik
16	+0.25	6/6	merah	+0.25	Merah	06 detik
17	-3.25	6/6	merah	-3.25	Merah	06 detik
18	-3.50	6/6	merah	-3.50	Merah	07 detik
19	-1.50	6/6	merah	-1.50	Merah	07 detik
20	+0.25	6/6	merah	+0.25	Merah	18 detik
21	+0.25	6/6	merah	+0.25	Merah	16 detik
22	-1.75	6/6	merah	-1.75	Merah	07 detik
23	-0.75	6/6	merah	-0.75	Merah	07 detik
24	-0.25	6/6	merah	-0.25	Merah	08 detik
25	+0.50	6/6	merah	+0.50	Merah	08 detik
26	+0.50	6/6	merah	+0.50	Merah	10 detik
Rata-rata waktu pemeriksaan:						09 detik

(Sumber : Hasil Observasi Penelitian, 2018)

Tabel 2 merupakan hasil pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS) dari 26 responden pada pasien yang mempunyai ukuran *spheris* dengan power yang sama dan pasien yang sama dimana sebelumnya dilakukan pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS) dengan metode *Fog UnFog*. Setelah dilakukan pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS) dengan metode *duochrome* didapatkan data sebanyak 23 pasien (88.5%) tidak mengalami perubahan power dan sebanyak 3 pasien (11%) mengalami perubahan power yaitu hanya pada kasus pasien hipermetropia

power pasien menjadi lebih besar dari sebelum dilakukan pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS).

Pada pemeriksaan *Fog UnFog* yang dilakukan pada 26 pasien dengan kelainan myopia dan hipermetropia dan yang melakukan pemeriksaan 26 responden. Pada Pemeriksaan menggunakan *Duochrome* rata-rata hasil pemeriksaan lebih cepat, tetapi pasien susah membedakan objek pada latar merah dan hijau dikarenakan pencahayaan ruangan yang terlalu terang untuk melakukan pemeriksaan menggunakan proyektor.

Tabel 3 Jumlah Efektifitas Perbandingan Pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS) Dengan Menggunakan Metode *Fog UnFog* dan *Duochrome* pada kategori presentasi

Metode Pemeriksaan	Frekuensi	Presentasi (%)
<i>Fog UnFog</i>	11	42.3%
<i>Duochrome</i>	15	57.7%
Jumlah	26	100%

Tabel 3 menunjukkan metode *Fog UnFog* dari hasil 11 pemeriksaan (42.3%) efektif dan metode *duochrome* menunjukkan bahwa 15 pemeriksaan (57.7%) efektif.

Tabel 4 Jumlah Efisiensi Perbandingan Pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS) Dengan Menggunakan Metode *Fog UnFog* dan *Duochrome* pada kategori Presentasi

Metode Pemeriksaan	Frekuensi	Presentasi (%)
<i>Fog UnFog</i>	0	0%
<i>Duochrome</i>	26	100%
Jumlah	26	100%

Berdasarkan tabel 4 di atas menunjukkan bahwa metode *Fog UnFog* dari hasil 0 pemeriksaan (0%) efisien dan metode *duochrome* menunjukkan bahwa 26 pemeriksaan (100%) efisien.

PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 1 dan 2 didapatkan hasil pemeriksaan pada kasus pasien nomor urut pertama pada pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS) dengan menggunakan metode *Fog UnFog* dan *Duochrome* mempunyai nilai efektifitas yang ditentukan dengan power hasil pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS) memiliki kekuatan power yang sama tetapi jika dilihat dari segi efisiensi pemeriksaan yang diukur dengan kecepatan waktu, metode *Duochrome* memiliki tingkat efisiensi yang lebih baik karena metode *Fog UnFog* menggunakan lensa *fogging* yang terlalu besar (+1.50) dan *duochrome* hanya menggunakan lensa kerja +0.25.

Berdasarkan tabel 1 dan 2 didapatkan hasil pemeriksaan pada kasus pemeriksaan pasien dengan nomor urut delapan pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS) dengan menggunakan metode *Fog UnFog* dan *Duochrome* mempunyai nilai efektifitas yang berbeda. Metode *Fog UnFog* menunjukkan nilai efektifitas yang lebih baik

jika dibandingkan dari metode *Duochrome* karena hasil power pada pemeriksaan sesuai dengan teori Elliot (2008) yang menyatakan bahwa pada pasien myopia yang diambil hasil pemeriksaan adalah power yang terkecil sedangkan pada pasien hypermetropia yang diambil hasil pemeriksaan adalah power terbesar. Metode *Fog UnFog* dengan penambahan lensa *fogging* +1.50 melemahkan akomodasi pada mata pasien sehingga power pemeriksaan yang dihasilkan dengan metode *Fog UnFog* lebih teliti sedangkan metode *Duochrome* dengan penambahan lensa +0.25 masih memungkinkan untuk mata pasien mengalami akomodasi.

Untuk nilai efisiensi pada kasus pemeriksaan nomor urut delapan metode *duochrome* mempunyai nilai efisiensi yang lebih baik. Tetapi nilai efektifitas lebih utama dibandingkan dengan nilai efisiensi. Berdasarkan teori menurut Siagian (2001) Jika hasil suatu pekerjaan semakin mendekati

sasaran, berarti makin tinggi efektifitasnya dengan metode *Duochrome* didadapatkan waktu lebih baik tetapi untuk penentuan pemeriksaan *Best Visus Sphere* (BVS) yang diutamakan adalah ketepatan power. Jadi untuk kasus pasien pemeriksaan nomor urut delapan nilai yang diambil adalah hasil pemeriksaan dengan menggunakan metode *Fog UnFog*.

Berdasarkan hasil penelitian penentuan *Best Visus Sphere* (BVS) dengan metode *Fog UnFog* dan *Duochrome* mempunyai hasil yang sama berdasarkan dua metode didapatkan hasil dari 15 pemeriksaan (57.7%) maka penilaiannya berdasarkan perbandingan efisiensi dari segi waktu pemeriksaan. Hasil penelitian penentuan *Best Visus Sphere* (BVS) dengan metode *Fog UnFog* dan *Duochrome* menunjukkan

perbedaan sebanyak 11 pemeriksaan (42.3%) maka penilaiannya berdasarkan perbandingan efektifitasnya yaitu ketepatan hasil pemeriksaan.

Dalam penelitian ini didapatkan metode yang efektif dan efisien adalah metode *duochrome*, hal ini dapat dikatakan sejalan dengan penelitian yang dilakukan Dewi (2016) yang menyatakan bahwa metode *duochrome* lebih sering digunakan oleh Refraksi Optisi dibandingkan dengan metode lain. Menurut Ilyas (2012), pada pemeriksaan menggunakan metode *duochrome* Mata myopia akan melihat warna merah lebih jelas sedangkan mata hipermetropia akan melihat warna hijau yang lebih jelas. Tujuannya adalah untuk mengetahui bahwa pasien sudah mendapatkan penglihatan atau koreksi kaca mata yang sesuai dari mata yang diperiksa.

Kesimpulan

1. Metode *duochrome* (57.7%) lebih efektif dibandingkan dengan metode *fog unfog* (42.3%).
2. Metode *duochrome* (100%) lebih efisien dibandingkan dengan metode *fog unfog* (0%).

DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Ophthalmology, Prevalence and Common Cause Of Vision Impairment In Adults, In International Ophthalmology Section 13, 2005-2006, page 189-199
- Arikunto S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

- Depkes RI. 2009. *Gangguan Penglihatan Masih Menjadi Masalah Kesehatan*. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-relase/845-gangguan-penglihatan-masih-menjadi-masalah-kesehatn.html> diakses tanggal 10 januari 2018

- Elliott, DB. *Clinical Procedure Sin Primary Eye care* 3/e. Oxford, Elsevier, 2008.

- Essilor academy europea. 2008. page 22-23

- Hasibuan M S P. 1984. *Manajemen Dasar, Pengertian dan Masalah*. Jakarta : Gunung Agung

- Hidayat A A.. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba

Ibeinmo Opubiri & chinyere pedro-Egbe.
The Pan African Medical Journal. 2013

Ilyas S. 2012 . *Dasar Teknik Pemeriksaan Dalam Ilmu Penyakit Mata.edisi ke 4*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

_____. 2013. *Ilmu Penyakit Mata Edisi Keempat*. Jakarta:fakultas kedokteran universitas Indonesia

Kolker R J. 2014.*Subjective Refraction and Prescribing Glasses*. Page 28-36

Maksus A I. 2016 . *Standar Prosedur Pemeriksaan Refraksi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Notoatmodjo S. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*.Jakarta: Rineka Cipta

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.41 th 2015 Tentang Standar Pelayanan Refraksi Optisien/Optometri Menti Kesehatan Republik Indonesia.<http://www.iropin.org/legalitas/PMK%20No.%2041%20ttg%20Standar%20Pelayanan%20Refraksi%20Optisi%20Optometri.pdf>. Diakses tgl 5 januari 2018

Ratna N K, 2010. *Metode Penelitian : Kajian Budaya dan Ilmu Social Humaniera Pada Umumnya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Siagian S P. 2001 .*Manajemen Sumber Daya manusia*. Jakarta : Bumi Aksara

Sugiyono. 2013 . *Metode Penelitian Pendekatan Kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Penerbit CV. Alfabeta

**PENGARUH KOMPRES AIR HANGAT DAN AIR DINGIN TERHADAP NYERI
TULANG BELAKANG IBU HAMIL TRIMESTER III DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS RAJAPOLAH TAHUN 2018**

Aulia Yuspina¹, Nunung Mulyani², Uly Artha silalahi³
aulyayuspina56@gmail.com

Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Jawa Barat

ABSTRAK

Penatalaksanaan nyeri pada punggung saat kehamilan bervariasi seperti penatalaksanaan farmakologi maupun non farmakologis, Efek fisiologis kompres hangat dapat meredakan nyeri dengan merileksasi otot, memiliki efek sedatif dan meredakan nyeri dan kompres dingin dapat membuat area menjadi mati rasa, memperlambat kecepatan hantaran syaraf sehingga memperlambat aliran impuls nyeri. Tujuan penelitian ini adalah untuk membandingkan tingkat nyeri punggung ibu hamil trimester 3 setelah dilakukan kompres air hangat dan air dingin. Metode penelitian yang digunakan adalah *quasi eksperimen tipe non-equivalent control group design*. Sampel pada penelitian ini adalah ibu hamil trimester 3 yang memeriksakan kandungannya di wilayah kerja Puskesmas Rajapolah dan mengeluh sakit punggung dengan teknik *accidental sampling* jumlah sampel sebesar 56 orang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai intensitas nyeri punggung pada perlakuan kompres hangat sebesar 1.61 sementara intensitas nyeri punggung pada perlakuan kompres dingin sebesar 0.57. Maka dapat diambil kesimpulan bahwa kompres dingin lebih baik dibandingkan dengan kompres hangat karena nilai rata-rata turunnya rasa sakit pada punggung sebesar 0.57.

Kesimpulannya yaitu ada perbedaan tingkat nyeri sebelum dan setelah dilakukan kompres air hangat dan dingin, dan kompres dingin lebih baik dalam penurunan nyeri dibandingkan dengan kompres hangat. Sarannya agar kompres dingin ini dapat diterapkan dan diajarkan kepada ibu hamil sehingga dapat membantu ibu dalam mengatasi nyeri punggungnya

Kata Kunci : kompres hangat, kompres dingin, nyeri punggung

ABSTRACT

THE EFFECT OF WARM AND COLD COMPRESS ON BACK PAIN TRIMESTER III OF PREGNANCY IN RAJAPOLAH PUBLIC HEALTH TASIKMALAYA IN 2018

Management of back pain during pregnancy varied such as pharmacological and nonpharmacological management, Physiological effects of warm compresses can relieve pain by relaxing the muscles, have sedative effects and relieve pain and cold compresses can make the area numb, slow the speed of nerve conduction thereby slowing the flow of pain impulses . The purpose of this study was to compare the level of back pain of trimester 3 pregnant women after warm and cold water compress.

The research method used is quasi experiment type non-equivalent control group design. Sample in this research is pregnant mother of trimester 3 which examined its contents in work area of Rajapolah health center and complain of back pain with accidental sampling technique total sample equal to 56 people

The results showed that the value of back pain intensity on the warm compress treatment amounted to 1.61 while the intensity of back pain on the cold compress treatment was 0.57. So it can be concluded that cold compress is better than warm compress because the average value of the back pain is 0.57.

The conclusion is that there are differences in pain levels before and after the warm and cold water compress, and cold compress better in the reduction of pain compared with warm compress. Suggestions for to be applied and taught to pregnant women with so it can help mothers to resolve their back pain.

Keywords : warm compress, cold compress, back pain

PENDAHULUAN

Kehamilan adalah peristiwa yang didahului dengan bertemunya sel telur atau ovum dengan sel sperma. Proses kehamilan akan berlangsung selama kira-kira 10 bulan, atau 9 bulan kalender, atau 40 minggu, atau 280 hari yang dihitung dari hari pertama periode menstruasi terakhir (Wagiyo dan Putrono, 2016). Varney dan Prawirohardjo (2008) mengemukakan bahwa selama masa kehamilan, banyak wanita mengalami perubahan psikologis dan emosional.

Ketidaknyamanan merupakan suatu perasaan yang kurang ataupun yang tidak menyenangkan bagi kondisi fisik ataupun mental pada ibu hamil. Kehamilan merupakan proses alamiah pada wanita yang akan menimbulkan berbagai perubahan dan menyebabkan rasa tidak nyaman, hal ini merupakan kondisi yang normal pada wanita hamil. Beberapa ibu biasanya mengeluh mengenai hal-hal yang membuat kehamilannya tidak nyaman dan kadang menyulitkan ibu (Hidayat, 2008: 120).

Ibu hamil trimester III seringkali mengalami keluhan nyeri punggung, hal ini menjadi salah satu penyebab ketidaknyamanan trimester III. Nyeri punggung merupakan nyeri yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri punggung akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan perubahan postur tubuhnya (Varney, 2012).

Pada ibu hamil, postur tubuh berubah, bahu tertarik kebelakang sebagai akibat pembesaran abdomen yang menonjol, dan untuk mempertahankan keseimbangan tubuh, kelengkungan tulang belakang ke arah dalam menjadi berlebihan. Relaksasi sendi sakroiliaka, yang mengiringi perubahan postur, menyebabkan peningkatan nyeri punggung (Tiran, 2008).

Nyeri punggung saat ibu hamil apabila tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan kualitas hidup ibu hamil menjadi buruk. Gejala nyeri punggung ini juga disebabkan oleh hormon estrogen dan progesteron yang mengendurkan sendi, ikatan tulang dan otot dipinggul (Tiran, 2008).

Penatalaksanaan nyeri pada punggung saat kehamilan bervariasi seperti penatalaksanaan farmakologi maupun non farmakologis. Pemberian analgetik seperti paracetamol, NSAID, dan ibuprofen termasuk penatalaksanaan nyeri secara farmakologis, sedangkan penatalaksanaan non-farmakologis meliputi manual terapi seperti pijat dan latihan mobilisasi, akupunktur, relaksasi, terapi air hangat dan air dingin (Potter dan Perry, 2011 dalam IASP, 2009).

Efek fisiologis kompres panas adalah bersifat vasodilatasi, meredakan nyeri dengan merileksasi otot, memiliki efek sedatif dan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi yang menimbulkan nyeri. Efek fisiologis kompres dingin adalah bersifat vasokonstriksi, membuat area menjadi mati rasa, memperlambat kecepatan hantaran

syaraf sehingga memperlambat aliran impuls nyeri.

Hasil penelitian didapatkan bahwa prevalensi terjadinya nyeri punggung pada ibu hamil trimester III menurut survey yang dilakukan di Inggris dan Skandinavia, terdapat 50% ibu hamil trimester III mengalami nyeri punggung (Diane M Fraser, 2009 dalam Ummah, 2012).

Berdasarkan survey yang dilaksanakan oleh University of Ulster 2014, didapatkan hasil bahwa dari 157 orang hamil trimester III yang mengisi kuesioner, 70 % diantaranya pernah mengalami nyeri punggung, dikutip dalam Hakiki (2015).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 21 Desember 2015 sampai dengan tanggal 2 Januari 2016 di Bidan Praktek Swasta Furida Azis, didapatkan hasil bahwa dari 10 ibu hamil trimester III, 70% ibu hamil mengalami nyeri punggung dengan intensitas nyeri 6-7. Hasil dari penelitian pada ibu hamil di berbagai wilayah Indonesia mencapai 60-80% ibu hamil mengalami nyeri punggung pada kehamilannya (Mafikasari dan Kartikasari, 2015).

Berdasarkan survey awal peneliti yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rajapolah pada tanggal 10 sampai dengan tanggal 15 November 2017, diperoleh hasil bahwa dari 5 orang ibu hamil trimester III yang memeriksakan kandungannya ke bidan, 4 orang ibu hamil diantaranya mengeluh nyeri pinggang (tulang belakang bagian bawah).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Pengaruh Kompres Air Hangat dan Air Dingin Terhadap Nyeri Tulang Belakang Ibu Hamil Trimester III di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah Tahun 2018”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian quasi eksperimen tipe non-equivalent control group design, yaitu melibatkan lebih dari satu variabel independent (bebas), perlakuan dilakukan pada lebih dari satu kelompok dengan bentuk perlakuan yang berbeda. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui suatu gejala atau pengaruh yang timbul sebagai akibat dari adanya perlakuan tertentu (Notoatmodjo, 2010).

Sample merupakan bagian populasi yang merepresentasikan dari karakteristik populasi. Sampel adalah sebagian dari populasi, yang merupakan “perwakilan” dari populasi (Hamidi, 2007).

Sampel pada penelitian ini berjumlah 56 orang ibu hamil trimester III yang memeriksakan kandungannya di wilayah kerja Puskesmas Rajapolah dan mengeluh sakit punggung, dengan rincian 28 orang yang dilakukan kompres air hangat dan 28 orang yang dilakukan kompres air dingin.

HASIL DAN PEMBAHASAN

- a. Gambaran tingkat nyeri ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air hangat di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah

Tabel 1 Distribusi Frekuensi tingkat nyeri tulang belakang ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air hangat di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah Tahun 2018

Intensitas Nyeri	N	Rata-rata	Min	Max	SD	P ^{*)}
Sebelum	28	5.035	2	7	1.52	0.547
Sesudah	28	1.607	0	5	1.25	0.219

p^{*)} = Nilai normalitas data dengan kolmogorov smirnov

Dari tabel 1 menunjukkan bahwa gambaran tingkat nyeri ibu hamil trimester III sebelum di lakukan kompres hangat rata-rata nyeri punggung pada ibu hamil adalah 5.035, dengan nilai terkecil sebesar 2 dan terbesar sebesar 7 dengan standar deviasi sebesar 1.52 dan data dinyatakan normal dengan nilai P=0.547

hal ini dikarenakan nilai $P > 0.05$. Setelah dilakukan kompres hangat rata-rata nyeri punggung pada ibu hamil adalah 1.607, dengan nilai terkecil sebesar 0 dan terbesar sebesar 5 dengan standar deviasi sebesar 1.25 dan data dinyatakan normal dengan nilai $P=0.219$, hal ini dikarenakan nilai $P > 0.05$.

- b. Gambaran tingkat nyeri ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air dingin di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah

Tabel 2 Distribusi Frekuensi tingkat nyeri tulang belakang ibu hamil trimester 3 sebelum dan sesudah dilakukan kompres air dingin di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah Tahun 2018

Intensitas Nyeri	N	Rata-rata	Min	Max	SD	P ^{*)}
Sebelum	28	5.464	3	8	1.290	0.219
Sesudah	28	0.571	0	3	0.790	0.104

p^{*)} = Nilai normalitas data dengan kolmogorov smirnov

Dari tabel 2 menunjukkan bahwa gambaran tingkat nyeri ibu hamil trimester 3 sebelum di lakukan kompres hangat rata-rata nyeri punggung pada ibu hamil adalah 5.464, dengan nilai terkecil sebesar 3 dan terbesar sebesar 8 dengan standar deviasi sebesar 1.290 dan data dinyatakan normal dengan nilai $P=0.219$ hal ini dikarenakan

nilai $P > 0.05$. Setelah dilakukan kompres hangat rata-rata nyeri punggung pada ibu hamil adalah 0.571, dengan nilai terkecil sebesar 0 dan terbesar sebesar 3 dengan standar deviasi sebesar 0.790 dan data dinyatakan normal dengan nilai $P=0.104$, hal ini dikarenakan nilai $P > 0.05$.

- c. Perbandingan tingkat nyeri ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air hangat di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah

Tabel 3 Perbandingan tingkat nyeri tulang belakang ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air hangat di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah Tahun 2018

Kompres	Tingkat nyeri	<i>t test</i>	...value
Sebelum Kompres hangat	5.035	14.400	0.001
Setelah Kompres hangat	1.6071		

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan *t-test* diperoleh nilai *t* hitung sebesar 14.400 dengan ρ value sebesar 0.001. Dengan demikian dapat disimpulkan H_0 ditolak dan H_a diterima

yang artinya ada perbedaan tingkat nyeri sebelum dan setelah dilakukan kompres air hangat di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah.

- d. Perbandingan tingkat nyeri ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air dingin di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah

Tabel 4 Perbandingan tingkat nyeri tulang belakang ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air dingin di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah Tahun 2018

Kompres	Tingkat nyeri	<i>t test</i>	...value
Sebelum Kompres dingin	5.464	18.193	0.001
Setelah Kompres dingin	0.571		

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan *t-test* diperoleh nilai *t* hitung sebesar 18.193 dengan ρ value sebesar 0.001. Dengan demikian dapat disimpulkan H_0 ditolak dan H_a diterima

yang artinya ada perbedaan tingkat nyeri sebelum dan setelah dilakukan kompres air dingin di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah.

- e. Perbandingan tingkat nyeri ibu hamil trimester III sesudah dilakukan kompres air hangat dan air dingin di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah

Tabel 5 Perbandingan tingkat nyeri tulang belakang ibu hamil trimester III sesudah dilakukan kompres air hangat dan air dingin di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah Tahun 2018

Kompres	Tingkat nyeri	<i>t test</i>	...value
Kompres hangat	1.6071	4.345	0.001
Kompres dingin	0.5714		

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan *t test* diperoleh nilai *t* hitung sebesar 14.400 dengan ρ value sebesar 0.001. Dengan demikian dapat disimpulkan H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada perbedaan tingkat nyeri setelah dilakukan kompres air hangat dan air dingin di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah.

PEMBAHASAN

1. Tingkat nyeri tulang belakang ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air hangat di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah

Hasil penelitian yang telah dideskripsikan di atas diperoleh bahwa gambaran tingkat nyeri ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air hangat di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah, pada kondisi sebelum dilakukan kompres hangat rata-rata nyeri punggung pada ibu hamil adalah 5.035, dengan nilai terkecil sebesar 2 dan terbesar sebesar 7 dengan standar deviasi sebesar 1.52 dan data dinyatakan normal dengan nilai $P=0.547$ hal ini dikarenakan nilai $P > 0.05$. Serta setelah dilakukan kompres hangat rata-rata nyeri punggung pada ibu hamil adalah 1.607, dengan nilai terkecil sebesar 0 dan terbesar sebesar 5 dengan standar deviasi sebesar 1.25 dan data dinyatakan normal dengan nilai $P=0.219$, hal ini dikarenakan nilai $P > 0.05$. Nilai penurunan nyeri dengan sebelum dan

setelah kompres dingin yaitu $5.035 - 1.607 = 3.428$

Hal ini dikarenakan dengan pemberian kompres hangat menggunakan kantung berisi air hangat dengan suhu 46°C dapat melunakkan jaringan fibrosa dan membuat otot lebih rileks, sehingga dapat menurunkan rasa nyeri dan memperlancar pasokan aliran darah dan memberikan ketenangan pada pasien (Ihina Angelina, 2013). Sesuai dengan hasil temuan dalam penelitian, bahwa pada saat pemberian kompres hangat pada daerah nyeri selama 15 menit klien merasa lebih nyaman dan rileks.

Hal tersebut didukung oleh Yuni Kusmiati, (2009) mengatakan bahwa kompres hangat yang digunakan berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah, menstimulasi sirkulasi darah, dan mengurangi kekakuan. Selain itu, kompres hangat juga berfungsi menghilangkan sensasi rasa sakit. Untuk mendapatkan hasil yang terbaik, terapi kompres hangat dilakukan selama 15 menit dengan 1 kali pemberian dan pengukuran intensitas nyeri dilakukan segera setelah tindakan kompres dilakukan.

Hal ini didukung pula oleh penelitian yang serupa seperti yang dilakukan oleh Sani Abdullah (2013) dari 40 responden yang dibagi dalam dua kelompok intervensi, kelompok yang pertama dilakukan pemberian intervensi kompres hangat sedangkan kelompok

kedua dilakukan intervensi kompres dingin menghasilkan kesimpulan bahwa rata-rata penurunan skala nyeri pada kompres hangat adalah 1,60

Berdasarkan hasil penelitian dengan teori penelitian sejalan dan menyatakan bahwa dengan tindakan kompres hangat dapat menurunkan respons nyeri ibu dikarenakan ibu merasa nyaman dengan rasa yang ditimbulkan saat dilakukannya kompres hangat pada daerah nyeri.

2. Gambaran tingkat nyeri tulang belakang ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air dingin

Hasil penelitian diperoleh bahwa gambaran tingkat nyeri ibu hamil trimester III sebelum dan sesudah dilakukan kompres air dingin di Wilayah Kerja Puskesmas Rajapolah, pada kondisi sebelum dilakukan kompres hangat rata-rata nyeri punggung pada ibu hamil adalah 5.464, dengan nilai terkecil sebesar 3 dan terbesar sebesar 8 dengan standar deviasi sebesar 1.290 dan data dinyatakan normal dengan nilai $P=0.219$ hal ini dikarenakan nilai $P > 0.05$. Serta setelah dilakukan kompres hangat rata-rata nyeri punggung pada ibu hamil adalah 0.571, dengan nilai terkecil sebesar 0 dan terbesar sebesar 3 dengan standar deviasi sebesar 0.790 dan data dinyatakan normal dengan nilai $P=0.104$, hal ini dikarenakan nilai $P > 0.05$. Nilai penurunan nyeri dengan sebelum dan

setelah kompres dingin yaitu $5.464 - 0.104 = 5.36$.

Hal ini sejalan dengan teori dari Uliyah & Hidayat, (2008) mengatakan bahwa manfaat dari kompres dingin ini adalah kompres dingin pada bagian tubuh akan menyerap panas dari area tersebut, mencegah peradangan meluas, mengurangi perdarahan setempat, mengurangi rasa sakit pada daerah setempat, menyebabkan pengecilan pembuluh darah (*Vasokonstriksi*), mengurangi oedema dengan mengurangi aliran darah ke area.

Serta (Franser, 2009) Mengatakan bahwa kompres dingin adalah suatu metode dalam penggunaan suhu rendah setempat yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologis. Aplikasi kompres dingin adalah mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan serta edema. Diperkirakan bahwa terapi dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit. Mekanisme lain yang mungkin bekerja adalah bahwa persepsi dingin menjadi dominan dan mengurangi persepsi nyeri.

Tujuan dalam pengobatan nyeri adalah mengurangi nyeri sebesar mungkin dengan efek samping paling kecil (Chapman, 2006). Hal ini sesuai dengan teori Musrifatul M dan Alimul, bahwa kompres dingin dapat

memberikan relaksasi pada otot yang tegang dan kekakuan sendi.

Berdasarkan uraian tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa dengan kegiatan kompres dingin pada ibu hamil trimester III dapat membantu meringankan rasa nyeri yang dialami ibu.

3. Perbandingan tingkat nyeri punggung ibu hamil trimester III setelah dilakukan kompres air hangat dan air dingin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat nyeri punggung ibu hamil trimester III setelah dilakukan kompres air hangat adalah 1.6071 dan setelah dilakukan kompres dingin adalah sebesar 0.571, berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa dengan kompres dingin lebih kecil skor skala nyerinya dibandingkan dengan kompres hangat. Jadi dapat disimpulkan bahwa kompres dingin lebih baik dibandingkan dengan kompres hangat.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan *t test* diperoleh nilai *t* hitung sebesar 14.400 dengan *p* value sebesar 0.001. Dengan demikian dapat disimpulkan H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada perbedaan pengaruh kompres air hangat dan air dingin terhadap tingkat nyeri tulang balakang ibu hamil trimester III di wilayah kerja Puskesmas Rajapolah.

Hal ini dikarenakan bahwa kompres dingin efektif dalam menurunkan nyeri hal ini dikarenakan kompres hangat dan kompres dingin tertuju pada rasa

nyerinya serta dapat dilakukan oleh sendiri/keluarga dan dapat merangsang ibu agar relaks untuk dapat mengalihkan rasa nyeri yang dialaminya.

Menurut (Fathia, 2013) Kompres hangat berfungsi meningkatkan aliran darah sehingga mempercepat penyembuhan, meningkatkan aliran kelenjar getah bening untuk membuang zat-zat yang tidak diperlukan oleh tubuh. kompres hangat juga berfungsi menurunkan nyeri dengan cara yang sama dengan kompres dingin, yaitu memblokir sensasi nyeri. Sensasi hangat juga membuat rileks tubuh sehingga mengurangi kekakuan otot dan sendi dan Kompres dingin adalah suatu metode dalam penggunaan suhu rendah setempat yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologis. Aplikasi kompres dingin adalah mengurangi aliran darah ke suatu bagian dan mengurangi perdarahan serta edema.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Mutia Felina (2015) dengan judul Pengaruh Kompres Panas dan Dingin terhadap Penurunan Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan Fisiologis Ibu Primipara, hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan pengaruh pemberian kompres panas dan dingin terhadap penurunan nyeri persalinan

Dan hasil penelitian Gayatri Oktasari (2014) dengan judul Perbandingan Efektivitas Kompres Hangat Dan Kompres dingin Terhadap

Penurunan Dismenorea pada Remaja Putri, hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara kompres hangat dan kompres dingin terhadap penurunan dismenorea. Perbandingan Mean rank yang didapat antara perubahan intensitas nyeri pada kelompok kompres dingin lebih besar dibandingkan kelompok kompres hangat. Oleh karena itu kompres dingin lebih efektif dibanding kompres hangat.

Uraian diatas menyatakan bahwa antara teori dengan hasil penelitian sejalan sehingga memang benar bahwa terdapat penurunan nyeri punggung pada ibu hamil trimester III yang diberikan tindakan kompres hangat dan dingin

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, Sani. 2013. *Inovasi Pembelajaran*. Jakarta: Bumi Aksara
- Admin, 2008. *Kesehatan Reproduksi*. Tersedia dalam <http://www.kespro.info> diakses pada tanggal 20 November 2017.
- Aini, Luthfia Nur. 2016 dalam jurnal *Perbedaan Masase Effleurage Dan Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil Trimester III*
- Angelina, Ihina. 2013. *Kompres Panas dan Dingin*. Tersedia dalam <http://lhinangelina.blogspot.co.id/2013/04/makalah-kompres-panas-dan-dingin.html> diakses pada tanggal 20 November 2017.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Chapman, V. 2006. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran*. Jakarta: EGC
- Fathia. 2013. *Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Rebusan Parutan Jahe Terhadap Nyeri pada Lnsia dengan Osteoarthritis*
- Fauziah, Sutejo. 2012. *Keperawatan Maternitas Kehamilan*. Jakarta: Kencana Prenada Media
- Felina, Mutia, dkk 2015. *Pengaruh Kompres Panas dan Dingin terhadap Penurunan Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan Fisiologis Ibu Primipara*
- Fraser, Diane M. 2009. *Myles Buku Ajar Bidan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Guyton, Hall, 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 9*. Jakarta: EGC
- Hakiki, I. 2015. *Efektifitas Terapi Air Hangat Terhadap Nyeri Tulang Belakang Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Pisangan Mahasiswa PSIK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta*.
- Hamidi. 2007. *Metodologi Penelitian dan Teori Komunikasi*. Malang: UMM
- Hasan, Iqbal 2006. *Analisis Data Penelitian Dengan Statistik*. Jakarta: PT. Bumi.
- Hidayat A, 2007. *Metode Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Yayasan Penerbitan.
- Hidayat, M dan Uliyah, M. 2008. *Keterampilan Dasar Praktik Klinik untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kusmiyati, Yuni. 2009. *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta: Fitramaya
- Latief, H Abdul. 2016. *Fisioterapi Obstetri-Ginekologi*. Jakarta: EGC
- Li Y, dkk. 2007. *An Enzyme-Coupled Assay For Amidotranfrerese Activity Of Glucosamine-6 Phospate Synthase*.

- Anal Biochame*. Tersedia dalam <http://www.yeastegenome.org> di akses pada tanggal 20 November 2017.
- Lichayati, I., Kartikasari, R. I. (2013). *Hubungan senam hamil dengan nyeri punggung pada ibu hamil di Polindes Desa Tlanak. Vol. 01. No. XIV.*
- Lukman, Ningsih. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta; Salemba Medika
- Mafikasari, A., Kartikasari, R. I. 2015. *Posisi Tidur Dengan Kejadian Back Pain Nyeri*
- Mahmud, Doha. 2007. *Buku Sehat Seumur Hidup Melalui Kombinasi Tiga Terapi Alternatif*. Jakarta: PT. Gramedia
- Mitayani. 2009. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika
- Musrifatul M, Alimul. 2014. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika Maryam.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka
- Oktasari, Gayatri. 2014. *Perbandingan Efektifitas Kompres Hangat dan Kompres Dingin terhadap Penurunan Dismenorea pada Remaja Putri*
- Potter, Perry. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Robson, Jason. 2012. *Manajemen dan Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Prawirohardjo, S. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Simkin. 2007. *Buku Saku Persalihan*. Jakarta: EGC
- Siswosudarmo, Emilia. 2008. *Obstetric Fisiologis*. Yogyakarta: Pustaka Cendikia
- Sugiyono. 2007. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Tamsuri Anas. 2007. *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC
- Tiran, Denise. 2008. *Mual Muntah Kehamilan*. Jakarta : ECG
- Ummah, F. 2012. *Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil Ditinjau Dari Body Mekanik Dan Paritas Di Desa Ketanen Kecamatan Panceng Kabupaten Gresik*.
- Varney, Helen, (2008). *Buku Asuhan kebidanan, volume, Edisi 4*. Jakarta : EGC.
- Wagiyo, Putrono. 2016. *Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir Fisiologis dan Patologis*. Jakarta: Andi
- Wahyuni, Prabowo. 2012. *Manfaat Kinesiotapping untuk Mengurangi Nyeri Punggung Bawah pada kehamilan Trimester 3*. Jakarta: EGC

GAMBARAN BUDAYA PEMBERIAN MP-ASI DI DESA MUNDU PESISIR KABUPATEN CIREBON

Rt. Zulfa Nur Azzah¹, Ermiami¹, Nenden Nur Asriyani Maryam¹
ermiami@unpad.ac.id

¹ Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran

ABSTRAK

Budaya pemberian MP-ASI dini pada bayi sangat beresiko terjadinya gangguan pencernaan karena di usia <6 bulan, sistem pencernaan bayi belum sempurna. Namun, budaya tersebut masih banyak dilakukan salah satunya di Desa Mundu Pesisir, laporan pelayanan puskesmas menunjukkan 87,17% bayi di desa tersebut telah diberi MP-ASI dini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran budaya pemberian MP-ASI di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon.

Rancangan penelitian menggunakan deskriptif kuantitatif dengan teknik *random sampling* pada 94 ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan. Instrumen menggunakan kuesioner yang dibuat peneliti dan telah dilakukan uji konten oleh *expert* di bidang maternitas serta dinyatakan valid dengan rentang 0,450-0,773 dan reliabel dengan nilai 0,702. Penelitian telah dilaksanakan pada bulan Mei hingga April 2018 di Desa Mundu Pesisir.

Hasil penelitian menunjukkan, budaya MP-ASI dini yang masih dilakukan adalah pemberian pisang kerok (73,4%), pemberian bubur susu dan mengoleskan madu ke langit-langit mulut bayi (62,8%), ibu tidak makan sambal (58,5%) dan tidak makan udang (56,4%) pada masa menyusui. Sedangkan budaya yang mulai ditinggalkan yaitu pemberian makanan yang dilumatkan (87,2%), pemberian air tajin (75,5%), pemberian jamu di *cekok* (84,0%), dan *nyapih* dini (76,6%).

Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bayi di Desa Mundu Pesisir beresiko terkena gangguan saluran cerna karena mereka sudah diberi MP-ASI dini sehingga diperlukan strategi untuk mengubah pola perilaku ibu dengan menggunakan media yang tepat.

Kata Kunci :Cirebon, Budaya Cirebon, MP-ASI, MP-ASI Dini

ABSTRACT

The cultural of early complementary feeding in infants is very risky because in the ages of < 6 months old, the digestive system of a baby has not matured completely. However, this culture is still widely practiced in the Desa Mundu Pesisir, where the reports of the puskesmas showed 87.17% of the babies in the village have been given early complementary feeding. This study aims to find out the description of the culture of giving complementary feeding in Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon.

The study design used was quantitative descriptive method with a random sampling technique that was done on 94 mothers with children aged between 6-24 months. The instruments used in this study was questionnaires made by the researcher. The method was tested for its validity by experts in the maternity field and was declared valid with a range of 0,450-0,773 and reliable with a value of 0,702. The research was carried out from April 2018 to May 2018 in Desa Mundu Pesisir.

The results of this research has indicated that the culture of early complementary feeding that is still being carried out are by giving banana (73,4%), giving milk porridge and applying honey onto the baby's hard palate (62,8%), mothers who did not consume chili (58,5%) and mothers who did not consume shrimp (56,4%) during breastfeeding. Meanwhile the culture that has been abandoned is giving crushed food (87,2%), the giving of air tajin (75,5%), giving of herbal medicine in cekok and early nyapih (76,6%).

Based on the results obtained, it can be concluded that the infants in Desa Mundu Pesisir are at risk of developing gastrointestinal disorders because of early complementary feeding. A strategy using appropriate media is therefore needed to change the maternal behavior pattern.

Keyword :Cirebon, Cirebon Cultural, Complementary Feeding of Breast Milk , Early Complementary Feeding of Breast Milk.

PENDAHULUAN

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) merupakan makanan atau minuman yang dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi selain ASI apabila diberikan pada waktu yang tepat (IDAI, 2015). Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik jenis, porsi, frekuensi, bentuk maupun jumlahnya (Sulistyoningsih, 2011). Karena periode usia 6 hingga 18-24 bulan merupakan periode yang sangat rentan bagi bayi, dimana ini adalah waktu malnutrisi dimulai pada bayi yang dapat memberi kontribusi yang signifikan terhadap tingginya prevalensi kekurangan gizi pada anak dibawah usia lima tahun di seluruh dunia (WHO, 2003). Pemberian makanan pendamping apabila dilakukan sebelum bayi berusia 6 bulan akan mempunyai resiko 17 kali lebih besar mengalami diare dan 3 kali lebih besar kemungkinan terkena infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) dibandingkan dengan bayi yang hanya mendapat ASI saja (WHO, 2009).

Untuk mengurangi faktor resiko yang terjadi, *World Health Organization Report of The Global Consultation* pada tahun 2011 merekomendasikan agar pemberian MP-ASI memenuhi empat syarat yaitu harus tepat waktu di usia mulai dari 6 bulan, harus memadai (jumlah, frekuensi dan konsistensi), disiapkan dengan cara yang aman, dan diberikan dengan cara yang tepat (WHO, 2011). Hal ini juga didukung oleh kebijakan dari pemerintah melalui Undang-Undang

Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 128 mengenai hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan. Akan tetapi, upaya ini masih belum dapat menekan tingginya angka pemberian MP-ASI dini di Indonesia. Berdasarkan dari data Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016, didapatkan sebanyak 56% ibu masih memberikan MP-ASI pada bayi kurang dari 6 bulan (Kemenkes RI, 2016). Sementara di Jawa Barat, sebanyak 53,6% ibu yang telah memberikan MP-ASI pada bayi usia kurang dari 6 bulan (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2016). Dalam buku Laporan Pelayanan Kesehatan Bayi dan Balita di Puskesmas Mundu Kabupaten Cirebon tahun 2015, Desa Mundu menempati pemberian MP-ASI dini tertinggi sebanyak 87,17%.

Budaya menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pemberian MP-ASI dini. Penelitian oleh Ginting dkk (2012), didapatkan hasil bahwa salah satu faktor eksternal yang mempengaruhi pemberian MP-ASI dini adalah sosial budaya dimana ibu dengan sosial budaya yang kurang baik bagi bayi dengan memberikan MP-ASI sebelum bayi berusia 6 bulan sebanyak 89,7%. Pernyataan ini juga didukung oleh penelitian dari Syahputri tahun 2016 dimana 70,2% ibu telah memberikan MP-ASI dini yang dipengaruhi kuat oleh budaya Jawa.

Masyarakat Cirebon merupakan masyarakat yang mayoritas bersuku Jawa. Berbagai kegiatan ritual di setiap tahun selalu ada baik dalam bidang ekonomi, sosial

maupun bidang kesehatan. Pada masyarakat Jawa tradisional, ketika seseorang melaksanakan upacara, maka kerabat, tetangga, dan teman-temannya akan terlibat (Geertz, 1983; Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Kota Cirebon, 2006). Masyarakat Cirebon sangat menghargai sebuah kepercayaan. Salah satunya ialah kepercayaan dalam pemberian MP-ASI pada bayi di usia kurang dari 6 bulan. Beberapa tradisi atau kepercayaan yang ada di masyarakat Cirebon yaitu, budaya pemberian tahnik dalam upacara *ngarani*, pemberian pisang kerok dan bubur susu dalam upacara *slametan*, *nyapih* dan pemberian jamu *cekok* (Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Kota Cirebon, 2006).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada 10 ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di Desa Mundu Pesisir pada bulan Desember 2017 didapatkan hasil dari 10 ibu yang di wawancara, sebanyak 7 ibu sudah memberikan MP-ASI pada anaknya sejak bayi baru lahir. Mereka melakukan tradisi seperti pemberian air tajin, pemberian tahnik dalam upacara *ngarani*, pemberian pisang kerok dan bubur susu dalam upacara *slametan*, budaya *nyapih*, dan budaya pemberian *cekok*. Tujuh ibu yang telah memberikan MP-ASI dini beranggapan bahwa tradisi tersebut telah dilakukan secara turun-temurun dari keluarga mereka yang percaya dengan melakukan budaya tersebut, maka bayi menjadi lebih sehat, cerdas, dan terhindar dari gangguan kesehatan.

Hasil wawancara lainnya, beberapa ibu mengatakan bahwa ada pantangan bagi ibu menyusui seperti tidak memakan sambal dan udang karena apabila ibu menyusui memakannya, maka akan mempengaruhi produksi ASI dan membuat bayi mencek serta gatal-gatal. Tokoh masyarakat di Desa Mundu Pesisir mengatakan bahwa, ritual pemberian makanan tambahan selain ASI di daerah tersebut sudah menjadi turun-temurun dari orang tua mereka dan bagi mereka yang percaya, apabila tidak dilaksanakan akan terjadi hal yang tidak diinginkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran budaya pemberian MP-ASI di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon.

METODE

Rancangan penelitian ini menggunakan deskriptif kuantitatif dengan teknik *random sampling* pada 94 ibu yang memiliki anak usia 6-24 bulan di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon. Pengambilan instrumen menggunakan kuesioner yang dibuat peneliti dan telah dilakukan uji konten oleh *expert* di bidang maternitas. Kuesioner dalam pengumpulan data ini dibagi menjadi dua bagian pertanyaan dan pernyataan yaitu, bagian pertama untuk mengidentifikasi data demografi ibu berjumlah 5 pertanyaan dan bagian kedua yaitu berisi pernyataan tentang budaya pemberian MP-ASI yang terdiri dari 2 pertanyaan dan 11 pernyataan serta 1 jawaban alternatif apabila ibu memiliki jawaban lain terkait budaya pemberian MP-ASI. Waktu pengisian kuesioner yang

diberikan untuk ibu yaitu 10-15 menit yang akan ditunggu oleh peneliti untuk memastikan ibu paham dengan tata cara pengisian dan isi dari pertanyaan. Kemudian kuesioner yang sudah diisi oleh ibu dikumpulkan kembali kepada peneliti lalu dicek kelengkapan jawaban dari ibu.

Analisa data yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah analisis statistik deskriptif univariat dengan bentuk distribusi frekuensi dan presentase.

HASIL

1. Gambaran Umum Karakteristik Responden

Data telah diperoleh pada bulan Mei sampai dengan Juni 2018 di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon. Responden berjumlah 94 ibu yang sesuai dengan kriteria inklusi yaitu bertempat tinggal di Desa Mundu Pesisir dan memiliki bayi usia 6-24 bulan serta bersedia menjadi responden. Karakteristik responden digunakan untuk mengetahui gambaran umum responden penelitian berdasarkan usia, agama, suku, pendidikan dan pekerjaan. Data umum karakteristik responden disajikan dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 1 Distribusi Frekuensi dan Persentase Karakteristik Responden di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon (N=94)

Karakteristik Responden	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Usia		
20-35	68	72,3
>35	26	27,7
Pendidikan		
Dasar	4	4,3
Menengah	81	86,2
Tinggi	9	9,6
Agama		
Islam	94	100
Suku		
Jawa	86	91,5
Sunda	7	7,4
Betawi	1	1,1
Pekerjaan		
IRT	79	84,0
Pegawai Swasta	7	7,4
Pedagang	8	8,5

Berdasarkan tabel 1 diperoleh data bahwa sebagian besar dari responden berada dalam kategori usia 20-35 tahun yaitu sebanyak 68 ibu (72,3%). Hampir seluruh responden berpendidikan menengah

dengan jumlah 81 ibu (86,2%). Agama responden seluruhnya ialah Islam (100%), dan sebanyak 86 ibu (91,5%) bersuku Jawa serta sebanyak 79 ibu (84%) bekerja sebagai ibu rumah tangga.

2. Gambaran Budaya Pemberian MP-ASI di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Lamanya Waktu Bayi Diberikan ASI (N=94)

Lamanya diberi ASI (bulan)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
6	9	9,6
>6-24	83	88,3
>24	2	2,1
Total	94	100.0

Berdasarkan tabel 4.2 diperoleh data bahwa hampir seluruh ibu memberikan

ASI pada bayinya selama > 6 - 24 bulan dengan jumlah sebanyak 83 ibu (88,3%).

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Awal Bayi Diberikan MP-ASI (N=94)

Awal diberi MP-ASI (bulan)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
0	11	11.7
1	3	3.2
2	10	10.6
3	31	33.0
4	20	21.3
5	4	4.3
6	14	14.9
7	1	1.1
Total	94	100.0
<6	79	84,04
6	15	15,96

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar ibu memberikan MP-ASI pada saat

bayi berusia 3 bulan yaitu sebanyak 31 ibu (33%).

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Gambaran Budaya Pemberian MP-ASI di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon (N=94)

No	Jenis Pernyataan	Jawaban			
		Ya		Tidak	
		N	%	N	%
1.	Melakukan rangkaian upacara <i>Tahnih</i> (makanan yang dilumatkan) pada bayi saat baru lahir	12	12,8	82	87,2
2.	Melakukan rangkaian upacara <i>Tahnih</i> (mengoleskan madu ke langit-langit mulut bayi) saat baru lahir	59	62,8	35	37,2
3.	Memberikan air tajin pada bayi saat usia 1 bulan untuk mencerdaskan bayi	23	24,5	71	75,5
4.	Memberikan <i>air tajin</i> (air nasi) pada bayi saat usia 1 bulan untuk meningkatkan daya tahan tubuh bayi	26	27,7	68	72,3
5.	Melakukan upacara <i>selamatan</i> lalu memberikan bubur susu pada bayi saat usia 3 bulan agar bayi <i>montok</i>	59	62,8	35	37,2
6.	Melakukan upacara <i>selamatan</i> lalu memberikan pisang kerok pada bayi saat usia 3 bulan agar asupan gizi bertambah	69	73,4	25	26,6
7.	Memberikan bubur susu dan pisang kerok pada bayi saat usia 3 bulan agar bayi tidak mudah lapar dan rewel	74	78,7	20	21,3
8.	Memberikan jamu (<i>cekok</i>) pada bayi di usia kurang dari 6 bulan	15	16,0	79	84,0
9.	Melakukan tradisi <i>Nyapih</i> (Penyapihan) pada bayi di usia kurang atau sama dengan 1 tahun	22	23,4	72	76,6
10	Tidak memakan sambal saat masa menyusui	55	58,5	39	41,5
11	Tidak memakan udang saat masa menyusui	53	56,4	41	43,6

Berdasarkan Tabel 4 diperoleh data bahwa sebagian besar ibu di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon memberikan bubur susu dan pisang kerok pada bayi

usia 3 bulan dengan alasan agar bayi tidak mudah lapar dan rewel dengan jumlah sebanyak 74 ibu (78,7%).

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang tersaji pada tabel 4.2 didapatkan hasil bahwa dari tiga kategori distribusi frekuensi lamanya bayi diberi ASI, yang paling banyak yaitu di kategori >6-24 bulan dengan jumlah 83 ibu. Ini artinya, hampir seluruh ibu (88,3%) memberikan ASI pada bayinya selama usia bayi >6-24 bulan. Sisanya ada 9 ibu (9,6%) yang memberikan ASI pada bayi di usia <6 bulan, dan 2 ibu lainnya memberikan ASI

sampai bayi berusia >24 bulan. Hasil ini menunjukkan bahwa, hampir seluruh ibu telah mengetahui berapa jangka waktu yang tepat dalam memberikan ASI pada bayi. Anjuran Kementerian Kesehatan RI (2011) menyebutkan bahwa, sebelum bayi berusia 24 bulan sebaiknya ASI tetap diberikan. Pemberian ASI pasca 6 bulan akan memenuhi sekitar 60-70% kebutuhan bayi, sedangkan 30-40% dapat dipenuhi dari MP-ASI (Indiarti, 2018). Jadi, peranan MP-ASI

sama sekali bukan untuk menggantikan ASI melainkan hanya untuk melengkapi ASI (Kusumasari, 2012).

Selanjutnya pada tabel 3 didapatkan hasil bahwa hampir seluruh ibu (84,04%) telah memberikan MP-ASI pada bayi di usia <6 bulan dengan distribusi frekuensi awal bayi diberikan MP-ASI paling banyak pada usia 3 bulan yaitu 31 ibu dengan presentase 33,0%. Selain itu, sebanyak 20 ibu (21,3%) juga telah memberikan MP-ASI pada usia bayi 4 bulan dan terdapat 11 ibu (11,7%) yang telah memberikan MP-ASI pada bayi baru lahir. Hanya ada 15 ibu (15,96%) yang memberikan MP-ASI tepat waktu sesuai anjuran WHO dan Kementerian Kesehatan RI yaitu 6 bulan. Ini artinya, hampir seluruh bayi atau anak usia 6-24 bulan di Desa Mundu Pesisir beresiko terjadinya gangguan pencernaan dan tumbuh kembang anak.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Suwarsih (2016) yang menyebutkan bahwa sebanyak 90,5% ibu di Desa Peniron Kecamatan Pejagoan Kebumen telah memberikan MP-ASI pada bayi di usia kurang dari 6 bulan. Didukung pula dari penelitian Usmyati dan Maulida (2017) dimana hasilnya didapatkan bahwa sebanyak 86,0% ibu di Puskesmas Margadana Tegal telah memberikan MP-ASI pada bayinya kurang dari 6 bulan.

Hasil penelitian terkait budaya pemberian MP-ASI di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon pada tabel 4.4 yaitu sebagian besar dari responden dengan jumlah 74 ibu (78,7%) melakukan upacara selamatan

dengan dibarengi pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) berupa bubur susu dan pisang kerok saat bayi berusia 3 bulan dengan alasan kepercayaan mereka bahwa dengan memberikan pisang kerok dan bubur susu di usia tersebut akan membuat bayi tidak mudah lapar dan rewel. Selain itu, sebagian besar responden juga memberikan pisang kerok (73,4%) dan bubur susu (62,8%) saat bayi berusia 3 bulan karena alasan kepercayaan mereka bahwa pisang dan bubur susu memiliki gizi dan vitamin yang cukup besar sehingga mampu membuat bayi jadi lebih sehat dan montok. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat masih memiliki kepercayaan terhadap budaya yang dilakukan secara turun-temurun dalam keluarganya. Penelitian yang dilakukan oleh Suwarsih tahun 2016 di Desa Peniron menyebutkan bahwa sebanyak 88% responden memberikan pisang kerok pada bayi saat bayi masih berusia kurang dari 6 bulan karena sudah menjadi kebiasaan yang turun-temurun dalam keluarga.

Selain itu, sebagian besar ibu dengan jumlah 59 ibu (62,8%) juga telah melakukan rangkaian upacara tahnik dengan mengoleskan madu ke langit-langit mulut bayi. Karena menurut kepercayaan, bayi yang mulutnya diolesi madu akan merangsang air liurnya sehingga nantinya bayi akan lebih siap menerima makanan dan minuman. Hasil penelitian kualitatif dari Hartinah dkk (2018) di Wilayah Kerja Puskesmas Lambale Kabupaten Buton Utara didapatkan bahwa hampir seluruh informan

biasa, pemberian makanan prelakteal pada bayi diberikan beberapa saat setelah bayi lahir yaitu dengan mengoleskan madu pada mulut bayi. Informan kunci atau tokoh masyarakat di wilayah tersebut mengungkapkan bahwa hal tersebut sudah menjadi tradisi atau kebudayaan masyarakat Suku Sasak yang masih dilakukan hingga sekarang.

Pada tradisi lainnya, sebagian ibu dengan jumlah 55 ibu (58,5%) tidak memakan sambal saat masa menyusui. Hal ini karena menurut kepercayaannya bahwa dengan memakan makanan tersebut maka akan mempengaruhi produksi ASI sehingga membuat bayi mencret (diare). hal ini serupa dengan penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif dari Hervilia dkk pada tahun 2016 dimana dari hasil penelitiannya ditemukan bahwa sebagian ibu yang sedang menyusui tidak memakan sambal lantaran takut akan membuat bayinya mencret. Pernyataan ini dibuktikan berdasarkan hasil wawancaranya dengan responden.

Kemudian di tradisi selanjutnya, sebagian ibu dengan jumlah 53 orang (56,4%) tidak memakan udang saat masa menyusui. Hal ini karena kepercayaannya bahwa makanan tersebut dapat mempengaruhi ASI sehingga membuat bayi gatal-gatal. Kemudian sebanyak 58,5% ibu tidak memakan sambal saat menyusui dengan alasan takut anaknya mencret. Hasil ini tidak sesuai dengan pernyataan dari penelitian Hidayati (2016) di Desa Darungan Pare Kabupaten Kediri Jawa Timur, bahwa ibu

partisipan tetap mengonsumsi protein hewani seperti ayam potong, telur dan makanan laut karena saat wawancara, ibu partisipan menyatakan bahwa ketika dirinya sedang di rumah sakit justru di sediakan makanan tersebut.

Ada beberapa tradisi yang dilakukan oleh sebagian ibu seperti pemberian tahnik dengan melumatkan makanan oleh ibu untuk bayinya (12,8%), pemberian air tajin untuk kecerdasan bayi (24,5%) dan meningkatkan daya tahan tubuh (27,7%), pemberian jamu *cekok* (16%) dan tradisi *nyapih* (23,4%). Hal ini dikarenakan beberapa tradisi tersebut tidak banyak diketahui oleh ibu-ibu saat ini. Beberapa ibu mengatakan bahwa pemberian tahnik dan air tajin sedikit menjijikan dan takut bayi menjadi sakit jika diberikan.

Disadari atau tidak, faktor kepercayaan, mitos, konsepsi mengenai berbagai pantangan, kebiasaan, ketidaktahuan, sering membawa dampak baik maupun buruk bagi ibu dan anak. (Rahmawati, 2017). Sangat diperlukan pengetahuan mengenai tahapan-tahapan pertumbuhan, perkembangan bayi dan anak terutama kaitannya dengan kebutuhan pangan atau zat gizi (Adriani, 2014). Maka dari itu, untuk menghindari pemberian MP-ASI dini pada bayi, perlu dilakukan perubahan pola perilaku ibu dengan penyuluhan berulang-ulang menggunakan media yang tepat.

SIMPULAN

Masih banyak bayi di Desa Mundu Pesisir yang beresiko terkena gangguan

saluran pencernaan karena adanya budaya pemberian MP-ASI dini pada bayi. Budaya yang masih banyak dilakukan yaitu budaya mengoleskan madu ke langit-langit mulut bayi (62,8%), pemberian pisang kerok (73,4%), pemberian bubur susu (62,8%), dan budaya pantangan ibu untuk memakan sambal (58,5%) serta pantangan memakan udang (56,4%). Sedangkan, budaya yang sudah mulai ditinggalkan oleh sebagian ibu yaitu budaya pemberian makanan yang dilumatkan ibu untuk bayi, pemberian air tajin (air nasi), nyapih, dan cekok.

Saran

1. Bagi Ibu

Bagi ibu-ibu disarankan agar memberikan ASI eksklusif dan memperhatikan pemberian MP-ASI baik waktu pemberian, frekuensi, jenis makanan, porsi dan cara pemberian yang baik dan benar.

2. Bagi Bidang Keperawatan

Bagi bidang keperawatan disarankan untuk bisa melakukan perubahan pola pikir dan perilaku ibu beserta keluarganya sedikit demi sedikit dengan menggunakan media yang tepat secara berulang-ulang dalam penyuluhan terkait pemberian MP-ASI yang baik dan benar.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan kepada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian lebih lanjut terkait budaya, kebiasaan, mitos, dan kepercayaan lainnya di Desa Mundu Pesisir Kabupaten Cirebon sehingga dapat

melihat lebih jelas budaya apa saja yang ada di desa tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M. (2014). *Gizi dan Kesehatan Balita*. Jakarta: Kencana Prenada Group.
- Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Kota Cirebon. (2006). *Urip Waras*. Cirebon: Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Kota Cirebon.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2016). *Profil Kesehatan Jawa Barat 2016*.
- Geertz, C. (1983). *Abangan, Santri, Priyayi Dalam Masyarakat Jawa*. Jakarta: Pustaka Jaya.
- Ginting, D., Sekarwarna, N., & Sukandar, H. (2012). Pengaruh Karakteristik, Faktor Internal dan Eksternal Ibu Terhadap Pemberian MP-ASI pada bayi usia < 6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Barusjahe Kabupaten Karo Provinsi Sumatera Utara, (38), 1–13.
- Hartinah, S. R., La Dupai, & Rezal, F. (2018). *Jimkesmas 1* 123, 3(1), 1–11.
- Hervilia, D., Dhini, & Munifa. (2016). Pandangan Sosial Budaya terhadap ASI Eksklusif di Wilayah Panarung Palangkaraya. *Indonesian Journal of Human Nutrition*, Vol. 3(No. 1), 63–70. <https://doi.org/2355-3987>
- Hidayat, R. (2015). Hubungan Pengetahuan, Pekerjaan Dan Aspek Budaya Ibu Terhadap Pemberian Asi Eksklusif Pada Bayi Usia 0-6 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Kabupaten Kampar Tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Masyarakat STIKes Tuanku Tambusai*, 8–19.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2015). *Rekomendasi Praktik Pemberian Makanan Berbasis Bukti pada Bayi dan Batita di Indonesia untuk Mencegah Malnutrisi*. Jakarta.
- Indiarti, M. (2018). *ASI, Susu Formula dan Makanan Bayi*. Yogyakarta: Elmaterra

- Publishing.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia*.
- Kemntrian Kesehatan RI. (2011). Panduan Kader Posyandu. Jakarta.
- Kusumasari, F. E. (2012). Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Makanan Pendamping ASI dengan Status Gizi pada Anak di Wilayah Kerja Puskesmas Juwireng Klaten. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*. Retrieved from http://eprints.ums.ac.id/22700/15/NAS_KAH_PUBLIKASI.pdf
- Rahmawati, R. (2017). Hubungan Faktor Budaya dan Tingkat Pengetahuan Ibu dengan Pemberian MP-ASI Dini pada Bayi di Desa Pengalusan Kecamatan Mrebet Kabupaten Purbalingga. *FIK UMP*.
- Sulistyoningsih. (2011). *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Buku Graha Ilmu.
- Suwarsih, N. (2016). Hubungan Antara Kepatuhan Budaya dengan Waktu Pemberian Makanan Pendamping ASI di Desa Peniron Kecamatan Pejagon Kabupaten Kebumen.
- Syahputri, H. (2016). Gambaran Perilaku Ibu yang Berbudaya Jawa dalam Pemberian Makanan Pengganti ASI (MP-ASI) pada Bayi Usia 0-6 bulan di Desa Bangunjiwo.
- Usmiyati, & Maulida, I. (2017). Analisis Perilaku Ibu dalam Pemberian MP-ASI Secara Dini Menurut Faktor Penyebabnya pada Bayi di Puskesmas Margadana Kota Tegal Tahun 2015. *Jurnal Siklus*, 6(1), 176–180.
- World Health Organization. (2003). Complementary Feeding. Retrieved March 18, 2018, from http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/en/
- World Health Organization. (2009). *Infant and Young Children Feeding*. Geneva. Retrieved from www.who.int/
- World Health Organization. (2011). Complementary Feeding: Report of the Global Consultation, Summary of Guiding Principles. *Gaceta Médica de México*.
<https://doi.org/10.1017/S1368980011002485>

HAMBATAN DAN TANTANGAN ORANG TUA (IBU) PADA SAAT MELAKUKAN PERAWATAN ANAK DENGAN HIV/AIDS (ADHA) YANG MENGAKSES LAYANAN HIV DI KOTA BANDUNG

Gebi E. Nurhayati¹, Bandu J. Murwasuminar², Laelasari¹, Abdul Manap¹
Email: gebi_en@yahoo.com

1. STIKes Dharma Husada Bandung
2. Grha Atma, Pusat Kesehatan Jiwa Masyarakat, Bandung

ABSTRAK

Anak dengan HIV/AIDS membutuhkan perawatan orang tua yang lebih komprehensif dibandingkan anak lain pada umumnya karena mengalami masalah pada kesehatan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Orang tua memiliki banyak masalah ketika melakukan perawatan kepada ADHA. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi secara mendalam mengenai hambatan dan tantangan yang dialami orang tua (ibu) dalam merawat anak dengan HIV/AIDS (ADHA) yang mengakses layanan HIV. Metode penelitian menggunakan teknik kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pemilihan informan penelitian menggunakan *purposive sampling* pada 6 informan dengan strategi *in-depth interview* menggunakan *voice recorder* dan *field notes* dengan prosedur analisa data 9 tahap Colaizzi. Hasil penelitian mengungkap tiga tema yaitu hambatan dari dalam, hambatan dari luar dan tantangan dalam perawatan. Saran, perlu adanya peningkatan upaya promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai cara penularan HIV agar mengurangi stigma dan diskriminasi pada ODHA.

Kata kunci : ODHA, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh pengalaman peneliti yang pernah bekerjasama dengan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Kota Bandung dalam *campaigns for social change* yang bertujuan untuk *Say No to HIV/AIDS* serta menghentikan stigma & diskriminasi pada penderita HIV/AIDS. Peneliti melihat bahwa perkembangan penularan HIV/AIDS bukan hanya menyerang populasi kunci saja, tetapi sudah menginfeksi anak yang tertular dari orang tuanya. Pengalaman peneliti juga sesuai dengan ungkapan ketua KPA Kota Bandung:

“Anak yang terinfeksi HIV meningkat setiap tahun karena tertular dari ibu, sebagian besar belum mengetahui

status walaupun sudah memasuki usia sekolah dan remaja karena kerahasiaan orang tua. Diperlukan penguatan pada orang tua dan anak agar melakukan pengobatan rutin, siap menerima status kesehatan keluarga, siap akan stigma dan diskriminasi yang ada di masyarakat serta dibutuhkan pengetahuan dalam perawatan anak di rumah”.

Hasil observasi menunjukkan bahwa anak yang sudah terinfeksi HIV tetapi tidak mendapatkan pengobatan dan perawatan yang sesuai rentan terserang penyakit. Masalah lain yang terjadi adalah kerahasiaan orang tua pada pengungkapan status anak. Orang tua merasa anak yang mengetahui status akan mengalami masalah kesehatan mental (Hockenberry & Wilson, 2009). ADHA membutuhkan perawatan klinis, psikis, sosial, ekonomi serta memiliki

kebutuhan lain untuk memenuhi haknya sebagai anak. Kebutuhan ini berbeda dari waktu ke waktu sesuai dengan perkembangan penyakit dan ketersediaan sistem pendukung dari orang tua dan masyarakat. Penelitian di Brazil, Thailand, Kenya & Ukraina menunjukkan hasil yang positif dilihat dari keberhasilan program terapi Antiretroviral (ARV) pada ADHA (Mahdavi et al., 2010; Willyane & Giselle, 2014).

Penyakit HIV/AIDS menjadi salah satu masalah kesehatan karena setiap tahunnya terjadi peningkatan jumlah kasus. Publikasi WHO & UNAIDS (2010) terdapat 33,4 juta orang dengan HIV/AIDS di seluruh dunia dan 2,1 jutanya adalah anak-anak berusia <15 tahun. Setiap hari >1000 anak di dunia mendapat infeksi baru (WHO, 2011). Di kawasan Asia selatan & Tenggara, sekitar 270.000 anak sudah terinfeksi (WHO, 2011). Di Indonesia jumlah penderita HIV sebanyak 10.376 orang dan AIDS sebanyak 673 orang (Ditjen P2PL Kemenkes RI, 2017). Presentasi anak dengan HIV/AIDS usia 14 tahun yaitu 1,4%, dan usia 5-14 tahun yaitu 3,7% dari jumlah 21.031 kasus (Ditjen P2PL Kemenkes RI, 2011). Kota Bandung merupakan Kota dengan jumlah ODHA terbanyak di Jawa Barat (Sugiharti, Yuniar & Lestary, 2012). Laporan KPA Kota Bandung tahun 2017 penderita HIV/AIDS umur 0-14 tahun berjumlah 126 kasus (Dinkes Kota Bandung, 2017). Peningkatan jumlah penularan ini apabila tidak dilakukan upaya pencegahan,

perawatan dan pengobatan yang komprehensif, dikhawatirkan akan terjadi *loss generation* seperti yang pernah terjadi di beberapa wilayah sub sahara afrika (KPAN, 2010).

Menurut UNAIDS (2010) Anak sangat rentan tertular HIV, sembilan dari sepuluh anak dengan HIV terinfeksi dari ibunya yang positif pada saat kehamilan, persalinan dan menyusui. Tahun 2008 dinegara berkembang terdapat 430.000 bayi terinfeksi HIV yang tertular dari ibunya (Kemenkes RI, 2011). HIV tidak hanya menyerang kekebalan tubuh, tetapi dapat mengakibatkan tekanan psikologis seperti stress, kecemasan, kemarahan, bahkan mengakibatkan depresi (Ardana, 2014). Individu yang terinfeksi HIV memiliki reaksi psikologis negatif seperti kesulitan menjalin hubungan dengan orang lain (Burhan dkk, 2014).

Penyakit HIV/AIDS menimbulkan kekhawatiran pada orang tua untuk mengungkapkan status kepada anaknya. Alasan utama orang tua tidak mengungkapkan status adalah takut menyebabkan kerugian psikologis pada anak. Hal ini menunjukkan ketidaksiapan pengasuh dan kurangnya pemahaman tentang pengungkapan membuat pengasuh memilih berbohong ke anak. Besarnya stigma sosial menyebabkan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) semakin menutup diri tentang keberadaannya dan bisa mempersulit proses pencegahan dan pengendalian infeksi. Stigma dan diskriminasi menyebabkan berkurangnya akses terhadap pelayanan

sosial, perawatan kesehatan, dan pendidikan (Muhaimin, 2010). Dampak jangka panjang yang ditimbulkan penyakit HIV/AIDS muncul pada aspek pendidikan dan tumbuh kembang anak yang dapat mempengaruhi struktur keluarga (Tao et al., 2010).

Tekanan terbesar yang dihadapi orang tua adalah ketakutan pada perawatan yang dilakukan akan menjadi sia-sia, karena terapi ARV hanya berfungsi menekan perkembangan virus (Hockenberry & Wilson, 2009). Orang tua terkadang putus harapan dalam membesarkan ADHA sehingga meningkatkan angka kematian anak akibat tidak mendapatkan pengobatan. Menurut UNICEF (2011) hanya sebagian kecil anak yang lahir dengan HIV positif bisa bertahan hidup sampai usia 6 tahun. Tahun 2010 sekitar 1,8 juta orang meninggal karena AIDS, 1 dari 7 orang yang meninggal adalah anak-anak dan setiap jam sekitar 30 anak meninggal karena AIDS (WHO, 2011). Di Indonesia ADHA rata-rata meninggal sebelum usia 5 tahun (Mboi, 2011). Tingginya resiko kematian ini karena infeksi HIV tidak diobati dan tidak mendapatkan perawatan optimal atau adanya penolakan dari orang yang seharusnya menjaga dan merawatnya seperti orang tua, wali dan kerabat (Avert, 2011).

Berdasarkan fenomena diatas, dipandang perlu mengeksplorasi secara kualitatif bagaimana hambatan dan tantangan orang tua dalam merawat anak dengan HIV/AIDS yang mengakses layanan HIV, karena sampai saat ini penelitian

sejenis masih sangat kurang, begitu juga di Kota Bandung. Penelitian ini dapat mengidentifikasi permasalahan yang dialami oleh orang tua dalam merawat anaknya, sehingga dapat dijadikan dasar dalam pemberian pelayanan keperawatan atau kesehatan bagi keluarga.

METODE PENELITIAN

Peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pendekatan ini berfokus mengeksplorasi dan memahami pengalaman hidup manusia (Satori & Komariah, 2014; Polit & Beck, 2010). Analisis menggunakan menggunakan 9 tahap *Colaizzi*. Untuk mendapatkan kepercayaan penelitian memperhatikan 4 aspek yaitu *Credibility* (keterpercayaan data), *Transferability* (keteralihan data), *Dependability* (ketergantungan) dan *Confirmability*. Dalam melaksanakan penelitian peneliti memperhatikan aspek kode etik penelitian.

Sampel Penelitian

Penelitian dilakukan pada orang tua (ibu) yang merawat ADHA dengan mengakses layanan HIV. Wawancara dilakukan di tempat yang berbeda (*cafe*, kontrakan, rumah) dan dalam suasana yang nyaman. Populasi penelitian sebanyak 126 orang orang tua yang merawat ADHA berumur 0-14 tahun. Jumlah informan yang terlibat dalam penelitian ini yaitu 6 ibu orang tua ADHA yang mengakses layanan HIV ke Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS), Rumah

Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bandung, Rumah Sakit Bungsu Kota Bandung dan Rumah Sakit Santosa Kota Bandung. Pengumpulan dan validasi data dilakukan selama April-Mei 2018. Kriteria informan adalah: Orang tua (ibu) berstatus positif HIV dan telah menularkan kepada anaknya secara vertikal, merawat ADHA yang berusia 18 bulan-14 tahun dengan mengakses layanan HIV di Kota. Pengambilan informan secara *purposive sampling*.

Prosedur

Setelah peneliti mengurus perizinan ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Kesbangpol) Kota Bandung dan rumah sakit yang menjadi lokasi penelitian, peneliti melakukan sosialisasi dan pendekatan kepada calon informan untuk mendapatkan persetujuan. Setelah calon informan bersedia, peneliti kemudian membina hubungan saling percaya dan *informed consent* mengenai tujuan, manfaat dan prosedur penelitian, serta hak dan peran informan selama proses wawancara. Selanjutnya informan menandatangani lembar persetujuan dan menentukan waktu serta tempat pengambilan data. Peneliti lalu melakukan wawancara kepada para informan. Peneliti menggunakan alat bantu berupa *voice recorder* dan *field note*. Proses pengumpulan data juga kamera video untuk merekam aktivitas informan selama proses wawancara. Hasil wawancara ditranskripsikan secara verbatim dan dianalisis. Wawancara

dan validasi data dilakukan 2 kali dengan lama waktu bervariasi antara 40-60 menit. Etik penelitian dilakukan.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini membahas tentang hambatan dan tantangan orang tua merawat anak dengan HIV/AIDS (ADHA) yang mengakses layanan HIV di Kota Bandung. Berdasarkan hasil analisa data, peneliti dapat mengidentifikasi 3 tema pokok dan sub temanya, yaitu:

Tema Pertama (1): Hambatan dan Tantangan Intern (Dalam) **Sub Tema Pertama (1.1): Masalah Ekonomi**

ADHA membutuhkan biaya untuk perawatan klinis serta kebutuhan lain untuk menikmati hak-hak mereka sebagai anak. Kebutuhan kasih sayang dan perhatian yang diberikan orang tua kepada anak akan berkurang kapasitasnya akibat dari kesulitan ekonomi (Ernawati, 2013). Hal ini seperti yang diungkapkan oleh ketiga informan berikut:

“Papahnya dua kali masuk rumah sakit... aku harus bekerja karena punya tuntutan kewajiban kerja, kalau masalah si ade dia biayanya dari kakak suami, malah sekolah dari kakak suami, karena mereka merasa bertanggung jawab karena melihat suami aku gak kerja”. (If.3)

“Bapaknya belum sehat bener sekarang di obat juga gak sembuh-sembuh soalnya syarafnya sih yang kena... tapi alhamdulillah ibu bisa kerja, bisa menghidupi anak-anak ibu”. (If.4)

“Saya wirausaha yang memang tidak memiliki gaji tetap untuk hidup sebulan kedepan... control dan ngambil obat, ada pengeluaran-pengeluaran yang tidak terduga... siap akan tabungan”. (If.6)

Peneliti melihat ibu akan kehilangan pendapatan rumah tangga akibat dari suaminya yang dirawat karena sudah AIDS sehingga kesulitan dalam memenuhi kebutuhan ekonomi serta biaya kesehatan dan tanggung jawab mengasuh ADHA. Menurut UNAIDS (2010) sekitar 16,6 juta anak di bawah usia 18 tahun telah kehilangan salah satu atau kedua orang tuanya karena AIDS yang berisiko terjadi kemiskinan. ODHA akan mengalami kesulitan karena ketidak terjangkau untuk akses layanan kesehatan sehingga membutuhkan bantuan dari orang paling dekat yang bisa diharapkan memberikan pertolongan. Hal ini didukung oleh pernyataan Rahakbauw (2016) orang tua membutuhkan biaya pengobatan dan transportasi untuk mengambil ARV atau mengantar anak ke klinik. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan empat berikut

“Ibu kan dulu punya BPJS tapi gak punya uang bapaknya gak kerja, jadi hangus udah setahun gak dibayar, sekarang kalau mau berobat yah daftar umum gitu ke teratai 25 ribu berdua jadi 50... belum ongkosnya kesana, kalau obatnya memang gratis, kalau mau periksa CD4 juga bingung, yah ibu suka cari yang gratis aja, ibu ikut gitu, kalau gak ada mah yah gak periksa”. (If.4)

Peneliti melihat pekerjaan suami yang tidak menetap akan mengakibatkan gagal menjadi peserta BPJS karena kesulitan membayar premi setiap bulannya. Kesulitan mengakses layanan yang dinyatakan informan disebabkan oleh biaya transportasi, administrasi dan pemeriksaan darah yang terlalu mahal. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun obat ARV telah disediakan gratis oleh pemerintah tetapi beban finansial untuk perawatan tetap besar. Menurut Badahdah & Pedersen (2011) pemberian bantuan misalnya untuk biaya transportasi akan meringankan tanggungan ODHA. Penelitian di Cina, ditemukan bahwa meningkatnya biaya kesehatan untuk penderita HIV/AIDS dapat menghambat akses layanan dan pemenuhan kebutuhan paling dasar (*China Nanfang Zhoumo News AIDS Mother*, 2004 dalam Ernawati, 2013).

Sub Tema Kedua (1.2): Perasaan sedih dan khawatir dalam melakukan perawatan

Periode awal kehidupan anak dengan HIV/AIDS merupakan masa-masa tersulit dan paling membebani bagi orang tua. Orang tua pada periode ini sering kali berhadapan dengan permasalahan ketika anak selalu bertanya mengapa mereka harus minum obat setiap hari padahal merasa sehat sehingga membuat orang tua bersedih karena anak mengalami kelelahan dalam berobat. Hal itu diungkapkan oleh kedua informan berikut ini.

“Yah perasaan ibu gimana gak sedih lah yah, maksudnya lihat si ade masih kecil, bapaknya sakit juga di rumah sakit... aku harus mengurus anak yang masih bayi... satu yang aku susah teh saat dia minum obat, sedihhh banget, awal-awal yang disebut susah yah susah, awalnya nangis” (If.3)

“Ibu mah kepikiran kalau sudah besar mungkin dia bertanya apa gitu saya teh dikasih obat terus, gak seperti orang lain, gak minum juga gak apa apa, ada lah gitu rasa khawatir gitu, kekesal ibu gitu,”. (If.4)

Hal tersebut sesuai dengan penelitian Kaay (2016), memberikan hasil bahwa stres karena tekanan hidup yang dirasakan dapat memunculkan reaksi seperti kesedihan serta kesulitan dalam menemukan jalan keluar dari permasalahan yang dihadapi. Menurut Ernawati (2013) beban pengasuhan anak yang terinfeksi HIV/AIDS dapat menimbulkan gangguan emosi karena tuntutan pemberian perawatan. Kecemasan yang dialami kedua informan dikarenakan adanya perasaan berat, kesal serta khawatir. Hal tersebut seperti dalam ungkapan berikut

“Kesel ada, anak susah minum obat ibu bilang ari sia erek kojor gak minum obat... dia gak mau sarapan padahal harus minum obatnya setelah makan, dia suka bilang males minum pagi karena suka ngantuk disekolah, kan emang efek samping obat ngantuk gitu”. (If.1)

“Ibu merasa berat ngasih obat ke anak, pertama minum obat pusing, mual, gak bisa tidur, ada efeknya gitu, kelihatan ditunjukkan sama dia gitu... awalnya memang khawatir... Yah perasaan sih berat, tapi yah ibu jalani aja, harus gimana lagi kalau gak minum obat yah ngedrop nanti dia nya”. (If.4)

ADHA yang mengalami efek samping dari obat ARV akan merasakan hal yang memberatkan sehingga menjadi salah satu faktor ketidakpatuhan. Menurut Yayasan Spiritia (2013) dan Haryatiningsih, Alam & Sitorus (2017) kepatuhan pada jadwal pengobatan merupakan masalah yang sulit untuk anak. Menurut Sugiharti, Yuyun & Heny (2014) salah satu faktor penyebab rendahnya kepatuhan minum obat ARV pada ODHA adalah kejenuhan karena harus minum obat yang sama setiap hari dan tidak boleh ada yang terlewat.

Ketergantungan pada perawatan dan pengobatan menimbulkan kecemasan pada orang tua terkait masa depan anaknya. Kaay (2016) bahwa pikiran buruk akan muncul pada ODHA sebagai reaksi kognitif dalam kehidupan mereka ketika lingkungan sekitar mengetahui keadaan individu yang mengidap HIV/AIDS. Hal ini didukung oleh pernyataan Vicki, Anne & Francesca (2012) bahwa selain menurunkan daya tahan tubuh dan mengakibatkan infeksi oportunistik pada penderitanya, infeksi HIV/AIDS juga menimbulkan masalah psikologi seperti harga diri rendah, kecemasan dan ketakutan. Hal itu diungkapkan oleh informan keenam berikut ini.

“Kalau ada yang nanya saya tidak sanggup bilang dia positif, saya selalu bilang anak saya sehat, anak saya baik, tapi saya tidak sanggup bilang kalau dia terinfeksi HIV”. (If.6)

Sub Tema Ketiga (1.3): Perasaan bersalah telah menularkan HIV

Status anak yang terinfeksi HIV tidak dapat terlepas dari status HIV orang tua kandungnya. Orang tua pada umumnya mengalami kecemasan dan merasa bersalah karena bertanggung jawab pada apa yang menimpa anaknya. Hal tersebut seperti dalam ungkapan berikut ini.

“Terus terkena virus dari aku juga... gimana aku gak terpuruknya gitu, kenapa harus sama anak gitu, ya udah aku aja gitu jangan sampai terkena dari aku... kalau misalkan gak ada penyakit dari aku, karena aku yang menularkan... itu sakit dari aku gitu istilahnya mah yah, jadi aku ngerasa aku yang bersalah banget, makanya aku kalau ada apa apa sama si dede sampai nangis nangis, gak bisa gitu, itu kesalahan aku (If.3)

“Ibu dulunya gak tahu kalau harus di caesar, yah kasian kenapa kena ke anak, padahal kan kenapa gak ke ibu aja gitu”. (If.5)

Peneliti melihat perasaan bersalah muncul karena adanya suatu penyakit dari orang tua yang ditularkan pada anaknya sehingga mengakibatkan kemarahan, kesedihan, kecemasan dan penyangkalan. Hal ini sejalan dengan lima tahapan berduka menurut Kubler-Ross dalam Nugraha (2011) yaitu tahap *denial* (penyangkalan), *angry* (kemarahan), *bargaining* (tawar-menawar), *depression* (depresi) dan *acceptance* (penerimaan).

Sub Tema Keempat (1.4): Takut untuk membuka status kepada anak sehingga memilih berbohong demi masa depannya

Orang tua yang merawat ADHA biasanya akan mengalami masalah pada pengungkapan dan memilih merahasiakan status kepada anaknya. Orang tua masih merahasiakan status HIV dari anak mereka karena merasa anak yang mengerti status akan mengalami depresi atau masalah kesehatan mental sehingga melindungi anak dari kekhawatiran masa depannya. Hal tersebut diungkapkan oleh kedua informan berikut.

“Anak ibu belum tahu dia statusnya HIV, dari dokter sama petugas kesehatan di poli anak juga menyarankan jangan dulu ngasih tahu, ibu siapnya kasih tahu pas kelas 3 SMP aja. Pokoknya mah belum waktunya biarkan aja dulu... Takutnya down, terus frustrasi”. (If.1)

“Anak saya kan sekarang 11 tahun, memang dia sudah mengerti tapi belum memahami... sekarang posisinya saya belum open ke anak, anak belum tahu statusnya punya penyakit seperti ini gitu... dia tidak menerima, dia berontak, itu yang saya takutkan, semua orang tua tanya apa yang ditakutkan pasti berontak”. (If.2)

Pernyataan informan bertolak belakang dengan Yayasan Spiritia (2014) yang menyatakan bahwa anak yang diberitahu telah terinfeksi HIV sebelum usia enam tahun memang tidak mempunyai arti baginya, tetapi pada usia 7-10 tahun infeksi HIV dapat diartikan harus minum obat agar badan tetap sehat dan bisa melawan kuman, sementara pada usia 10-13 tahun setiap anak

sebaiknya tahu status HIV mereka dalam pengungkapan penuh karena pada usia ini anak dapat mengerti bahwa dia hidup dengan penyakit menahun yang disebut HIV dan menyadari apa yang perlu dilakukan agar badan tetap sehat.

Orang tua juga menunggu waktu yang paling cocok untuk pengungkapan serta tergantung pada kesiapan orang tua dan anak itu sendiri. Hal serupa juga diungkapkan oleh kedua informan berikut ini

“Kalau sekarang aku ngomong langsung ke dia yang aku takutkan yah jadi broken, nanti dia nya minder, gak mau ini, gak mau itu, aku nya banyak ketakutan... terus dia kabur nauduzubillahimindzalik dia sampai bunuh diri, nah aku gak mau kejadian seperti itu... aku takutnya suatu saat dia tahu status dia, dan dia minder terus berontak”. (If.3)

“Beban ibu sebenarnya takut, entar ngomong ke dia punya penyakit ini, karena nanti kalau mau ngomong dia tidak menerima... tapi nanti aja kalau dia sudah gede ngomongnya, pas dia sudah SMP, tapi ibu juga bingung belum ada persiapan, gak akan ngomong dulu status ini sekarang-sekarang, ibu juga suka ngobrol ke WPA, gimana caranya membuka status kalau dia sudah gede, emang agak takut juga”. (If.5)

Orang tua biasanya mencari informasi dari para medis dan orang-orang yang sudah berpengalaman dalam menghadapi pengungkapan status ADHA. Proses pengungkapan HIV membutuhkan kerja sama dan keterlibatan dari pihak yang sesuai untuk memberi dukungan pada ADHA. Menurut Yayasan Spiritia (2014) anggota

jaringan dukungan ADHA meliputi orang tua, pengasuh, keluarga, guru, petugas kesehatan serta anggota LSM. Peneliti melihat bahwa, proses pengungkapan status HIV pada anak dilakukan secara berlanjut dan hati-hati serta dibutuhkan kesiapan dari anak itu sendiri, pengasuh, juga penyedia layanan kesehatan. Sementara penelitian yang dilakukan di Thailand mengenai sikap pengasuh ADHA terhadap pengungkapan status ditemukan, dari 49 pengasuh yang belum mengungkapkan kepada anak mereka, 37% dari mereka tidak berniat untuk itu dengan alasan utamanya adalah takut menyebabkan kerugian psikologis pada anak dan hanya 17% yang bermaksud untuk mengungkapkan jika ditanya oleh anak (Arida, 2007 dalam Ernawati, 2013).

Orang tua ada juga yang sudah memberitahu anaknya sejak kecil bahwa dia terinfeksi HIV walaupun anak tidak mengerti maknanya. Anak dapat mempertahankan kepatuhan pengobatan dengan memaknai ARV sebagai vitamin sehingga membuatnya merasa lebih sehat seperti fungsi vitamin yaitu meningkatkan daya tahan tubuh. Hal ini diungkapkan oleh informan berikut.

“Dia kan masih belum tahu, belum mengerti... kalau dia minum ARV aku bilang ini vitamin... sekarang mah vitamin aja dulu”. (If.3)

“Pokoknya kasih tahunya itu vitamin aja, kadang temen-temen sekolahnya juga suka nanya kalau suka main, kenapa minum obat, obat apa itu, vitamin biar sehat gitu”. (If.4)

“Kadang dia nanya kenapa minum obatnya tiap hari, kan ini vitamin gitu ibu bilang, emang harus diminum tiap hari, mamah juga minum gitu. ibu belum bisa menjelaskan tuh karena dia belum paham gitu dengan penyakit HIV”. (If.5)

Pemahaman ARV sebagai vitamin agar tetap sehat dapat mengurangi beban anak dalam menjalani pengobatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Walter (2010) di Peru bahwa ODHA memiliki strategi dalam pengobatan dengan menganggap obat sebagai vitamin sehingga cenderung meningkatkan kepatuhan.

Sub Tema Kelima (1.5): Kurangnya pengetahuan orang tua

Pengetahuan yang diperoleh dari kehidupan sehari-hari baik itu pendidikan maupun pekerjaan dapat membentuk perilaku seseorang. Menurut Shintawati (2014) faktor yang mempengaruhi perilaku orang tua dalam memberikan perawatan kepada anaknya adalah pengetahuan yang cukup. Hal tersebut seperti yang diungkapkan oleh ketiga informan berikut.

“Ibu sering ikut jadi testimoni acara untuk cerita bagaimana menjadi ODHA gitu... ibu juga tahu da ikut pelatihan atuh”. (If.1)

“Aku tuh udah mempelajari semuanya gitu alhamdulillah... aku masih ikut pelatihan dari LSM gitu”. (If.3)

“Ibu juga suka dibantu WPA, kadang di ajak rapat kemana... Ibu sering ikut konseling ke dokter ke WPA, terus didampingi”. (If.5)

Adanya kelompok swadaya dalam masyarakat yang memberikan informasi, pendidikan, konseling, menyediakan pelayanan klinis dan membentuk keterampilan berbasis perawatan di rumah akan mendukung perawatan jangka panjang pada ADHA (Legiati, Shaluhyah & Suryoputro, 2012). Orang tua dalam memberikan perawatan kepada anak harus memiliki kemampuan mengenal masalah yang meliputi pengertian, tanda & gejala, penyebab, kemampuan mengambil keputusan mengenai tindakan perawatan yang tepat dan menggunakan pelayanan kesehatan di masyarakat (Tindyetwa et al, 2011). Hal tersebut seperti yang diungkapkan oleh informan kedua berikut ini.

“Saya tahu kondisi anak HIV itu labil gitu, gak seperti anak yang lain, walaupun CD4 nya baik, mudah terserang penyakit apabila kurang menjaganya, daya tahan tubuhnya gampang merosot, walaupun konsumsi vitamin penuh, ada kalanya dia ngedrop... saya selalu konseling yah sama dokter... walaupun dikampung tapi saya yang tahu kondisinya anak seperti apa”. (If.2)

Sub tema keenam (1.6): Mengetahui status anak positif HIV tidak sejak dini

Anak yang tertular HIV dan sudah memasuki tahap AIDS sering mengalami infeksi baik karena virus maupun bakteri. Hal itu dinyatakan oleh ketiga informan berikut ini.

“Pas 2012 karena baru ketahuan positif HIV pernah drop... terus diperiksa darah pas sakit 2 minggu di rawat RSHS” (If. 1)

“Dari dia usia 3 tahunan... memang kondisinya ngedrop, kecil gitu... tahun 2010 sejak ayahnya meninggal, ayahnya di VCT, diketahui punya penyakit HIV”. (If. 2)

“Awalnya ibu tertular dari suami yang dulu... anak diketahui tahun 2010, diperiksa di Hasan sadikin”. (If.5)

Keberadaan virus HIV dalam tubuh anak dapat diketahui melalui pemeriksaan laboratorium pada sampel cairan tubuh seperti darah (Puluningsih, 2010). Biasanya pemeriksaan VCT pada anak dilakukan setelah salah satu orang tuanya meninggal karena AIDS. Hasil penelitian Khairurrahmi (2009) menunjukkan bahwa penularan HIV dari ibu ke bayi kemungkinan berasal dari seorang laki-laki HIV positif yang menularkan kepada pasangannya melalui hubungan seksual tidak aman dan selanjutnya pasangan perempuan itu menularkan kepada bayi yang dikandungnya. Hal tersebut diungkapkan oleh kedua informan berikut ini.

“Awalnya ketahuan si ade umur 2 tahun, karena waktu itu pertama ngedrop itu suami, terus suami ketahuan positif, terus dokter menyarankan untuk cek semua anggota keluarga”. (If. 3)

“Awalnya memang saya terinfeksi dari almarhum suami saya... anak ibu positif karena ibu menyusui sih, padahal lahirannya caesar”. (If.6)

Anak yang statusnya masih berada pada fase HIV memang tidak menampilkan gejala, kecuali sudah masuk ke dalam fase AIDS (KPAN, 2011).

Tema Kedua (2): Hambatan Ekstern (Luar)

Sub Tema Pertama (2.1): Stigma

Stigma yang dilakukan masyarakat awam biasanya karena ada pandangan buruk bahwa ODHA sangat memalukan telah memiliki penyakit HIV/AIDS. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh kedua informan berikut.

“Kadang ada yang bikin sakit hati mah ngomong tentang anak gitu, tapi yah ibu mah diem aja, kita sudah terbiasa, jadi cuek aja biarkan, kalau di posyandu ada lah ibu-ibu kader, pake sarung tangan gitu”. (If.1)

“Kalau saya dapat stigma dan tersinggung saya marah-marah gitu, pada petugas kesehatan juga, saya gak mau dia kecewa, disakitin... saya gak ingin anak saya sedih... saya takut stigma dan diskriminasi akan bikin dia seperti gara-gara ini dia dijauhi”. (If.6)

Peneliti melihat ibu yang memiliki anak dengan penyakit HIV/AIDS tidak jarang mendapatkan stigma dari masyarakat. Padahal menurut Undang-Undang Dasar 1945 tentang Perlindungan Anak tercantum dalam Pasal 28 Ayat (2) bahwa perlindungan anak adalah “Segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak dan hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi, secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan”.

Sub Tema Kedua (2.2): Diskriminasi

Selain itu, diskriminasi dapat terjadi kepada ADHA. Diskriminasi bukan hanya didapatkan dari masyarakat tetapi dilakukan juga oleh petugas di layanan kesehatan tempat ODHA mencari perawatan. Hal tersebut seperti yang diungkapkan oleh kedua informan berikut ini.

“Dipukesmas juga pake sarung tangan sampai 5 lapis... kalau di IGD juga, berobat juga dihiraukan, pas anak drop yah, para perawatnya tahu statusnya, padahal mereka kan ngerti yah gimana penularannya, sarung tangan tebal pas mau pasang infus... Pernah ada yang ngomong jangan pake bantal, padahal kan gak menular lewat keringat yah, padahal mereka kan lebih tahu, apakah nunggu kita kojoor dulu gitu yah”. (If.1)

“Awal awal... karena aku bilang aku B20 aku sampai dijauhin, penanganannya itu langsung menjauh”. (If.3)

Peneliti melihat diskriminasi dapat terjadi dalam pelayanan kesehatan yang menunjukkan kearah penghinaan atau perlakuan kasar. Hasil penelitian Chambers et al. (2015) di Canada ditemukan masih ada stigma dan diskriminasi pada ODHA dari petugas kesehatan, meskipun mereka dibekali tentang pengetahuan HIV/AIDS. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Wachdin, Murti & Demartoto (2017) bahwa stigma oleh petugas kesehatan juga ditunjukkan melalui justifikasi bahwa ODHA adalah orang yang berbeda dan dianggap tidak normal. Menurut Wahyuni & Rahayu (2013) stigma dari masyarakat yang dialami ODHA adalah perlakuan berbeda

dibandingkan dengan orang yang menderita penyakit lain sehingga banyak ODHA tidak membuka identitas dirinya. Hal ini diungkapkan oleh kedua informan berikut ini.

“Saya gak open ke sekolah tentang kondisinya, maksudnya gak ada yang tahu lah, udah aja cukup kita aja takutnya ada hal hal lain... justru kalau open yang saya takutkan dapat menstigma dan diskriminasi anak saya... namanya juga dikampung, karena orang beda yah, tingkat pendidikannya mungkin bisa mempengaruhi juga, kalau namanya diluar yah pikirannya beda”. (If.2)

“Dia harus belajar ini merupakan sebuah proses, diluar sana ada stigma dan diskriminasi yang sangat besar, selama ini yah kalau sudah waktunya minum obat padahal banyak orang, dia harus sembunyi, bisa-bisanya kita jaga, dia memang terjaga status kesehatannya”. (If.6)

Peneliti melihat bahwa orang tua masih menutup status penyakit anaknya ke sekolah karena takut akan stigma dan diskriminasi yang bisa saja dilakukan guru atau temannya sehingga mengakibatkan ADHA ditolak dilingkungan sekolah. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di Negara Kamboja yang melaporkan bahwa 76 dari 100 ODHA mendapatkan stigma dan diskriminasi (Lubis, Sarumpaet & Ismayadi, 2016). Hal tersebut juga didukung oleh hasil penelitian di Negara Zimbabwe oleh Campbell et al. (2010) yang menunjukkan bahwa teman di sekolah juga dapat memberikan stigma terhadap ADHA yang disebabkan oleh penyakit yang diderita atau keadaan fisiknya.

Tema Ketiga 3: Tantangan Dalam Perawatan

Sub Tema Pertama (3.1): Kewajiban minum obat ARV secara teratur

Anak yang sudah didiagnosa HIV/AIDS harus rutin setiap hari minum obat ARV (*Antiretroviral*) untuk menekan perkembangan virus dalam tubuhnya. Jenis obat yang paling banyak dikonsumsi ODHA adalah obat dengan 3 kombinasi ARV lini pertama. Hal tersebut diungkapkan oleh keempat informan berikut ini.

“Ada 3 macam diminum jam 6 pagi, zidovudin, lamivudin, sama kotri untuk daya tahan tubuh itu antibiotic... kalau yang pagi jam 6 sebelum berangkat sekolah 2 macam, malam jam 6 juga”. (If. 1)

“Eee kalau sekarang mah kotrimoxazole masih masuk jam 7 pagi karena ARV masuk jam 7 pagi dan jam 7 malam”. (If.2)

“ARV di ambil di RS Bungsu setiap bulan sekali, kan memang kesana kontrolnya, dia minum 2 kali sehari, pagi dan malam, minumannya dia rutin dari tahun 2010” (If.5)

“Paling terapi ARV, itu aja sih... ada 3 macam, itu ada lamivudin & zidovudin itu jadi satu kapsul merek dagangnya dupiral satu pagi satu malam, kalau efavirenz malam aja... resep ARV diambil di RS Bungsu” (If.6)

Ibu datang ke layanan HIV sebulan sekali pada waktu yang sudah ditetapkan untuk diberikan persediaan ARV. Kepatuhan pengobatan berhubungan dengan perilaku mengambil obat. Berdasarkan data dari Kemenkes RI (2011). Sebanyak 80% ODHA

masih menggunakan ARV lini pertama yaitu *zidovudin, lamivudin, nevirapin, efavirenz* dan *tenofovir*. Sebanyak 16,7% diganti dengan ARV lain tetapi masih lini pertama dan 4% sudah diganti oleh lini kedua yaitu *ritonavir* atau *lopinavir*. Menurut WHO (2011) pengobatan ARV kombinasi dosis tetap mulai banyak digunakan di negara lain karena mudahnya pemberian obat tersebut. Yayasan Spiritia (2013) menyatakan selain pengobatan ARV kombinasi, anak juga akan mendapatkan obat kotri yang mengandung antibiotik *sulfametoksazol* dan *trimethoprim* untuk mengurangi beban infeksi menular, mengobati diare dan infeksi oportunistik.

Kualitas hidup anak yang menderita HIV/AIDS sebagian besar tergantung pada kepatuhan terapi ARV. Studi penelitian di Thailand, Kenya & Ukraina menunjukkan hasil yang positif dilihat dari keberhasilan program terapi ARV pada anak (Mahdavi et al., 2010). Hal tersebut diungkapkan oleh informan berikut ini.

“Jadi lebih rutinnnya ke pengobatan ARV itu, jangan bolong-bolong... nanti sakit gak sekolah lagi... ya gitu lah ngerawatnya mah... saya selalu tepat waktu dalam memberikan obat... yang utamanya jangan sampai telat ARV nya”(If.2)

“Yang penting kan nomor satu obat... Aku penanganannya cuma minum obat ARV... sekarang dia suka ngingetin” (If. 3)

Menurut Yayasan Spiritia (2013) bagi ODHA terapi ARV bukan hanya pengobatan biasa tetapi bermakna harapan untuk memperbaiki kualitas dan keberlangsungan

hidup. Selanjutnya, Teori *Health Belief Model* mengatakan bahwa tindakan seseorang untuk rutin pengobatan ARV didorong oleh ancaman penyakit HIV/AIDS (Legiati, Shaluhiyah & Suryoputro, 2012). Walaupun orang tua selalu mengingatkan dan membiasakan anak minum obat pada waktu yang sama setiap hari tetapi bisa saja anak kelupaan dan kadang mengeluh sudah bosan. Seperti ungkapkan kedua informan berikut ini.

“Kalau terlambat keluhan dia suka kesemutan kaki... 2 hari setelahnya itu pusing, panas dingin.... kalau ibu mengingatkan pasti diminum, kalau gak mah main kemana sampai lupa minum”. (If.1)

“Keluhan anak ada aja sih minum obat-obatan terus terusan tiap hari sudah sekian tahun, ada lah rasa bosan pasti, itu normal, manusiawi”. (If.2)

Peneliti melihat bahwa ODHA harus minum obat ARV seumur hidupnya sehingga dapat menjadi beban pada moril, fisik dan mental. Beban tersebut makin memberatkan ODHA apabila mengalami dampak dari keterlambatan minum obat seperti pusing, demam dan mengalami gangguan perifer seperti kesemutan dan pegal. Menurut Felix & Ceolim (2012) alasan ODHA sering melewatkan dosis ARV secara tidak sengaja dikarenakan lupa.

Sub Tema Kedua (3.2): Harus Rutin pemeriksaan CD4

CD4 (*Cluster of differentiation 4*) merupakan komponen dari sel darah putih manusia yang dirusak oleh HIV ketika terjadinya penularan sehingga ODHA memiliki sistem kekebalan tubuh yang lemah dan mudah terkena infeksi. Kerusakan imunologi pada ODHA dapat ditandai dengan melihat jumlah CD4 sebagai indikatornya. Pemeriksaan jumlah CD4 sangat penting untuk mengetahui progresivitas infeksi HIV. Hal tersebut seperti diungkapkan oleh keempat informan berikut.

“Ya kalau perawatan utama yang saya lakukan... cek CD4 ke rumah sakit RSHS, itu aja yang rutin saya lakukan... per 6 bulan sekali kita cek CD4. Pas usia 3 tahun pas di cek CD4 memang sudah rendah jadi yang duluan masuk ARV anak saya”. (If.2)

“Dia 3 bulan sekali diambil darah”. (If.3)

“Kalau mau periksa CD4... harus diperiksa 3 bulan sekali”. (If.4)

“Terus pemeriksaan CD4 untuk cek darah setahun 2 kali”. (If.5)

Untuk menilai keparahan penyakit HIV/AIDS seseorang yaitu dengan melihat status imunitasnya dari pemeriksaan jumlah CD4. Pemeriksaan ini melengkapi pemeriksaan klinis untuk menentukan pasien yang memerlukan pengobatan infeksi oportunistik dan memulai terapi ARV. Berdasarkan Kebijakan Pedoman ARV (2011), untuk memulai terapi ARV pada pasien HIV/AIDS yaitu dengan jumlah

CD4>350 sel/mm³ tanpa memandang stadium klinisnya. Menurut Cohen dkk (2011) jumlah CD4 menjadi salah satu parameter untuk pemberian terapi serta pemantauan infeksi oportunistik. Pemeriksaan jumlah CD4 sebaiknya diulang setiap 3-6 bulan pada pasien yang menggunakan terapi ARV untuk memantau sistem kekebalan tubuhnya. Manfaat ARV untuk pengobatan HIV/AIDS adalah mengurangi jumlah virus dalam darah, meningkatkan jumlah sel CD4 sehingga ODHA merasa lebih baik yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidupnya (KPAN, 2010). Penelitian Dalmida dkk (2009) di Afrika & Amerika menunjukkan bahwa semakin tinggi nilai CD4 pada pasien HIV/AIDS maka sistem imunnya berada dalam keadaan baik. Pasien dengan CD4 di bawah batas normal sangat rentan terhadap berbagai penyakit infeksi oportunistik. Hal tersebut seperti yang diungkapkan ketiga informan berikut ini.

“Dulu CD4 nya pernah 50, rutin minum obat sekarang 285 pas periksa kemarin”. (If.1)

“Masuk rumah sakit CD4 nya sampai 88 baru kemarin cek 171 ke dokter”. (If.3)

Orang tua beranggapan bahwa apabila anaknya rutin minum obat ARV, maka dapat meningkatkan jumlah sel CD4 dan sistem imunnya akan membaik. Hal ini sejalan dengan pernyataan Kemenkes RI (2011) bahwa jumlah CD4 menjadi tolak ukur status kesehatan ODHA dan sebagai

indikator kegagalan imunologis karena terapi ARV yang buruk. Jumlah CD4 normal adalah 410-1590 sel/mm³ dan bila CD4 <350sel/mm³ bisa dikatakan AIDS. Infeksi oportunistik biasanya tidak terjadi pada ODHA hingga jumlah CD4 turun dari kadar normal sekitar 500-2000 sel/μL menjadi kurang dari 200 sel/mm³. Penderita dengan jumlah CD4 >200 sel/mm³ memiliki kerentanan enam kali lebih besar untuk infeksi oportunistik dibandingkan dengan jumlah CD4 >350 sel/mm³ (Ghate, et al., 2009). Pedoman Nasional Pengobatan ARV (2011) menjelaskan bahwa rata-rata penurunan CD4 sekitar 70-100 sel/mm³/tahun dan terjadi peningkatan setelah pemberian ARV antara 50-100 sel/mm³/tahun dengan monitoring setiap 6 bulan. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh kedua informan berikut

“Kalau gak tepat waktu minum obat kelihatan, kalau tepat waktu bisa naik CD4 nya... minum obat waktunya gak teratur, malah turun CD4 nya, kalau gak pas gitu jam nya.”. (If.4)

“Paling control... setiap bulan harus ke dokter, control untuk pemeriksaan darah, virallod dan yang lainnya... dia tahu harus cek darah untuk monitor keberhasilan pengobatan dan kesehatannya”. (If.6)

Pemantauan *viral load* dapat mengukur jumlah replikasi virus HIV dalam darah. Hal ini sejalan dengan pernyataan WHO & UNAIDS (2009) bahwa pemeriksaan CD4 dan jumlah *viral load* pada penderita HIV yang mendapatkan ARV dilakukan untuk pemantauan terapi. ARV bekerja dengan

cara mengurangi jumlah virus yang menginfeksi CD4 sehingga sistem kekebalan tubuh dilindungi dari kerusakan yang ditunjukkan dengan peningkatan jumlah sel CD4. Terapi ARV digunakan secara jangka panjang sehingga memerlukan pemeriksaan CD4 yang rutin untuk melihat keefektifan pengobatan (Nursalam & Kurniawati, 2013).

Sub Tema Ketiga (3.3): Mencari perawatan bila anak sakit

Anak yang sudah terinfeksi HIV akan rentan terserang penyakit apabila tidak mendapatkan pengobatan dan perawatan yang sesuai. Menurut WHO (2011) salah satu cara mengatasi perubahan fisik yang ditimbulkan akibat HIV/AIDS yaitu meningkatkan cakupan pengobatan, dukungan dan perawatan. Hal tersebut diungkapkan oleh kedua informan berikut ini.

“Yang ibu lakukan selalu dikonsulkan dulu ke dokter sama petugas kesehatan... Pernah 2 bulan kan drop yah, di opname 2 minggu... ibu mah kalau stok obat habis buat si kakak yah ibu ambil ke UGD buat sehari” (If.1)

Peneliti melihat bahwa orang tua akan segera mencari perawatan medis apabila anaknya sakit. Menurut Legiati, Shaluhayah & Suryoputro (2012) bahwa konsultasi dengan petugas kesehatan akan memberikan pemahaman yang benar tentang kerentanan dan keparahan suatu penyakit. Teori *Health Belief Model* mengatakan bahwa tindakan seseorang untuk mencari pengobatan atau

pencegahan didorong oleh ancaman penyakit tersebut (Legiati, Shaluhayah & Suryoputro, 2012). Hal tersebut diungkapkan oleh ketiga informan berikut ini.

“Ngedropnya itu panas, dari panas aja, jadi panasnya gak berhenti berhenti, udah pake apa-apa, panas tinggi terus, aku lariin ke rumah sakit”. (If.3)

“Dia kalau ngedrop itu pasti diem... dia gak enak badan gitu, lemes, demam, pusing, paling tiduran, dikompres, minum obat paracetamol... ke dokter, pokoknya jangan sampai terlambat... kalau gak bisa, saya selalu ke puskesmas, gak disimpenn gitu anak teh (If.2)

Menurut Ernawati (2013) tugas kesehatan keluarga meliputi kemampuan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan, memutuskan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Friedman, Bowden & Jones (2010) juga mengungkapkan bahwa orang tua terlibat dalam pengambilan keputusan untuk memilih proses terapi pada anaknya disetiap tahapan sehat dan sakit. Hal itu diungkapkan oleh informan ketiga berikut ini.

“Pernah pengobatan ke pak haji ngobatin si ade, sampai dibawa ke mana-mana, dibawa ke garut, dibawa kesana kesini... ke dokter mah harus, berdoa harus, berikhtiar harus, medis mengatakan gak ada yang dapat menyembuhkan, tapi aku jalani”. (If.3)

Peneliti melihat orang tua akan mempertahankan keadaan kesehatan

anaknyanya dengan menggunakan pengobatan medis yang bertujuan untuk menghilangkan rasa sakit dan berkunjung ke tempat praktek spiritual atau doa untuk mencari ketenangan.

Sub Tema Keempat (3.4): Memenuhi kebutuhan nutrisi

Pemenuhan nutrisi pada ADHA umumnya tidak berbeda dengan yang diberikan pada anak lainnya. Menurut UNICEF (2010) keluarga berperan dalam meningkatkan status kesehatan, mengatasi HIV/AIDS, termasuk pemberian obat dan pemenuhan nutrisi anak sehingga mengurangi rawat inap di rumah sakit. Gizi yang adekuat dapat mencegah kurang gizi, menghambat perkembangan virus, mendukung efektivitas perawatan dan pengobatan serta meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi oportunistik. Hal tersebut seperti yang diungkapkan oleh informan berikut ini.

“Paling roti, donat, kalau yang utamanya sayuran, kami selalu konsumsi sayuran, tahu, tempe, selalu ada, itu selalu dipaksain”. (If.2)

“Kalau makanan biasa aja, ibu seadanya kayak telur ada juga... itu aja sih dari makanan, susu, telur itu juga kalau ada rezekinya”. (If.4)

“Pokoknya makan tepat waktu, makan yang bener, maksudnya makan nasi dan lauk 4 kali sehari, pagi siang sore dan malam... porsi banyak”. (If.6)

Asupan gizi yang optimal berfungsi membantu meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup ADHA. Menurut Fathimah (2013) kebutuhan energi untuk ADHA lebih

besar 10% dari anak lainnya, karbohidrat sangat dibutuhkan untuk menghasilkan energi, protein sebesar 12-15% dibutuhkan untuk memelihara sel dan jaringan tubuh termasuk pembentukan antibodi, lemak dalam jumlah 10-25% dari kebutuhan energi total merupakan cadangan energi tubuh paling besar. Kemenkes RI (2010) juga menambahkan bahwa ADHA disarankan mengkonsumsi protein dari sumber hewani dan nabati seperti telur, ayam, ikan, daging, susu dan produk olahannya yang dapat membantu mempertahankan otot. Hal tersebut diungkapkan oleh ketiga informan berikut ini

“Kan dikasih susu dari KPA buat anak ODHA tapi dia suka gak mau, kalau susu kaleng beli di supermarket, dia mau dan diminum”. (If.1)

“Vitamin, paling susu, kalau susu kadang mau kadang gak, namanya juga anak... susu selalu sedia dirumah”. (If.2)

“Suka ada bantuan juga, dari susunya dulu dapat dari dinas sosial, dulu dikasihnya uang, dibelanjakan... alhamdulillah begitu daya tahan tubuhnya jadi bagus ke badannya”. (If.4)

Orang tua juga memberikan minuman madu kepada anaknya sebagai obat berbagai macam penyakit. Hal tersebut diungkapkan oleh kedua informan berikut ini.

“Paling madu, buat daya tahan tubuhnya gitu, buat stamina, alhamdulillah... sistem imun tubuhnya bagus gitu... Itu aja beli madu, ibu kasih pagi sama sore, suka kelihatan makannya agak enak, suka kelihatan

badannya seger kalau dikasih madu”.
(If.4)

“Paling vitamin kayak madu” (If.6)

Madu bisa digunakan untuk suplementasi nutrisi bagi individu yang sehat juga sebagai antioksidan dan antibakteri yang mempercepat penyembuhan luka. Menurut Hotnida (2011) manfaat madu untuk kesehatan adalah multikhasiat dalam menyembuhkan penyakit. Selain itu kemenkes RI (2010) menyarankan bahwa makanan yang dipilih disesuaikan dengan batasan pemenuhan gizi pada pasien yang diresepkan. Hal tersebut diungkapkan oleh kelima informan berikut ini.

“Makannya dijaga jangan yang pedes, jangan yang bersoda...cuma makanan pedes banget itu tidak diperbolehkan, kan kalau status ODHA kalau sudah sakit perut kan bisa drop parah, susah buat adaptasinya kata dokter... makan duren pernah drop”.(If.1)

“Harus hati-hati dari makanannya, dia gak pernah jajan yang sembarangan, pokoknya mending dia nangis aja dari pada jajan sembarangan, bapaknya juga begitu, neneknya juga begitu memperlakukannya”. (If.3)

“Ibu gak tahu sih jajannya suka sembarangan gitu... makanannya selalu dijaga yah, harus bergizi, kan yang punya HIV mah sensitif gitu yah rentan terhadap penyakit”.(If.4)

“Karena dia pencernaan sudah sensitive jadi kita punya jadwal dia untuk mie instan, makan mie instan sebulan dua kali”. (If.6)

Sub Tema kelima (3.5): Menanamkan pondasi yang kuat kepada anak

ADHA tetap perlu untuk mencapai tahapan perkembangan seperti anak yang sehat pada umumnya. Menurut Marlinda (2011), tugas-tugas perkembangan anak usia sekolah adalah mengembangkan kemampuan dasar dalam belajar, bergaul, menggunakan kemampuan fisik dan mengembangkan konsep hidup serta moral terhadap kelompok sosial. Hal itu diungkapkan oleh keempat informan berikut ini

“Selain sekolah dia juga ngaji gitu”.
(If.2)

“Dia ngaji TPA, kayak paud lagi gitu... biasa aja sih kayak sekolah lagi... malah jadi 2 kali tapi dua duanya kayak paud gitu”. (If.3)

“TPA juga dia ngaji, setiap hari senin sampai jumat”. (If.4)

“Dia aktivitasnya paling sekolah dan ngaji aja”. (If.5)

Wafirah (2013) menyatakan bahwa pendidikan yang baik serta pengetahuan yang luas menjadi kunci keberhasilan dalam menjalankan peran sebagai anak. Orang tua juga memiliki kewajiban untuk meningkatkan pengetahuan dan pendidikan anak agar bisa mengembangkan kemampuan sesuai tahap perkembangan, mendapatkan informasi yang tepat, belajar menyelesaikan masalah serta bisa menunjukkan penerimaan terhadap sakitnya. Hal tersebut diungkapkan oleh informan kedua berikut ini

“Merawat diri sendiri dan hati juga itu yang utama, saya selalu bilang ke anak saya, sok berdoa sama Allah, walaupun lagi sakit seperti sekarang saya selalu bilang seperti itu, obat minum tapi yang dapat menyembuhkan kamu bukan obat ini, saya selalu memberikan pondasi seperti itu kepada anak... kamu solat minta sama yang diatas kalau kamu ingin sembuh (If.2)

“Jiwanya dikuatin, dia jadi kuat, anak aku harus sehat, aku mengajarkan bahwa dia gak sakit gitu... dede kamu gak usah takut, aku juga harus mengajarkan ke anak aku, ini mamah aja kuat, gak boleh lemah, gak boleh nangis, karena kalau misalkan dede gak kuat mau sama siapa lagi, jadi aku mah nerapin nya yah gitu”. (If.3)

Peneliti melihat bahwa selain pemahaman ARV terkait fungsi medis, memaknai ARV terkait fungsi spiritual juga memberikan harapan hidup yang positif sehingga meningkatkan kepatuhan pengobatan. Menurut Kyle dan Carman (2014) spiritualitas merupakan fokus penting ketika bekerja sama dengan anak-anak. Hasil penelitian Bert (2011) dalam Sujana, Fatimah & Hidayati (2017) pada 110 ibu yang memiliki anak remaja menunjukkan bahwa spiritualitas ibu merupakan prediktor kuat antara ibu dan anak. Anak yang mendapatkan pemahaman spiritual dapat menerima dengan ikhlas sakit yang dideritanya, mampu mengambil pelajaran serta memiliki harapan yang realistis terhadap kesembuhan.

Adhim (2010) mengatakan orang tua perlu mengingatkan dan menumbuhkan niat anak dalam belajar. Anak akan memiliki

pertahanan diri yang didapatkan dari proses mengingat dan dipelajari sejak awal timbulnya masalah serta menyadari dampak dari masalah tersebut. Hal itu diungkapkan oleh kedua informan berikut.

“Dia tahu ada virus dalam tubuhnya, dia tahu kekebalan tubuhnya lemah, dia tahu harus patuh minum obat namanya ARV... dia tahu tertular dari ibunya, dan dia harus takut akan jangka panjang apabila tidak disiplin, dia harus menjaga kesehatan karena daya tahan tubuhnya lemah”. (If.6)

“Saya menjelaskan ke anak kondisi kamu kan beda dengan yang lain, artinya daya tahan tubuh kamu lebih cepat menurun dibandingkan teteh kamu atau adik kamu yang lain” (If.2)

Orang tua bukan hanya mendorong anak untuk tetap pergi ke sekolah, tetapi juga aktif beraktivitas seperti olahraga yang sesuai dengan kemampuannya. Kegiatan olahraga yang disenangi seperti berenang atau bersepeda akan membantu anak untuk tetap mengikuti program tersebut. Hal itu diungkapkan oleh ketiga informan berikut ini.

“Waktu itu pernah sendirian naik sepeda ke kakeknya... futsal anak ini mah hobby”. (If.1)

“Paling main bola disekolah... olahraga ke gasibu”. (If.5)

“Dia sibuk banget, senin sampai jumat sekolah, selasa sama jumat renang, senin dia less inggris, hari sabtu minggu dia futsal, dan dia bisa sehat dengan pantauan dokter, setelah olahraga kesehatan dia jadi lebih membaik, karena nafsu makan bertambah, tidur teratur, metabolisme

jadi lebih baik, karena pembuangan zat-zat yang tidak perlu lebih baik". (If:6)

Menurut Nursalam (2009) olahraga yang dilakukan secara teratur menimbulkan adaptasi organ tubuh yang berefek menyehatkan dan menghasilkan perubahan pada jaringan, sel, serta protein pada sistem imun. Olahraga memang tidak dapat melawan penyakit HIV/AIDS, tetapi dapat membantu ODHA merasa lebih sehat dan mengurangi efek samping dari obat ARV yang dipakai.

PENUTUP

New insight dalam penelitian ini, yaitu orang tua yang merawat anak dengan HIV/AIDS merasa takut untuk mengungkapkan status HIV kepada anaknya karena orang tua merasa khawatir anak yang mengetahui status akan mengalami pemberontakan, kesedihan, atau mengalami masalah kesehatan mental sehingga orang tua lebih memilih berbohong kepada anak tentang statusnya. Kerahasiaan status yang dilakukan orang tua juga diakibatkan ketakutan pada stigma dan diskriminasi dari masyarakat awam yang tidak mengetahui cara penularan penyakit HIV/AIDS sehingga khawatir akan diperlakukan berbeda dibandingkan dengan orang yang menderita penyakit lain. Orang tua juga belum memberitahukan status HIV anak mereka kepada pihak sekolah karena merasa takut akan menimbulkan stigma dan diskriminasi dari guru dan temannya.

Peran orang tua sangat penting dalam memberikan dukungan dan perawatan kepada anaknya dengan selalu meningkatkan motivasi dan pengawasan agar anak tetap mematuhi pengobatan. Diharapkan, kedepannya, permasalahan yang berkaitan dengan ADHA dapat menjadi prioritas dan ditanggulangi secara maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhim, M. F. (2013). Didik mereka jadi pemberani. *Majalah Suara Hidayatullah*. Edisi Oktober 2012. Surabaya
- Avert. (2011). Children, HIV and AIDS. <http://www.avert.org/children.htm>. diakses 25 Maret 2018
- Ardana, E. (2014). *Resiliensi Orang dengan HIV/AIDS (ODHA)* (Doctoral dissertation unpublished, Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim).
- Burhan R.F., Listyawati E.F., & Zuhroni. (2014). Gambaran kebermaknaan hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) serta tinjauannya menurut islam. Vol. 2. Fakultas Psikologi Universitas YARSI. *Jurnal Psikogenesis*.
- Badahdah AM, & Pedersen DE. (2011). I want to stand on my own legs: A qualitative study of antiretroviral therapy adherence among HIV-positive women in Egypt. *AIDS Care*. Juni 2011. 23(6):700-4
- Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., Raeifar, E., & Rourke, S. B. (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 15(1), 848.
- Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., ... & Godbole, S. V. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England journal of medicine*, 365(6), 493-505.

- Ernawati. (2013). Sikap pengasuh anak balita yang terinfeksi HIV/AIDS Di Kabupaten Temanggung dan Kudus. Program Studi S 1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Semarang. *Jurnal Keperawatan Komunitas*. 1 (1): 62-73
- Fathimah, F. (2013). Gambaran orang tua/pengaruh dalam memberikan makanan bergizi kepada anak terinfeksi human immunodeficiency virus di Yayasan Tegak Tegar Wiayah Jakarta Timur Tahun 2013.
- Felix, G., & Ceolim, M. F. (2012). The profile of women with HIV/AIDS and their adherence to the antiretroviral therapy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 884-891.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC, 5-6.
- Hockenberry, M. J. (2009). Wilson D. Wong's *essentials of pediatric nursing*, 8.
- Kyle, T & Carman, S. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Edisi 1. EGC. Jakarta
- Kaay, FA. (2016). Stress ibu hamil usia remaja yang melakukan pemeriksaan HIV/AIDS dan dinyatakan positif HIV/AIDS di Puskesmas Kota Wamena (Studi Kasus Terhadap Pasien Voluntary Counseling Testing). *Skripsi*. Program Studi Fakultas Psikologi. Universitas Kristen Satya Wacana: Salatiga.
- Legiati, Shaluhiah & Suryoputro. (2012). Perilaku ibu hamil untuk Tes HIV di Kelurahan Bandarharjo dan Tanjung Mas Kota Semarang. Politeknik Kesehatan Kemenkes Jurusan Kebidanan Bandung & Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro Semarang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. 7 (2). titi.legiati@yahoo.com. diakses 10 Juni 2018.
- Lubis, L., Sarumpaet, S. M., & Ismayadi, I. (2016). Hubungan stigma, depresi dan kelelahan dengan kualitas hidup HIV/AIDS di Klinik Veteran Medan. *Idea Nursing Journal*, 7(1), 1-13.
- Mahdavi, S., Malyuta, R., Semenenko, I., Pilipenko, T., & Thorne, C. (2010). Treatment and disease progression in a birth cohort of vertically HIV-1 infected children in Ukraine. *BMC pediatrics*, 10(1), 85.
- Marlinda, E. (2011). *Pengalaman Ibu dalam Merawat Anak Berkebutuhan Khusus: Autisdi Banjar Baru Kalimantan Selatan* (Doctoral dissertation, Tesis).
- Mboi, N. (2011). Dampak Epidemi Ganda AIDS dan Narkoba pada Anak Indonesia. <http://www.ifppd.org/detail/newsforum.php?id=11>. diakses 25 Mei 2018
- Muhaimin, T. (2010). Impact of HIV/AIDS in the family on children's quality of life. *Medical Journal of Indonesia*, 19(4), 280-6.
- Nursalam & Kurniawati, N.D. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Shintawati I. (2014). Faktor Pendukung dan Penghambat Kepatuhan Penggunaan Obat: Studi Kualitatif Pada Pasien HIV/AIDS dengan Terapi Antiretroviral Lini Kedua di Provinsi D.I. Yogyakarta. *Skripsi*
- Sujana ES, Fatimah & Hidayati N.O. (2017). *Kebutuhan Spiritual Keluarga Dengan Anak Penderita Penyakit Kronis*. Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 3 (1):47-56

- Tindyebwa, D., Kayita, J., Musoke, P., Eley, B., Nduati, R., & Tumwesigye, N. (2011). Handbook on paediatric AIDS in Africa by the African Network for the care of children affected by HIV/AIDS (ANNECA). *Kampala, Uganda: ANECCA Secretariat. Retrieved April, 11, 2015.*
- UNAIDS. (2010). UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Children, HIV and AIDS. <http://www.avert.org/children.htm>. diakses 10 Juni 2018.
- UNICEF. (2011). Caring for Children Affected by HIV and AIDS. <http://www.unicef-irc.org/publication/pdf/insight-hiv-eng.pdf>. diakses 10 Juni 2018.
- Wachdin, F. R., Murti, B., & Demartoto, A. (2017). Phenomenology Study: Community Non Acceptance of Children with HIV/AIDS in Surakarta. *Journal of Epidemiology and Public Health, 1*(3), 148-153.
- Wahyuni WB, Widjanarko & Shaluhayah Z. (2014). Partisipasi Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) Ibu Rumah Tangga pada Program *Prevention Of Mother to Child Transmission* (PMTCT) di Kota Semarang. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. Volume 9 (2). Magister Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro.
- WHO. (2011). WHO Director-General calls for more synergies to achieve millennium development goal on mothers, children and HIV. <http://www.who.int/hiv/mediacentre/mtct/en/index.html>. New York. tanggal 25 Mei 2018
- Willyane & Giselle. (2014). Experience of taking care of children exposed to HIV: a trajectory of expectations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. www.eerp.usp.br/rlae
- Yayasan Spiritia, (2014). Saya berhak tahu... dan saya berhak mengungkapkan. E-mail: info@spiritia.or.id. <http://spiritia.or.id/>. diakses 10 Juni 2018.
- Yuniar, Y., Handayani, R. S., & Aryastami, N. K. (2013). Faktor-faktor pendukung kepatuhan orang dengan HIV AIDS (ODHA) dalam minum obat antiretroviral di Kota Bandung dan Cimahi. *Buletin Penelitian Kesehatan, 41*(2 Jun), 72-83.

PENGARUH PAKET “AViL-PMS” TERHADAP PENGETAHUAN REMAJA PUTRI DI SMA “X” KOTA BANDUNG

Clara Yollanda R¹⁾, Raden Nety Rustikayanti²⁾, Metha Dwi Tamara³⁾
r4denty@gmail.com

^{1,2)}Program Studi Sarjana Keperawatan, STIKes Dharma Husada Bandung

³⁾Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, STIKes Dharma Husada Bandung

ABSTRACT

About 7 until 10 days before the onset of menstruation, a young women will have a symptoms of physical or emotional changes known as Pre-menstrual Syndrome (PMS). Knowledge of Pre-menstrual Syndrome should already be known by young women. Giving knowledge can be done with health education by using Audiovisual leaflet pre-menstrual syndrom (AViL-PMS) as a media. This media is more interesting and effective because it involves two senses that is vision and hearing, so it can maximize the acceptance of information. This study aims to determine the influence of AViL-PMS health education about Pre-menstrual Syndrome (PMS) toward the knowledge of young women. This research is quantitative with quasi experimental study design. Sampling using purposive sampling with 42 respondents. Data collection using questionnaires, and data analysis technique using dependent T-test. The results indicate there is an influence of AViL-PMS toward the knowledge ($p\text{-value } 0,000 < = 0,005$). Suggestions in this study for teachers and health workers to cooperate in providing health education on the importance of reproductive health, especially for young women.

Keywords: AViL-PMS, Knowledge, Pre-Menstrual Syndrome

PENDAHULUAN

Kesehatan reproduksi remaja merupakan suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja (Irianto, 2015). Kemenkes RI (2015) menyatakan remaja membutuhkan suatu pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang bertujuan untuk mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko yang dapat menimbulkan masalah terhadap kesehatan reproduksi.

Berbagai data menunjukkan bahwa penerapan pemenuhan reproduksi bagi remaja belum sepenuhnya mereka dapatkan antara lain dalam hal pemberian informasi. Hal ini dapat dilihat dari masih rendahnya pengetahuan remaja tentang kesehatan

reproduksi yaitu tentang masa subur (BKKBN, 2012).

Pengetahuan remaja di Indonesia tentang kesehatan reproduksi masih sangat rendah. Hasil Survei Dasar Kesehatan Indonesia tahun 2012, menyatakan bahwa kesehatan reproduksi remaja menunjukkan bahwa pengetahuan tentang akil balik pada wanita tertinggi saat mulai haid sebesar 74,9%, payudara membesar 36,9% dan timbul jerawat 13,2%, dan terendah menonjolkan jati diri 0,8%, gairah seks meningkat 2,3%, tertarik lawan jenis 6,4% (Kemenkes RI, 2015).

Remaja putri paling rentan dalam menghadapi masalah kesehatan sistem reproduksinya. Hal ini dikarenakan secara

anatomis, remaja putri lebih mudah terkena infeksi dari luar karena bentuk dan letak organ reproduksinya yang dekat dengan anus (BKKBN, 2012). Dari 43.500.000 remaja di Indonesia, jumlah remaja perempuan di Indonesia, yaitu 21.489.600 atau 18,11% dari jumlah keseluruhan remaja di Indonesia.

Pada masa ini remaja putri mengalami menstruasi sebagai tanda matangnya sistem reproduksi wanita. Sebanyak 75% remaja mengalami gejala menstruasi yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan emosional.

Pre-menstrual syndrome (PMS) merupakan suatu keadaan dimana sejumlah gejala seperti perubahan fisik, perubahan suasana hati, dan perubahan mental, terjadi secara rutin dan berhubungan dengan siklus menstruasi, gejala biasanya timbul 7-10 hari sebelum menstruasi dan menghilang ketika menstruasi dimulai (Nugroho & Utama, 2014). Gejala yang timbul pada setiap individu berbeda namun gejala yang sering terjadi adalah kelelahan, sifat lekas marah, bengkak abdominal, dada sakit, suasana hati labil antara kesedihan dan kemarahan yang silih berganti serta depresi (Pratita R, 2016).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2014 tentang prevalansi *pre-menstrual syndrome* (PMS) di Indonesia, diperoleh hasil sebanyak 40% wanita Indonesia mengalami *pre-menstrual syndrome* (PMS) dan sebanyak 2-10% mengalami gejala berat.

Penelitian Delara (2013), menunjukkan bahwa di Indonesia 66,3% remaja dengan

PMS ringan, 31,4% dengan PMS sedang dan 2,3 dengan PMS berat. Penelitian yang dilakukan oleh *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), pada tahun 2016 di Srilanka, didapatkan hasil bahwa remaja yang mengalami *pre-menstrual syndrome* (PMS), ada sekitar 65,7%. Gejala yang sering muncul adalah perasaan sedih dan tidak berpengharapan sebesar 29,6%. Di Mesir, prevalensi *pre-menstrual syndrome* (PMS), mencapai 69,9% dan di Saudi Arabia mencapai 96,6%.

Penelitian Presti (2016) didapatkan data 98,8% siswi mengalami *pre-menstrual syndrome* (PMS), serta menimbulkan kecemasan dengan tingkat sedang. Sebagian besar dari mereka bingung apa yang sedang mereka alami serta bagaimana cara mengatasinya. Akibatnya aktivitas sehari-hari menjadi terganggu, terutama siswi kurang berkonsentrasi ketika belajar di sekolah

Ada banyak faktor yang diduga menjadi penyebab timbulnya PMS. Salah satu faktor penyebab PMS yaitu kadar hormon *estrogen* yang berlebih, kadar hormon progesteron yang rendah, peningkatan hormon *aldosteron*, *renin-angiotensin*, serta hormon *adrenal*, kekurangan *serotonin*, kekurangan vitamin dan mineral (A, E, B6, Kalsium), *hipoglikemi*, *hiperprolaktinemia* (Haimd, M.A.A.E and Emam, E.A, 2013).

Kurangnya pengetahuan, pengalaman, dan juga kurangnya informasi yang dimiliki oleh wanita terutama oleh remaja putri tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS), dapat memperberat gejala-gejala yang timbul.

Terkadang remaja putri mencoba mengatasi gejala-gejala *pre-menstrual syndrome* (PMS) dan bersifat coba-coba tanpa adanya pengetahuan yang cukup dan benar (Suastina et al., 2013).

Pengetahuan remaja tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS), baik dari segi pengetahuan tentang tanda dan gejala maupun cara mengatasinya masih sangat kurang. Oleh sebab itu, sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan remaja putri mengenai *pre-menstrual syndrome* (PMS), dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan tertuma yang disebabkan oleh *pre-menstrual syndrome* (PMS).

Media dan pembelajaran merupakan perantara untuk menyampaikan pesan atau informasi yang sangat dibutuhkan dalam proses pembelajaran agar memudahkan guru dalam penyampaian materi pembelajaran dan memudahkan siswa untuk menerima materi pembelajaran (Musfiqon, 2012). Pemilihan media sangatlah penting agar penyampaian informasi menjadi lebih menarik dan lebih mudah dipahami oleh penerima informasi. Ada beberapa media yang bisa digunakan dalam menyampaikan pendidikan kesehatan di sekolah misalnya dengan media visual, audio, audiovisual dan media cetak seperti poster, leaflate, booklet (Prastowo, 2012), setiap media yang akan diterapkan memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing.

Media audiovisual dan media cetak leaflet adalah salah satu media yang dapat

digunakan dalam pemberian pendidikan kesehatan di sekolah mengenai *pre-menstrual syndrome* (PMS). Asyhar (2011: 45) mendefinisikan bahwa media audio visual adalah jenis media yang digunakan dalam kegiatan pembelajaran dengan melibatkan pendengaran dan penglihatan sekaligus dalam satu proses atau kegiatan. Pesan dan informasi yang dapat disalurkan melalui media ini dapat berupa pesan verbal dan nonverbal yang mengandalkan baik penglihatan maupun pendengaran. Beberapa contoh media audio visual adalah film, video, program TV dan lain-lain. Selain menggunakan media audiovisual pendidikan kesehatan di sekolah mengenai *pre-menstrual syndrome* (PMS) juga dapat dikombinasikan dengan menggunakan media cetak.

Media cetak adalah media yang menggunakan bahan dasar kertas atau kain untuk menyampaikan pesan-pesannya. Unsur-unsur utamanya adalah tulisan (teks), gambar visualisasi, atau keduanya. Media cetak bisa dibuat untuk membantu fasilitator melakukan komunikasi interpersonal saat pelatihan atau kegiatan kelompok, beberapa contoh dari media cetak yaitu poster, leaflet, booklet (Arsyad, 2011). Leaflet adalah bahan cetak tertulis berupa lembaran yang dilipat. Agar terlihat menarik biasanya leaflet didesain secara cermat dilengkapi dengan ilustrasi dan menggunakan bahasa yang sederhana, singkat serta mudah dipahami (Majid, 2014 :177).

Paket *AViL-PMS* atau *Audiovisual Leaflet Pre-Menstrual Syndrome* (PMS)

adalah merupakan pendidikan kesehatan dengan menggunakan kombinasi media audiovisual dan media cetak (leaflet) yang berisi tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) dengan menggabungkan dua media pendidikan kesehatan ini dianggap lebih menarik dan lebih berefek karena melibatkan dua indra yaitu pengelihatian dan pendengaran yang dapat memaksimalkan para remaja putri dalam penerimaan informasi dan pengetahuan mengenai *pre-menstrual syndrome* (PMS).

Informasi berupa pendidikan kesehatan dengan menggunakan media *AViL-PMS* atau kombinasi dari audiovisual dan leaflet tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS), sangat penting diberikan pada siswi sehingga dapat memudahkan remaja putri untuk memahami serta meningkatkan pengetahuan yang nantinya remaja putri dapat mengaplikasikannya dalam kehidupan sehari-

hari. Pentingnya pengetahuan mengenai *pre-menstrual syndrome* (PMS), membuat peneliti tertarik untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan *AViL-PMS* tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) terhadap pengetahuan remaja putri SMA “X” Kota Bandung.

Penelitian dilakukan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan *AViL-PMS* terhadap pengetahuan remaja putri di SMA “X” Kota Bandung.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan yaitu *Quasi Eksperiment Non Equivalent Pre-Post Design*. Variabel penelitian yaitu Paket “*AViL-PMS*” dan pengetahuan remaja putri tentang *pre-menstrual syndrome*. Hipotesis penelitian yang diujikan “ada pengaruh Paket “*AViL-PMS*” terhadap pengetahuan remaja putri tentang *pre-menstrual syndrome*.”

Tabel 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Hasil dan Skala Ukur
Paket <i>AViL-PMS</i> tentang <i>Pre-Menstrual Syndrome</i> (PMS)	Pendidikan kesehatan tentang <i>pre-menstrual syndrome</i> (PMS) menggunakan media <i>audio visual</i> dan <i>leaflet</i>	-
Pengetahuan Remaja Putri	Pengetahuan remaja putri mengenai <i>pre-menstrual syndrome</i> (PMS)	Hasil ukur: 0-16 Skala Ukur: Rasio

Populasi penelitian adalah siswi SMA “X” Kota Bandung kelas X IPS yang berjumlah 74 siswi. Tehnik sampling menggunakan *purposive* dengan penentuan besar sampel sebanyak 42.

Instrumen penelitian untuk mengukur pengetahuan remaja putri tentang *pre-*

menstrual syndrome (PMS), menggunakan kuesioner. Kuesioner disusun berdasarkan teori yang terkait dengan pengetahuan *pre-menstrual syndrome* (PMS). Hasil uji validitas didapatkan rentang r 0,445-0,913 dengan reliabilitas sebesar 0,884.

Sumber data penelitian berupa data primer yang didapatkan dari kuesioner yang diisi langsung oleh siswi SMA “X” Kota Bandung setelah dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS* tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS).

Pengumpulan data dilakukan sebanyak 2 kali berupa pretest dan posttest. Intervensi diberikan 2 hari setelah pre-test. Pedoman intervensi disusun dalam Pedoman Paket “AViL-PMS”.

Pengolahan data meliputi pengeditan, pemberian kode, tabulasi, entri data dan pembersihan data. Analisis data menggunakan nilai rata-rata untuk univariat dan uji-T untuk bivariat.

Hasil uji hipotesis menunjukkan adanya pengaruh Paket “AViL-PMS” terhadap pengetahuan remaja putri seperti ditunjukkan tabel 3.

Tabel 3 Pengaruh Paket AViL-PMS Terhadap Pengetahuan Remaja Putri SMA “X” Kota Bandung (n=42)

Pengetahuan	Rerata ± s.b	Perbedaan Rerata ± s.b	P-value IK95%
Sebelum	9,26 ± 0,273	3,78 ± 0,249	0,000
Sesudah	13,40 ± 0,218		3,639-4,647

Tabel 3 menunjukkan perbedaan rerata pengetahuan remaja putri sebelum dan sesudah diberikan Paket *AViL-PMS* sebesar $3,78 \pm 0,249$ dengan $p\text{-value} = 0,000 < = 0,005$ yang berarti H_a gagal ditolak yaitu terdapat pengaruh yang signifikan dari pendidikan kesehatan *AViL-PMS* terhadap pengetahuan remaja putri tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) di SMA “X” Kota Bandung.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah pemberian Paket “AViL-PMS” seperti yang tercantum pada tabel 2.

Tabel 2 Pengetahuan Remaja Putri di SMA “X” Kota Bandung (n=42)

Pengetahuan	rerata	Std. Dev
Sebelum	9,26	1,768
Sesudah	13,40	1,415

Tabel 2 menunjukkan rerata pengetahuan sebelum dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS* yaitu 9,26 dan rata-rata pengetahuan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS* yaitu 13,40.

PEMBAHASAN

Pengetahuan tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) meliputi pengertian, penyebab, gejala, jenis-jenis, pencegahan, dan penanganan. Hasil penelitian ini menunjukkan pengetahuan remaja putri sebelum dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS* tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) rata-rata adalah 9,26. Rerata tersebut menunjukkan bahwa lebih dari setengah

remaja puteri dapat menjawab kuesioner dengan benar dan sebagian masih banyak yang menjawab salah. Rata-rata remaja putri salah ketika menjawab kuesioner yang berisi tentang penyebab, gejala-gejala, dan penanganan *pre-menstrual syndrome* (PMS).

Sebagian besar remaja putri menyebutkan bahwa yang menyebabkan terjadinya *pre-menstrual syndrome* (PMS) adalah ketidak seimbangan kadar oksigen dalam tubuh. Menurut Nugroho & Utama (2014) *pre-menstrual syndrome* (PMS), terjadi karena tidak keseimbangan antara hormon estrogen.

Pengetahuan kurang tepat ditunjukkan oleh remaja yang menyebutkan payudara terasa kencang dan teraba keras merupakan salah satu ciri awal menstruasi yang termasuk dalam gejala. Remaja puteri banyak menjawab bawah payudara terasa kencang dan teraba keras termasuk dalam gejala *psychologic symptoms*. Akan tetapi jawaban yang benar adalah payudara terasa kencang dan teraba keras termasuk dalam gejala *physical symptoms*. Menurut Pawesti & Untari (2015), salah satu gejala *pre-Menstrual Syndrome* (PMS) adalah *physical symptoms*, atau secara fisik muncul gejala sakit kepala, payudara bengkak serta teraba keras, nyeri punggung, nyeri perut dan rasa penuh, bengkak pada kaki dan tangan, mual, nyeri otot dan persendian.

Kuesioner penangan *pre-Menstrual Syndrome* (PMS), juga rata-rata dijawab salah oleh remaja puteri, pertanyaan tersebut berisi tentang, pola hidup sehat seperti,

mengurangi kafein, memperbanyak waktu istirahat dapat mengurangi gejala *pre-menstrual syndrome* (PMS) seperti. Remaja puteri rata-rata menjawab bahwa pola hidup sehat seperti, mengurangi kafein, memperbanyak waktu istirahat dapat mengurangi gejala *pre-menstrual syndrome* (PMS) seperti, nyeri persendian dan penambahan berat badan. Jawaban yang benar adalah pola hidup sehat seperti, mengurangi kafein, memperbanyak waktu istirahat dapat mengurangi gejala *pre-menstrual syndrome* (PMS), seperti kelelahan dan stres. Jawaban ini sesuai dengan teori Saryono dkk (2009), dimana salah satu penanganan *pre-menstrual syndrome* (PMS) dapat dilakukan adalah modifikasi gaya hidup, dengan cara melakukan pola hidup sehat seperti, mengurangi kafein, memperbanyak waktu istirahat hal ini bertujuan untuk menghindari kelelahan, dan mengurangi stres berperan juga dalam terapi *pre-menstrual syndrome* (PMS).

Menurut peneliti, penyebab sebagian besar remaja puteri menjawab salah pada pertanyaan tentang penyebab, gejala-gejala, dan penanganan *pre-menstrual syndrom* (PMS), disebabkan kurangnya informasi yang didapat responden tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS). Salah satu faktor dari sebagian remaja puteri masih banyak menjawab kuesioner tentang *pre-menstrual syndrom* (PMS) dengan salah dikarenakan responden merupakan remaja puteri dari kelas X IPS dimana remaja puteri tersebut tidak pernah mendapatkan informasi tentang

pre-menstrual syndrom (PMS) dan juga di jurusan IPS tidak ada pendidikan atau pelajaran tentang sistem reproduksi yang biasanya dipelajari anak IPA. Oleh karena itu pengetahuan remaja putri kelas X IPS tentang *pre-menstrual syndrom* (PMS) masih terbatas dikarenakan kurangnya informasi tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS).

Berdasarkan hasil wawancara terhadap guru penanggung jawab UKS didapatkan bahwa di sekolah belum pernah ada yang memberikan pendidikan kesehatan, ataupun penyuluhan terkait *pre-menstrual syndrome* (PMS). Sementara remaja putri saat ini sangat membutuhkan informasi tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) untuk meningkatkan pengetahuan tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS). Hal ini sesuai dengan teori Notoatmodjo (2011) dan Budiman (2013), faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sosial-ekonomi, tingkat pendidikan, informasi, kultur (budanya dan agama), dan pengalaman.

Pengetahuan remaja putri setelah dilakukan pemberian pendidikan kesehatan *AViL-PMS* tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) rata-rata adalah 13,40. Rata-rata tersebut mengalami peningkatan dan dapat dikatakan bahwa hampir seluruh remaja putri dapat menjawab kuesioner tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) dengan benar. Sebelum dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS* tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS), rata-rata remaja putri salah ketika menjawab kuesioner yang berisi tentang

penyebab, gejala-gejala, dan penanganan *pre-menstrual syndrome* (PMS).

Akan tetapi setelah dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS* kuesioner tentang penyebab dengan pertanyaan, apa yang menyebabkan terjadinya *pre-menstrual syndrome* (PMS), sebagian besar remaja putri sudah menjawabnya dengan benar dimana yang menyebabkan terjadinya *pre-menstrual syndrome* (PMS) adalah ketidak seimbangan hormon esterogen (Nugroho & Utama, 2014). Namun sebagian kecil remaja putri masih memilih jawaban yang salah yaitu ketidak seimbangan kadar oksigen didalam tubuh.

Untuk kuesioner tentang gejala-gejala *pre-menstrual syndrome* (PMS) dengan pertanyaan, payudara terasa kencang dan teraba keras merupakan salah satu ciri awal menstruasi yang termasuk dalam gejala. ini juga didapatkan bahwa sebagian remaja putri telah menjawab pertanyaan tersebut dengan benar, dimana jawaban yang benar yaitu *physical symptoms* (Pawesti & Untari (2015). Sama halnya dengan kuesioner tentang penyebab *pre-menstrual syndrome* (PMS), sebagian kecil remaja putri masih memilih jawaban yang salah yaitu *psychologic symptoms*. *Psychologic Symptoms* merupakan salah satu dari gejala-gejala *pre-menstrual syndrome* (PMS), akan tetapi gejala yang ditimbulkan dari *psychologic symptoms* adalah mudah tersinggung, mudah marah, depresi, mudah sedih, cengeng, cemas, susah konsentrasi,

bingung, sulit istirahat dan merasa kesepian (Pawesti & Untari, 2015).

Selain itu remaja putri juga sebagian besar telah menjawab pertanyaan tentang penanganan *pre-menstrual syndrome* (PMS) dengan benar. Sebelumnya kuesioner penanganan *pre-menstrual syndrome* (PMS) yang isinya tentang, pola hidup sehat seperti, mengurangi kafein, memperbanyak waktu istirahat dapat mengurangi gejala *pre-menstrual syndrome* (PMS), seperti. Sebagian besar dijawab salah yaitu dengan memilih nyeri persendian dan penambahan berat badan. Akan tetapi setelah dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS*, sebagian besar remaja telah menjawab kuesioner dengan benar yaitu pola hidup sehat seperti, mengurangi kafein, memperbanyak waktu istirahat dapat mengurangi gejala *pre-menstrual syndrome* (PMS), seperti kelelahan dan stres. Jawaban ini sesuai dengan teori Saryono dkk (2009).

Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat dilihat bahwa penggunaan *AViL-PMS* dalam penyampaian pendidikan kesehatan dapat memberikan pengaruh terhadap pengetahuan remaja putri. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Nursalam (2013), pendidikan kesehatan adalah proses yang direncanakan dengan sadar untuk menciptakan peluang bagi individu-individu untuk senantiasa belajar memperbaiki kesadaran (*literacy*) serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya (*life skills*) demi kepentingan kesehatannya. Pengetahuan tentang *pre-menstrual syndrome*

(PMS) yang baik diharapkan nantinya remaja putri memiliki sikap dan perilaku yang positif tentang kesehatan reproduksi khususnya tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS).

Selain itu peningkatan pengetahuan remaja putri tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) dipengaruhi oleh penggunaan media pendekatan pendidikan kesehatan yang digunakan. Media pendidikan kesehatan, menurut Nursalam (2011) adalah saluran komunikasi yang dipakai untuk mengirimkan pesan kesehatan. Media pendidikan kesehatan, pada dasarnya dapat membantu sasaran pendidik untuk menerima pelajaran kesehatan dengan menggunakan panca inderanya. Alat peraga disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan manusia tentang pemahaman informasi ditangkap oleh panca indera. Semakin banyak indra yang digunakan dalam menangkap informasi maka akan mempermudah seseorang untuk mendapatkan kesimpulan terhadap informasi.

Dalam penelitian ini peneliti membuat media pendidikan kesehatan berupa *AViL-PMS*. *AViL-PMS* adalah gabungan dari media *Audiovisual* dan *Leaflet* tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS). Peneliti memilih menggabungkan dua media pendidikan kesehatan ini dikarenakan ingin mengetahui apakah dengan menggabungkan dua media yang berbeda cara penggunaannya akan efektif jika diberikan kepada remaja putri di SMA "X" Kota Bandung. Kombinasi dari media *audiovisual* dan media cetak (*leaflet*) yang

yang berisi tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) dianggap lebih menarik dan lebih berefek karena melibatkan dua indra yaitu pengelihatian dan pendengaran yang dapat memaksimalkan para remaja putri dalam penerimaan informasi dan pengetahuan mengenai *pre-menstrual syndrome* (PMS). Ketika dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS* remaja putri terlihat bersemangat dan ketika dilakukan evaluasi dan *post-test* dapat dilihat pengetahuan remaja putri tentang *pre-menstrual syndrom PMS* meningkat.

Secara konsep dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah upaya untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan, meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktik masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Tabel 3 menunjukkan terdapat perubahan rata-rata pengetahuan remaja putri tentang *pre-menstrual syndrome* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan *AViL-PMS* tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS), dimana sebelum dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS* sebagian remaja putri telah menjawab kuesioner dengan benar akan tetapi masih banyak remaja putri yang menjawab kuesioner dengan salah dan rata-rata remaja putri menjawab salah pada kuesioner tentang penyebab, gejala-gejala, dan penanganan *pre-*

menstrual syndrome (PMS). Akan tetapi setelah dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS*, sebagian besar remaja putri dapat menjawab kuesioner dengan benar termasuk kuesioner tentang penyebab, gejala-gejala, dan penanganan *pre-menstrual syndrome* (PMS).

Pengetahuan remaja putri yang meningkat dipengaruhi oleh diberikannya informasi tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) melalui pendidikan kesehatan *AViL-PMS* yang berisi suara dan gambar sehingga tidak membosankan dan diterima oleh dua indra yaitu pengelihatian dan pendengaran. Adanya pengaruh pendidikan kesehatan *AViL-PMS* terhadap peningkatan pengetahuan remaja putri tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) di SMA "X" Kota Bandung ditunjukkan pada tabel 4.2 yaitu pengetahuan remaja putri setelah di berikan pendidikan kesehatan *AViL-PMS* yaitu sebesar $3,78 \pm 0,249$, data tersebut menunjukkan bahwa dari 42 remaja putri, sebagian besar remaja putri sudah menjawab kuesioner dengan benar dan sedikit remaja putri yang masih menjawab kuesioner salah setelah dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS*. Sementara $p\text{-value} = 0,000 < = 0,005$, hasil uji tersebut menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan *AViL-PMS* tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) terhadap pengetahuan remaja putri di SMA Pasundan 1 Kota Bandung. Pada Penelitian ini dapat diartikan bahwa sebagian besar remaja putri telah mengetahui tentang *pre-*

menstrual syndrome (PMS) setelah dilakukan pendidikan kesehatan *AViL-PMS*.

Dari hasil penelitian, pendidikan kesehatan *AViL-PMS* ini sangat efektif untuk diberikan kepada remaja putri. *AViL-PMS* itu sendiri adalah tema yang dibuat oleh peneliti dengan bantuan dosen pembimbing yang bertujuan untuk membuat konsep baru dalam melakukan pendidikan kesehatan yang efektif untuk diberikan kepada remaja putri agar remaja putri dapat dengan cepat memahami materi pendidikan kesehatan yang diberikan, sehingga remaja putri dapat memiliki pengetahuan baru tentang kesehatan khususnya tentang *pre-menstrual syndrom* (PMS) dengan baik.

Media dalam pendidikan kesehatan ini adalah media *audiovisual* dan media cetak (*leaflet*) yang kemudian di kombinasikan dan berisi tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) dengan menggabungkan dua media pendidikan kesehatan ini dianggap lebih menarik dan lebih berefek karena melibatkan dua indra yaitu pengelihatan dan pendengaran yang dapat memaksimalkan para remaja putri dalam penerimaan informasi dan pengetahuan mengenai *pre-menstrual syndrome* (PMS). Media *audiovisual*, yaitu media yang merupakan kombinasi *audio* dan *visual* atau bisa disebut media pandang-dengar dan salah satu kelebihan adalah lebih menarik dan lebih berefek karena melibatkan dua indra yaitu pengelihatan dan pendengaran yang dapat memaksimalkan penerimaan informasi. Sementara media cetak (*Leaflet*) sangat

efektif untuk menyampaikan pesan yang singkat dan padat seperti poster, media ini juga mudah dibawa dan disebarluaskan. Bahkan karena ukurannya yang lebih ringkas, jumlah yang dibawa bisa lebih banyak daripada poster (Azul, 2010: 7).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hipotesis yang telah disusun didalam penelitian yaitu terdapat pengaruh pendidikan kesehatan *AViL-PMS* tentang *pre-menstrual syndrome* (PMS) terhadap pengetahuan remaja putri SMA "X" Kota Bandung.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan media *audiovisual* dan *leaflet* dalam melakukan pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi pengetahuan remaja putri tentang *pre-menstrual syndrom* (PMS). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dwi Estri (2017), yang menyimpulkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan menggunakan media *audiovisual* dapat mempengaruhi dan meningkatkan pengetahuan remaja tentang pentingnya pendidikan kesehatan yang diberikan.

KESIMPULAN

Penelitian menyimpulkan bahwa Paket "AViL-PMS" berpengaruh terhadap pengetahuan remaja putri tentang *pre-menstrual syndrome* yang ditunjukkan dengan nilai p sebesar 0.000.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, Majid. 2014. *Strategi Pembelajaran*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya
- Agus, Sulistyoyo. 2014. *Pengaruh Penyuluhan Terhadap Perilaku Penanganan Sindrom Pra Haid Pada Siswi Kelas XI Di Madrasah Aliyah Negeri Yogyakarta*. Skripsi. STIKes Aisyah Yogyakarta
- Arsyad, Azhar. 2011. *Media Pembelajaran*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Asyhar, Rayanda. 2011. *Kreatif Mengembangkan Media Pembelajaran*. Gaung. Persada (GP) Press Jakarta
- BKKBN. 2012. *Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi Dan Konseling Remaja Dan Mahasiswa (PIK R/M)*. Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Direktorat Bina Ketahanan Remaja : Jakarta
- Budiman, dan Riyanto, Agus. 2013. *Pengetahuan dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Haimd, M.A.A.E., Moghazi, D.A.E., Moustafa, M.F., and Emam, E.A. 2013. *Knowledge and Practice of Female Employee About Premenstrual Syndrome and its Effect on Daily Life Activities in Elminia University*. Life Science Journal, 10 (1) : 234-243.
- Irianto, K. 2015. *Kesehatan Reproduksi (Reproduktive Health) Teori dan Praktikum*. Bandung : Alfabeta.
- KemenKes RI. 2015. *Infodatin: Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Musfiqon. 2012. *Pengembangan Media dan Sumber Pembelajaran*. Jakarta : Prestasi Pustaka
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2011. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta. Rineka Cipta
- Nugroho. T., Utama. B. I. 2014. *Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Professional*. Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika
- Presti, O, H. 2016. *Hubungan Pre Menstrual Syndrome dengan Tingkat Kecemasan pada Remaja*. Skripsi. Yogyakarta : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

**PENGEMBANGAN PROGRAM POSYANDU LANSIA DENGAN APLIKASI
PENDEKATAN PROGRAM PENGELOLAAN PENYAKIT KRONIS (PROLANIS)
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS RANCAEKEK
(STUDI KUALITATIF)**

Erlina Fazriana¹, Oktarian Pratama²
erlina.fazriana@yahoo.com

¹ Program Studi Sarjana keperawatan STIKes Dharma Husada Bandung

² Program Studi Diploma Tiga keperawatan STIKes Dharma Husada Bandung,

ABSTRAK

Program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang di laksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS. Berdasarkan informasi dari Kepala Puskesmas Rancaekek, bahwa program lansia yang diselenggarakan di lingkungan Puskesmas Rancaekek untuk program posyandu lansia sudah diberlakukan pendekatan program yang bekerjasama dengan BPJS yaitu program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) sejak Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai diberlakukan di Indonesia yaitu sejak awal tahun 2015. Tujuan Penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran makna dari pengembangan program posyandu lansia dengan aplikasi pendekatan program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) di wilayah Puskesmas Rancaekek. Jenis penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi deskriptif. Sampel informan dalam penelitian ini dipilih berdasarkan teknik sampling *purposive sampling*. Informannya adalah pemegang program lansia di puskesmas tersebut dan 4 orang kader di wilayah Puskesmas Rancaekek. Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara (*indepth interview*), data observasi, alat perekam dan buku catatan lapangan. Uji validitas pada penelitian kualitatif ini dilakukan dengan Triangulasi. Analisa data dilakukan dengan cara analisa deskriptif. Hasil penelitian yang didapatkan dari hasil wawancara dengan tema evaluasi input: bertambahnya jumlah kader Posyandu lansia yang datang dan bertambahnya dukungan pembiayaan dari BPJS Kesehatan, evaluasi proses: belum melaksanakan 10 jenis layanan dan belum menerapkan sistem 5 meja sesuai standar pelaksanaan Posyandu Lansia dari Kemenkes RI namun dalam pelaksanaannya tenaga kesehatan professional sudah dilibatkan, evaluasi output: kurangnya cakupan kunjungan lansia namun dampak dari pelaksanaan PROLANIS terlihat ada perubahan perilaku pengendalian penyakit kronis (Hipertensi dan DM) serta peningkatan kualitas hidup lansia. Saran bagi tenaga kesehatan mengoptimalkan kuantitas pelayanan Posyandu lansia dengan selalu melaksanakan 10 jenis layanan posyandu lansia dan menggunakan tahapan 5 meja dalam pelaksanaan posyandu lansia.

Kata Kunci : Pengembangan program, PROLANIS

PENDAHULUAN

Badan kesehatan dunia WHO menyatakan bahwa penduduk lansia di Indonesia pada tahun 2020 mendatang

akan mencapai angka 11,34% atau tercatat 28,8 juta orang dan menjadikan jumlah penduduk lansia di Indonesia menjadi terbesar ke empat di dunia

setelah Cina, Amerika, dan India (BPS, 2009). Layanan kesehatan yang semakin menjangkau rakyat banyak berakibat meningkatnya angka rata-rata harapan hidup orang Indonesia yakni tahun 2011 menjadi 67,07 dengan usia harapan hidup laki-laki 65,21 dan usia harapan hidup perempuan 69,05 (Menko Kesra, 2011). Propinsi Jawa Barat menempati urutan ke lima yang paling banyak penduduk lansia di Indonesia. Yang paling terbesar adalah Yogyakarta (12,48%) menyusul Jawa Timur (9,36%) di urutan kedua dan Jawa Tengah (9,26%) di urutan ketiga, dan Bali (8,77%) di urutan ke empat, serta Jawa Barat (7,09%) di posisi ke lima dari total jumlah lansia di Indonesia (BPS, 2009). Seiring dengan semakin meningkatnya populasi lansia, pemerintah telah merumuskan berbagai kebijakan pelayanan kesehatan usia lanjut yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan/mutu kehidupan lansia untuk mencapai masa tua bahagia dan berdaya guna dalam kehidupan keluarga/masyarakat sesuai dengan keberadaannya. Di pelayanan kesehatan tingkat masyarakat ada Posyandu lansia, sedangkan untuk pelayanan kesehatan lansia tingkat dasar adalah Puskesmas, dan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan adalah Rumah Sakit (Fallen, 2010).

Posyandu lansia merupakan wahana pelayanan bagi kaum usia lanjut yang dilakukan dari, oleh dan untuk kaum usia lanjut yang menitikberatkan pada pelayanan promotif dan preventif, tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Kegiatannya adalah pemeriksaan kesehatan secara berkala, peningkatan olahraga, pengembangan keterampilan, bimbingan pendalaman agama, dan pengelolaan dana sehat (Departemen Kesehatan, 2008). Sedangkan program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang di laksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS. Penyakit Kronis yang di alami oleh masyarakat dewasa ini, akan memberikan dampak dan beban bagi keluarga, bila penanganan di lakukan secara tidak intensif dan berkelanjutan. Manfaat penanganan yang intensif bagi penderita, adalah dapat mengenal tanda bahaya, dan tindakan segera bila mengalami kegawatdaruratan

Pelaksanaan posyandu lansia dan prolanis di puskesmas perlu dilakukan dengan manajemen yang baik dengan memperhatikan aspek perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi. Penilaian keberhasilan program harus

dimulai dari awal kegiatan yang meliputi masukan, proses, dan keluaran dengan aspek teknis dan manajerial termasuk penyediaan sarana, prasarana, dan informasi yang digunakan untuk perencanaan lebih lanjut (Departemen Kesehatan, 2008).

Posyandu lansia dan prolanis banyak memberikan manfaat bagi lansia yang mengikutinya. Apabila program Posyandu lansia dan prolanis tidak terlaksana maka kegiatan pembinaan kesehatan lansia, pencatatan dan pelaporan status kesehatan lansia, proses monitor kesehatan lansia melalui pemeriksaan lansia, pengkajian indeks kemandirian dan indeks masa tubuh lansia, upaya preventif terhadap status kesehatan lansia secara berkala, tidak dapat terlaksana.

Adapun beberapa kendala pelaksanaan posyandu lansia serta prolanis, misalnya: pengetahuan lansia yang rendah tentang manfaat Posbindu sehingga lansia tidak datang ke Posbindu karena mereka merasa keadaan kesehatan baik. Kurangnya dukungan sosial / keluarga yang mengakibatkan lansia kurang termotivasi untuk datang rutin ke Posbindu. Kesan yang buruk terhadap petugas Posbindu sehingga lansia tidak mempunyai kesiapan untuk menghadiri kegiatan di Posbindu. Jarak rumah

dengan lokasi Posbindu yang jauh / tidak terjangkau menjadikan lansia malas datang ke Posbindu karena terjadinya kelelahan fisik ataupun kekhawatiran dalam perjalanan menuju lokasi Posbindu.

Dalam penelitian Sutini (2010) ada beberapa faktor yang menjadi kendala pada posyandu lansia seperti pengetahuan lansia yang rendah tentang manfaat posyandu, jarak rumah dengan lokasi posyandu yang jauh dan sulit dijangkau, dukungan keluarga yang kurang, sikap kader/petugas kesehatan, pihak pemerintah/institusi, keterampilan kader serta ada tidaknya sarana dan prasarana yang dibutuhkan.

Evaluasi pengembangan program posyandu lansia sangat penting untuk dilakukan. Dengan melakukan evaluasi pengembangan program posyandu lansia yang ada di masyarakat, bisa diketahui kekurangan dan kelebihan program posyandu lansia yang akhirnya bisa menentukan apakah program yang telah dilaksanakan dapat mencapai hasil yang sudah ditentukan. Evaluasi program dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pengambil keputusan dalam menentukan alternatif kebijakan dengan mengetahui seberapa tinggi mutu suatu program sebagai hasil dari pelaksanaan

program yang dibandingkan dengan standar yang sudah ada (Azwar, 1996).

Berdasarkan informasi dari Kepala Puskesmas Rancaekek, bahwa program lansia yang diselenggarakan di lingkungan Puskesmas Rancaekek untuk program posyandu lansia sudah diberlakukan pendekatan program yang bekerjasama dengan BPJS yaitu program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) sejak Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mulai diberlakukan di Indonesia yaitu sejak awal tahun 2015.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi deskriptif. Sampel informan dalam penelitian ini dipilih berdasarkan teknik sampling *purposive sampling*. Sampel dalam penelitian ini adalah Puskesmas yang melaksanakan program posbindu dengan aplikasi program lansia kronis (PROLANIS) dan informannya adalah pemegang program lansia di puskesmas tersebut dan 4 orang Kader di wilayah Puskesmas Rancaekek. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi dan telaah dokumen. Wawancara mendalam ditujukan kepada 1 orang pemegang program lansia di Puskesmas Rancaekek dan 4 orang kader yang melaksanakan program posbindu dengan

aplikasi pendekatan program lansia kronis (PROLANIS). Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara, data observasi, alat perekam dan buku catatan lapangan. Data tersebut diperoleh dengan melakukan wawancara secara mendalam kepada 1 orang pemegang program lansia di Puskesmas Rancaekek dan 4 orang kader posbindu meliputi pengumpulan data tentang kesiapan sumber daya manusia, fasilitas, pendanaan, sosialisasi kegiatan dan evaluasi dari setiap puskesmas. Pengolahan data dimulai dengan mentranskripsikan seluruh data secara utuh berdasarkan kelompok topik, dikembangkan ke bentuk bahasa yang lebih baku, secara naratif dan kemudian direduksi dalam bentuk rangkuman. Analisa data dilakukan dimulai dengan pengumpulan data, reduksi data, menyajikan data dan menarik kesimpulan dan verifikasi. Validitas pada penelitian kualitatif ini dilakukan dengan Triangulasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Wilayah kerja Puskesmas Rancaekek ini terdapat 7 Posyandu Lansia yang terdapat di masing - masing Kelurahan/Desa. Tempat dan jadwal yang ditetapkan dapat berubah-ubah dan tidak tetap apabila ada halangan pada petugas

atau tanggal yang ditetapkan jatuh pada hari libur. Jarak Posyandu Lansia yang dekat dengan Puskesmas Induk (Puskesmas Rancaekek) adalah Posyandu Lansia Kencana, Posyandu Lansia Bojong Dan Posyandu Lansia Kencana mukti sedangkan empat Posyandu Lansia lainnya berada jauh + 2-7 km dari Puskesmas Induk. Berdasarkan hasil observasi, wawancara mendalam dan rekap laporan yang dilakukan peneliti diperoleh bahwa kunjungan Posyandu Lansia di tujuh Desa/Kelurahan ini masih sangat rendah karena hanya 16,29 % dari jumlah sasaran. Kondisi ini disebabkan oleh banyaknya lansia yang kurang percaya dengan pemeriksaan di Posyandu Lansia karena petugas kesehatan yang memeriksa hanya perawat dan bidan saja sementara para lansia sangat mengharapkan agar di Posyandu Lansia juga ada dokter. 1 Posyandu Lansia sudah mengaplikasikan PROLANIS ke dalam pelaksanaan Posyandu Lansia dari bulan April 2015. Hasil wawancara mendalam didapatkan transkripsi wawancara sebanyak 24 halaman. Dari hasil transkripsi lalu dilakukan reduksi untuk kemudian dilakukan koding dan kategorisasi. Dibawah ini dibuat kode informan yang disajikan sebagai berikut:

Tabel 1. Data dan Kode Informan PKM Rancaekek dekat pedesaan

No	Kode	Keterangan
1	Bd. B	Pemegang Program Lansia di Puskesmas Rancaekek
2	Kd. 1B	Kader
3	Kd. 2B	Kader
4	Kd. 3B	Kader
5	Kd. 4B	Kader

1) Input

Hasil penelitian mengenai evaluasi input didapatkan beberapa tema penting diantaranya adalah kesiapan sarana, obat dan SDM, serta dukungan pembiayaan. Berikut hal yang didapatkan dari hasil wawancara dengan informan tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terkait dengan kesiapan sarana, obat dan SDM sebagai berikut:

“Untuk perlengkapan sarana dan obat-obatan yang dimiliki saat ini semenjak ada prolanis kita mendapatkan suntikan dana dari BPJS untuk melengkapi sarana dan obat-obatan. sarana yang kita punya ada meja dan kursi, alat tulis, buku pencatatan kegiatan, timbangan dewasa, stetoskop, tensimeter, dan Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia, sedangkan untuk obat-obatan dibawa dari puskesmas, palingan obat penurun tekanan darah sama pengontrol gula darah“.....(Bd. A)

“Kita ada KMS lansia, meja dan kursi, timbangan, dan buku catatan, kalau obat-obatan yang saya tahu paling sering dibawa petugas puskesmas obat jantung pak”.....(Kd. 5A)

“Sarana dan obat-obatan yang dimiliki kebanyakan dibawa dari puskesmas. Untuk sarana yang kita punya hanya meja dan kursi, alat tulis, buku pencatatan kegiatan, timbangan dewasa, stetoskop, tensimeter, dan Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia “.....(Bd. B)

“Lumayan lah pak. kita punya KMS lansia, tensimeter, timbangan dan buku pencatatan kegiatan”... (Kd. 3B)

Berdasarkan hasil wawancara di atas terlihat bahwa dari aspek sarana dan obat-obatan sudah sangat memadai dibandingkan sebelum mengaplikasikan PROLANIS. Dengan bantuan dana dari BPJS kelengkapan sarana dan obat-obatan bisa dilengkapi. Sementara itu, untuk kesiapan SDM mayoritas yang menjadi kader sudah dilatih. Hal tersebut dapat terlihat dari hasil wawancara berikut:

“Kalau yang sudah dilatih sebenarnya semua kader sudah dilatih. Waktu itu pelatihan tentang pelaksanaan Posyandu Lansia dari dinas kesehatan langsung, hanya saja yang sudah dilatih belajar tensi hanya 2 orang, yaitu bu nining dan bu imas karena mereka kader yang paling lama disini”.... (Bd. A)

“Jumlah keseluruhan kader ada 6 kader. tapi hanya ada 4 kader yang sudah dilatih dan selalu aktif pada saat pelaksanaan posbindu”.....(Kd. 4A)

““Jumlah kader secara keseluruhan sebenarnya ada 5 hanya saja cuma 3 orang yang aktif, yaitu bu imas, bu nurul dan bu nining”.....(Kd. 1B)

“Untuk kader di Posyandu Lansia RW 8 ini dapat dirasa sudah baik, karena jumlah serta kualitas/kompetensi yang dimiliki kader dalam pelaksanaan program Posyandu Lansia sudah seimbang. Kita sudah memiliki 7 orang kader, jumlah tersebut dirasa cukup dan tidak memberatkan para kader dalam menjalankan tugasnya hanya saja yang aktif dan sering mendapatkan pelatihan hanya 3-5 orang”..... (Bd. B)

“Kalau kendala sebenarnya hanya di masalah umur mungkin pak, karena Puskesmas Rancaekek mensyaratkan untuk menjadi kader Posyandu Lansia, mereka harus berasal dari lansia itu sendiri. Namun menurut saya kader yang sudah ada sudah memiliki kompetensi dalam memberikan pemeriksaan kesehatan kepada lansia seperti halnya mengukur tekanan darah dengan menggunakan tensimeter. Namun pemeriksaan kesehatan yang dilakukan para kader kepada lansia seperti itu perlu pendampingan dari petugas medis yaitu petugas puskesmas. Para kader disini sudah mendapat pelatihan-pelatihan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung sebelum dijadikan sebagai kader sehingga mampu melakukan pemeriksaan kepada lansia. Para kader juga telah masuk dalam kualifikasi menjadi seorang kader Posyandu Lansia, yang salah satu kualifikasinya adalah berasal dari anggota

masyarakat RW 8 sendiri. Meskipun ada salah satu atau 3 kader yang tidak pernah aktif.”.....(Bd. B)

Berdasarkan hasil wawancara di atas terlihat bahwa Secara keseluruhan kader Posyandu Lansia tidak ada kendala, banyak yang sudah dilatih dan aktif menjadi kader. Masalah hanya ada di umur saja karena aturan yang mengharuskan kader berasal dari lansia.

Kemudian, untuk masalah mengenai dukungan pembiayaan Posyandu Lansia baik dari masyarakat, pemerintah dan lembaga donor dapat terlihat dari hasil wawancara berikut:

“dulu sebelum ada prolanis untuk dukungan pembiayaan lebih banyak dari masyarakat itu sendiri pak, biasanya setiap ada Posyandu Lansia mereka nyumbang secara sukarela atau kita sebut “kenclengan”, sedangkan dari pemerintah dan dari sponsor belum ada, sedangkan semenjak adanya program PROLANIS kita mendapatkan bantuan dana dari BPJS”....(Bd. A)

“Untuk pembiayaan kita patungan dari peserta Posyandu Lansia yang datang. Jadi setiap lansia yang datang ke Posyandu Lansia memberikan sumbangan secara sukarela, sedangkan dana dari pemerintah kita meminta jatah 20% dari dana bantuan pelaksanaan posyandu yang kegiatannya dilaksanakan berbarengan pada pelaksanaan Posyandu Lansia. Selain itu kita juga ada bantuan dana dari BPJS”(Bd. B)

“Dalam pembiayaan memang masih ada kendala...Kendala yang dirasakan mungkin dikarenakan Peran Puskesmas Rancaekek belum terlihat dalam biaya operasional Posyandu Lansia,dan hanya mengandalkan iuran warga dan terkadang dari sumbangan desa, hal itu mungkin menjadi kendala untuk membiayai Posyandu Lansia dan melaksanakan Posyandu Lansia sesuai peraturan menteri kesehatan tentang Posyandu Lansia hanya saja memang beberapa bulan belakangan ini kita terbantu dengan adanya PROLANIS dalam hal pembiayaan”.....(Kd. 4B)

Berdasarkan hasil wawancara di atas terlihat bahwa dukungan pembiayaan menunjukkan sudah ada kesadaran dari masyarakat terkait pelaksanaan Posyandu Lansia. Ditambah bantuan biaya dari pihak BPJS dengan berjalannya PROLANIS. Hal tersebut terlihat dari Posyandu Lansia yang menyatakan bahwa salah satu upaya dalam pembiayaan yaitu mereka melakukan kenclengan atau patungan untuk pembiayaan. Selain itu, bantuan dari BPJS sangat membantu dalam penatalaksanaan penyakit Hipertensi dan DM.

2) Process

Hasil penelitian mengenai evaluasi proses didapatkan beberapa tema penting diantaranya adalah jenis layanan yang diberikan, partisipasi masyarakat,

kapasitas pemantauan perkembangan lansia. Berikut hal yang didapatkan dari hasil wawancara dengan informan tersebut.

“Sejauh ini untuk layanan yang sudah diberikan baik itu pengobatan gratis, senam lansia semuanya mendapat respon positif dari masyarakat, hanya saja mungkin mereka lebih memilih jenis layanan pengobatan gratis untuk datang ke Posyandu Lansia. Untuk pemeriksaan gula darah, tekanan darah terutama pada pelaksanaan PROLANIS”.....(Bd. A)

“Partisipasi masyarakat untuk Posyandu Lansia bisa dibilang meningkat semenjak PROLANIS dijalankan, bisa dilihat dari jumlah kader yang tadinya berjumlah 2 orang sekarang menjadi 4 orang. Selain itu capaian kedatangan lansia dan pra lansia lebih baik dari bulan-bulan sebelumnya”....(Bd. A)

“Selama ini pemantauan perkembangan lansia dilakukan menggunakan KMS lansia. Hanya saja belum dilakukan secara periodik. Selain itu Penjarangan penyakit pada lansia juga telah dilakukan, baik oleh petugas kesehatan di puskesmas maupun kader yang telah dilatih dalam pemeliharaan kesehatan lansia”.....(Bd. A)

“Untuk jenis kegiatan kita ada pengukuran tekanan darah, ukur tinggi badan, timbang berat badan, dan kadang-kadang ada pengobatan gratis juga .. dan sejauh ini semuanya berjalan baik pak.. selain itu terkadang ada

pengajian hanya saja tidak teratur pak juga tiap hari minggu pagi kita ada senam lansia berhubungan dengan pelaksanaan PROLANIS”.....(Bd. B)

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa secara keseluruhan pelayanan yang diberikan mendapat respon positif, walaupun titik beratnya masih pada pengobatan. PROLANIS yang di aplikasikan ke dalam Posyandu Lansia membuat masyarakat semakin ramai untuk datang ke Posyandu Lansia. Perbaikan pelayanan perlu terus ditingkatkan, termasuk upaya promotif dan preventif. Partisipasi masyarakat masih belum merata dan cenderung partisipasinya rendah untuk aktif datang ke posyandu lansia kalau tidak sakit dan pemantauan perkembangan lansia menggunakan KMS Lansia perlu ditingkatkan.

3). Output

Hasil penelitian mengenai evaluasi *Output* didapatkan beberapa tema penting diantaranya adalah rata-rata jumlah kunjungan, dan faktor pendorong dan penghambat Posyandu Lansia. Berikut hal yang didapatkan dari

hasil wawancara dengan informan tersebut.

“sebelum ada PROLANIS rata-rata Lansia yang datang ada 10-20 orang yang datang tapi ada juga yang hanya 5orang saja tetapi semenjak diberlakukannya PROLANIS cakupan kedatangan lansia mencapai 40-60 orang setiap kali pelaksanaan Posyandu Lansia....ngak tahu kenapa bisa begitu”.... (Kd.1A)

“Untuk faktor pendorong mungkin untuk rutin memeriksakan kesehatannya dan diaplikasikan PROLANIS menambah semangat mereka untuk datang ke Posyandu Lansia. kalau faktor penghambatnya mungkin jaraknya yang jauh atau lupa mungkin pak”.....(Bd. A)

“Rata-rata ada 40-50 orang yang datang tapi ada juga yang hanya 30 orang saja yang datang”.....(Kd. 4A)

“Kalau dari pengamatan saya sih....yang mendorong mereka untuk datang ke Posyandu Lansia dan memanfaatkan Posyandu Lansia itu karena kondisi kesehatan merekanamun penghambatnya adalah karena faktor lupa....mereka sering sekali lupa...selain itu ada juga yang sibuk dengan pekerjaannya menjaga cucu”.....(Bd. A).

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa rata-rata kunjungan lansia masih belum merata, walaupun memang mengalami peningkatan semenjak ada PROLANIS. Faktor pendorong lansia

datang ke Posyandu Lansia yaitu terkait kondisi kesehatan lansia saya pada intinya ingin berobat, penghambat ada jarak, kesibukan dan lainnya. Secara keseluruhan perlu ada pemahaman yang sama baik dari petugas kesehatan, kader dan masyarakat mengenai Posyandu Lansia, bahwa Posyandu Lansia bukan pelayanan bagi yang sedang sakit saja tetapi tujuan utamanya untuk pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan lansia.

Hasil Observasi

1) Input

Berdasarkan hasil observasi lapangan didapatkan untuk jenis tenaga kesehatan yang datang pada saat pelaksanaan Posyandu Lansia setelah pelaksanaan PROLANIS di wilayah kerja Puskesmas Rancaekek ada Dokter dan Bidan. Terkadang ada satu orang perawat dan satu orang petugas laboratorium yang datang pada saat pelaksanaan salah satu Posyandu Lansia.

Berdasarkan hasil observasi lapangan juga didapatkan sarana prasarana yang ada di tiap Posyandu Lansia. Posyandu Lansia 1 yang berada di wilayah kerja puskesmas Rancaekek sarana dan prasarana yang ada sudah lengkap yang dibantu oleh dukungan dana BPJS terhadap PROLANIS. Kegiatan dilaksanakan di Kantor PKK.

Sarana yang ada terdapat meja dan kursi, alat tulis, buku pencatatan kegiatan (buku register), Kit lanjut usia (timbangan dewasa, meteran, Stetoskop dan tensimeter) dan Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia sedangkan Buku Pedoman Pemeliharaan Kesehatan (BPPK) lanjut usia belum ada..

Berdasarkan observasi dilapangan Posyandu Lansia yang ada diwilayah kerja puskesmas Rancaekek belum memiliki sarana dan prasarana yang memadai seperti di Posyandu Lansia 1 tempat pelaksanaan Posyandu Lansia dilakukan di kantor PKK yang kalau hujan sering terkena banjir sehingga untuk pelaksanaan Posyandu Lansia tidak dilakukan menunggu air surut. Posyandu Lansia 2 dilaksanakan berpindah-pindah tempat antara sekolah dan gedung BPK desa sedangkan untuk sarana yang ada di kedua Posyandu Lansia sama-sama memiliki meja dan kursi, alat tulis, buku pencatatan kegiatan, Kit lanjut usia dan KMS lansia. Masing-masing Posyandu Lansia tidak memiliki buku pedoman pemeliharaan kesehatan.

Berdasarkan observasi lapangan di semua Posyandu Lansia juga tidak ditemukan Standar Operasional Prosedur (SOP) pelaksanaan Posyandu lansia sesuai edaran dari Kementerian Kesehatan RI.

2) *Process*

Berdasarkan hasil observasi lapangan untuk mekanisme pelaksanaan kegiatan Posyandu Lansia semuanya sudah sesuai dengan tahapan pelaksanaan kegiatan yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan RI, hanya saja untuk tahapan keempat yaitu pemeriksaan air seni dan kadar darah tidak satupun ditemukan di semua Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Rancaekek. Sedangkan jenis layanan yang diberikan pada proses pelaksanaan Posyandu Lansia hanya 1 Posyandu Lansia yang melaksanakan 10 jenis kegiatan yang dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan RI yaitu Posyandu Lansia 2 di wilayah kerja puskesmas Rancaekek . Evaluasi merupakan suatu proses yang dilakukan oleh seseorang untuk melihat sejauhmana keberhasilan sebuah program. Dalam keberhasilan ada dua konsep yang terdapat di dalamnya yaitu efektifitas dan efisiensi. Efektifitas merupakan perbandingan antara *output* dan *input* sedangkan efisiensi adalah taraf pendayagunaan *input* untuk menghasilkan *output* lewat suatu proses. Hasil penelitian dari Posyandu Lansia, menunjukkan bahwa program yang paling mereka inginkan adalah pengobatan gratis, padahal kalau kembali ketujuan pembentukan Posyandu Lansia

adalah untuk pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan lansia sehingga sejauh ini belum tercapai tujuan tersebut.

Dalam hal *input* banyak faktor yang menyebabkan belum optimalnya pelaksanaan Posyandu Lansia diantaranya belum siapnya keterdukungan dana dari pemerintah maupun pihak swasta. Salah satu upaya dalam pembiayaan yaitu mereka melakukan kencelengan atau patungan untuk pembiayaan dan ditambah bantuan dana dari BPJS Kesehatan yang sangat membantu dalam pengendalian penyakit Kronis. Sarana dan obat-obatan yang ada pada pelaksanaan Posyandu Lansia dengan Mengaplikasikan PROLANIS sudah lebih lengkap terlihat dari pada sebelumnya. Hal tersebut diperkuat dengan observasi dilapangan di Posyandu Lansia yang ada diwilayah kerja puskesmas Rancaekek yang sudah memiliki meja dan kursi, alat tulis, buku pencatatan kegiatan, Kit lanjut usia dan KMS lansia. Hanya buku pedoman pemeliharaan kesehatan yang belum dimiliki, padahal menurut Kemenkes (2010) untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan Posyandu Lansia maka dibutuhkan sarana dan prasarana penunjang meliputi : tempat kegiatan (gedung, ruangan atau tempat terbuka),

meja dan kursi, alat tulis, buku pencatatan kegiatan (buku register bantu), Kit lanjut usia (timbangan dewasa, meteran, *stetoskop* dan tensimeter, *thermometer*), Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia, Buku Pedoman Pemeliharaan Kesehatan (BPPK) lanjut usia.

Ketidaksiapan SDM juga membuat pelaksanaan Posyandu Lansia pada tahap input belum optimal. Berdasarkan hasil observasi lapangan didapatkan untuk jenis tenaga kesehatan yang datang pada saat pelaksanaan Posyandu Lansia di wilayah kerja puskesmas Rancaekek semuanya hanya bidan dan dokter. Terkadang hanya satu orang yang rutin ada yaitu bidan yang datang pada saat pelaksanaan salah satu Posyandu Lansia. Posyandu Lansia di wilayah kerja puskesmas Rancaekek Jumlah kader yang datang pada saat pelaksanaan Posyandu Lansia di kurang lebih ada 3-4 orang, padahal menurut buku panduan pelaksanaan posyandu lansia dari Kemenkes (2010) menyatakan bahwa untuk sekali pelaksanaan Posyandu Lansia dianjurkan minimal 5 orang kader yang datang.

Dalam hal *Process* berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa rata-rata kunjungan lansia ke Posyandu Lansia masih rendah walaupun mengalami peningkatan semenjak diaplikasikan

PROLANIS. Mayoritas lansia yang datang hanya karena kondisi kesehatan yang sedang tidak baik saja. Artinya mereka masih menganggap bahwa Posyandu Lansia sebagai tempat untuk berobat. Dampaknya ketika mereka tidak mengalami keluhan kesehatan maka mereka tidak mau untuk datang ke Posyandu Lansia.

Hal tersebut dipertegas oleh keterangan dari Bidan Desa bahwa saat pelaksanaan program, lansia yang datang jauh dari target yang ditetapkan. Bidan mengatakan pula bahwa selain masyarakatnya yang masih rendah pemanfaatan Posyandu Lansia, kadernya juga sering menjadi kendala. Hal tersebut, terkait dengan peraturan dari Bupati Kabupaten Bandung bahwa kader posyandu lansia dianjurkan harus lansia juga sehingga untuk menggerakkan supaya lebih aktif merasa kesulitan karena terkendala usia, kondisi fisik dan daya tangkap mereka juga dan akhirnya sampai saat ini pemanfaatan posyandu lansia masih sangat rendah.

Hal tersebut senada dengan penelitian Pertiwi bahwa pemanfaatan posyandu lansia oleh masyarakat sangat rendah. Lansia mau datang ke posyandu lansia apabila mengalami keluhan kesehatan. Penelitian Purnawati mengatakan hal yang sama yaitu rendahnya pemanfaatan

posyandu lansia. Berdasarkan hasil observasi lapangan untuk mekanisme pelaksanaan kegiatan Posyandu Lansia semua Posyandu Lansia sudah sesuai dengan tahapan pelaksanaan kegiatan yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan RI, hanya saja untuk tahapan keempat yaitu pemeriksaan air seni dan kadar darah tidak ditemukan.

Menurut Buku Pedoman Penyelenggaraan Posyandu lansia dari Kemenkes (2010) pemeriksaan pada saat pelaksanaan posyandu lansia meliputi :

- 1) Pemeriksaan aktivitas kegiatan sehari – hari, meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan seperti makan, minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar / kecil dan sebagainya.
- 2) Pemeriksaan status mental emosional dengan menggunakan pedoman 2 menit (lihat KMS lansia).
- 3) Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan dan hasilnya dicatat pada grafik Indeks Masa Tubuh (IMT).
- 4) Pengukuran tekanan darah menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.

- 5) Pemeriksaan hemoglobin dengan menggunakan Talquist, Sahli atau Cuprisulfat.
- 6) Pemeriksaan adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit gula (Diabetes Melitus).
- 7) Pemeriksaan adanya zat putih telur (protein) dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal.
- 8) Pelaksanaan rujukan ke puskesmas bilamana ada keluhan dan atau ditemukan kelainan pada pemeriksaan butir 1 sampai 7.
- 9) Penyuluhan bisa dilakukan didalam maupun diluar kelompok dalam rangka kunjungan rumah dan konseling kesehatan dan gizi sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi oleh individu dan atau kelompok lanjut usia.
- 10) Kunjungan rumah oleh kader disertai petugas bagi anggota kelompok lanjut usia yang tidak datang, dalam rangka kegiatan perawatan kesehatan masyarakat (*Public Health Nursing*).

Berdasarkan teori di atas, maka penting sekali bagi kita selaku tenaga kesehatan untuk terus mendorong dan memotivasi lansia untuk bisa memanfaatkan posyandu lansia tersebut yang kemudian untuk para kader harus dipikirkan bagaimana mengoptimalkan peranan posyandu lansia sesuai dengan

pedoman yang dikeluarkan oleh Kemenkes.

Diharapkan dengan diaplikasikannya PROLANIS ini bisa menambah minat masyarakat untuk lebih menjaga kesehatan mereka khususnya dalam pengendalian penyakit Kronis (Hipertensi dan DM) tanpa mengurangi tujuan utama pelaksanaan Posyandu Lansia yaitu Promotif dan Preventif.

SIMPULAN

1. Evaluasi *Input* Program Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Rancaekek :
 - a. Meningkatnya Program Posyandu lansia dalam menjalankan pelayanan kesehatan lansia terlihat dari bertambahnya jumlah kader Posyandu lansia yang datang dan bertambahnya dukungan pembiayaan dalam pelaksanaan Posyandu Lansia dari BPJS Kesehatan dengan Mengaplikasikan PROLANIS.
 - b. Ketersediaan sumber daya manusia, sarana, prasarana, sumber dana dan prosedural meningkat setelah diaplikasikannya PROLANIS yang terlihat dari lengkapnya sarana dan obat-obatan, bertambahnya SDM khususnya tenaga kesehatan dan meningkatnya dukungan dana

dalam pelaksanaan Posyandu Lansia.

2. Evaluasi *Process* Program Posyandu Lansia di wilayah kerja Puskesmas Rancaekek:

a. Kuantitas pelayanan Posyandu Lansia yang belum optimal terlihat dari pelaksanaan posyandu lansia yang belum melaksanakan 10 jenis layanan serta pelaksanaan Posyandu Lansia yang belum menerapkan sistem 5 meja sesuai standar pelaksanaan Posyandu Lansia dari Kemenkes RI.

b. Kualitas pelayanan yang diberikan pada pelaksanaan Posyandu Lansia sudah cukup optimal dan mengalami peningkatan kualitas terlihat dari jenis layanan yang diberikan dilakukan oleh kader yang sudah terlatih dan tenaga kesehatan yaitu bidan dan dokter.

3. Evaluasi *Output* Program Posyandu Lansia di Kabupaten Bandung :

a. Hasil pelaksanaan Posyandu Lansia yaitu masih kurangnya cakupan kunjungan lansia yang datang pada saat pelaksanaan posyandu lansia walaupun meningkat dengan diaplikasikannya PROLANIS.

b. Dampak pelaksanaan Posyandu Lansia yang mengaplikasikan PROLANIS terlihat dari perubahan

perilaku, pengendalian penyakit kronis (Hipertensi dan DM) serta peningkatan kualitas hidup lansia.

SARAN

1. Saran Akademis

- a. Perlu dilaksanakan penelitian untuk mengkaji metode paling efektif dalam memunculkan faktor dominan yang mempengaruhi pemanfaatan posyandu lansia
- b. Perlu dilakukan penelitian dengan metode kuantitatif dan kualitatif sehingga hasil penelitian yang didapatkan lebih sempurna.

2. Praktis

- a. Bagi Dinas Kesehatan
 - 1) Melakukan advokasi ke tingkat desa untuk upaya kelengkapan sarana dan prasarana dan kebijakan tentang pembentukan Posyandu lansia minimal setiap RW mempunyai 1 Posyandu Lansia.
 - 2) Kebijakan dalam pemberian *reward* bagi kader yang aktif.
- b. Bagi Puskesmas
 - 1) Memberikan Penyuluhan tentang tujuan utama posyandu lansia yaitu untuk memelihara dan menjaga kesehatan bukan pengobatan, sehingga lansia akan datang ke Posyandu Lansia

secara rutin tidak hanya pada saat sakit.

- 2) Mempersiapkan kelengkapan pelaksanaan Posyandu Lansia dengan melengkapi sarana dan obat-obatan, mempersiapkan SDM khususnya kader Posyandu lansia serta membuat dan menjalankan SOP pelaksanaan Posyandu Lansia.
- 3) Mengoptimalkan kuantitas pelayanan Posyandu lansia dengan selalu melaksanakan 10 jenis layanan posyandu lansia dan menggunakan tahapan 5 meja dalam pelaksanaan posyandu lansia serta meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan pada pelaksanaan posyandu lansia dengan mengoptimalkan jenis pelayanan posyandu lansia.
- 4) Melakukan peningkatan kemitraan dengan kepala desa, ketua RW, tokoh masyarakat dengan mengajak mereka bersama untuk memanfaatkan Posyandu lansia setiap bulannya.
- 5) Memberikan Penyuluhan tentang pengendalian penyakit kronis (Hipertensi dan DM) kepada lansia untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Biro Pusat Statistik. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia, BPS. Jakarta;2009.
- Budi, T.W.R., 1996 , *Model Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut Oleh Masyarakat (Penelitian Kualitatif di Kec. Tomohon, Sulawesi Utara)*, Jurnal Jaringan Epidemiologi Indonesia, Vol. 1, Edisi 1, Yakarta.
- Burhan, (2003). *Analisis data penelitian kualitatif*. Jakarta : Raja Grafindo Persada
- Burhan, (2007). *Penelitian kualitatif*. Jakarta : Prenada Media Group
- Camacho, G.B and Bixby, L.R, (2009). *Differentials by Socioeconomic Status and Institutional Characteristics in Preventive Service Utilization by Older Persons*, Journal Aging Health 21 ; 730
- Creswell, John W. (2010). *Research Design Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan Mixed*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Kemitraan dalam Pemberdayaan Masyarakat. Jakarta: Puspromkes Depkes RI;2008
- Depkes RI., (2002), *Pedoman Pengelolaan Kegiatan Kesehatan di Kelompok Usia Lanjut*, Jakarta
- Depkes RI., (2005), *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan I, Kebijakan Program*, Departemen Kesehatan RI
- Federman, A.D, Pendrod, J.D, Livot, E, Hebert P, S, Doucette, J, and

- Siu, A.L., 2010. *Development of and Recovery From Difficulty With Activities of Daily Living : An Analysis of National Data*. Journal Aging Health 22 ; 1081
- Fuad, H., (2008). *Study Fenomenologi Motivasi Lansia Dalam Memanfaatkan Posyandu Lansia Di Kelurahan Sidomulyo Kec. Motesih Kab. Karang Anyar*, Program Study Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- http://datakesra.menkokesra.go.id/sites/default/files/pendidikan_file/human_development_index_2011.pdf
- Kelana. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Trans Info Media
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pembinaan Kesehatan Lanjut Usia Bagi Petugas Kesehatan, Direktorat Bina Kesehatan Komunitas, Jakarta:2010.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pengelolaan Kegiatan Kesehatan di Kelompok Lanjut Usia, Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta;2010.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Puskesmas Santun Lanjut Usia Bagi Petugas Kesehatan, Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta;2010.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Promosi Kesehatan. (online diakses 20 Oktober 2014). Dari <http://www.promkes.depkes.go.id/>
- Komnas Lansia. Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia. Komnas Lansia. Jakarta;2010.
- Martha, J.W., 1996. *Konsep Pembinaan Program Kesehatan Usia Lanjut di Puskesmas, Medika*, No. 1, Tahun XXII.
- Ropei, O. (2010). *Pengalaman Perubahan Fungsi Seksualitas Pada Lanjut Usia Di Kota Cimahi Studi Fenomenologi*. Tesis UI. lib.ui.ac.id/file?file=digital/137163..pdf 13 jan 15
- SIRUSA. Usia Harapan Hidup Rakyat Indonesia ; (diunduh 18 Oktober 2014). Tersedia dari :
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta
- Suroyo. (2007). *Pengembangan Pola Manajemen Pengelolaan Upaya kesehatan Kerja Di Puskesmas Kota Tasikmalaya*. Tesis UNDIK. pola manajemen >>suroyo>>diakses tgl 22 des 14
- Yati, Imami N.R. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta : Raja Grafindo
- Yin, Robert K. (2013). *Studi Kasus Desain & Metode*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN KADER POSYANDU
TENTANG PENULARAN HIV/AIDS DARI IBU KE ANAK
DI DESA CILELES TAHUN 2017**

Fardila Elba¹⁾, Merry Wijaya¹⁾, Farah Dina Nurfathia²⁾
Email: fardilaelba@yahoo.com

¹Dapartemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran

²Program Studi Diploma IV Kebidanan Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia

Abstract

In Indonesia, in 2014 the total number of pregnant women was 5,192,427, only 5,167 (0.1%) were tested for HIV. The HIV virus can be transmitted from HIV-infected mothers to their children during pregnancy, during labor and breastfeeding. HIV transmission from mother to child can actually be intervened with PMTCT. However, the coverage is still low at 8% in 2010. Basic level health services can be assisted by cadres in MCH services by motivating and supporting pregnant women by motivating pregnant women to test HIV / AIDS.

This study used a cross-sectional approach. The sample in this study was a Posyandu Cadre in Cileles Village. Sampling using total sampling technique with the number of samples that correspond to the inclusion and exclusion criteria as many as 53 respondents.

The research shows that the level of good knowledge is mostly in the age group of 20-35, the best knowledge is mostly at the junior high school level, and the best knowledge is mostly on cadres with a working period of 0-5 years.

Most respondents have sufficient knowledge about HIV / AIDS transmission from mother to child. Sufficient knowledge can be obtained from various sources, such as: mass media, books, and information obtained from health workers.

Keywords: AIDS, Age, Education Level, HIV, Length of cadre, Transmission, PPIA.

PENDAHULUAN

Menurut Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2013 ada ada 35 juta orang hidup dengan HIV di dunia diantaranya adalah 16 juta perempuan dan 3,2 juta anak berusia <15 tahun. Di Indonesia pada tahun 2014 jumlah keseluruhan penderita HIV adalah 150.285 dan AIDS 55.799. Dari total keseluruhan ibu hamil di Indonesia sebanyak 5.192.427 hanya 5.167 (0,1%) yang melakukan pemeriksaan HIV, dimana 1.306 ibu hamil (25%) diantaranya positif menderita HIV. Virus HIV dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya selama kehamilan 5-

10%, saat persalinan 10-20% dan menyusui 5-20%.^{1,2}

Salah satu kasus penularan HIV dari ibu ke bayi atau dalam istilah lainnya *Mother to Child HIV Transmission* (MTCT) masih merupakan cara penularan yang cukup tinggi. Hingga saat ini kejadian penularan dari ibu ke anak sudah mencapai 2,6 persen dari seluruh kasus HIV/AIDS yang dilaporkan di Indonesia.

Dalam upaya pengendalian kasus HIV/AIDS di Indonesia khususnya dalam pencegahan penularan dari ibu dan anak, Pemerintah membuat program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) atau

dikenal dengan *Prevention of Mother To Child Transmission* (PMTCT) karena penularan HIV dalam kasus ini sebenarnya dapat diintervensi dengan PPIA yang bertujuan untuk mengurangi jumlah kasus HIV baru, menurunkan angka kematian ibu dan bayi akibat HIV, juga meningkatkan kualitas hidup ibu hamil dan anak dengan HIV.²

Namun meskipun program PPIA telah dilaksanakan, cakupan layanan PPIA di Indonesia masih rendah. yaitu 10% di tahun 2004, meningkat menjadi 35% pada tahun 2007, 45% di tahun 2008, dan menurun pada tahun 2010 yaitu 8% sehingga diperlukannya peningkatan cakupan pelayanan PPIA.²

Program PPIA dibentuk guna untuk mendeteksi dini penularan HIV/AIDS dari ibu ke bayi sehingga dapat dimulai pada jenjang pelayanan kesehatan yang dasar yaitu di Pusat Pelayanan Terpadu (Posyandu).³

Pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan tingkat dasar dibantu peningkatan

dan peran beserta fungsinya oleh seorang kader sebagai seorang yang berhubungan langsung dalam bermasyarakat. Kader mempunyai peranan sebagai seseorang yang dipercaya dalam masyarakat dan mengajak masyarakat mengenali betapa pentingnya kesehatan sehingga diperlukan untuk datang ke Posyandu guna memperoleh pelayanan kesehatan yang baik.^{4,5,6}

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah Kader Posyandu di Desa Cileles. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling* dengan jumlah sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eklusi sebanyak 53 responden.⁷

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari 53 responden yang diikutsertakan dalam analisis peneliti tampilkan dalam data karakteristik pada tabel di bawah ini:

Tabel 1 Karakteristik Responden Pengetahuan Kader tentang Manfaat PPIA di Desa Cileles

Karakteristik	Kategori	f	%
Usia	20-35 Tahun	18	34
	36-45 Tahun	20	37.8
	>45 Tahun	15	28.2
Pendidikan	Tamat SD/ sederajat	15	28.2
	Tamat SMP/ sederajat	21	39.6
	Tamat SMA/ sederajat	15	28.2
	> SMA	2	4
Lama Menjadi Kader	0-5 tahun	27	51
	6-10 Tahun	9	17
	11-20 tahun	13	24.5
	>20 Tahun	4	7.5

Berdasarkan tabel di atas tampak usia responden antara 36 – 45 tahun dan yang 20 tahun tidak jauh berbeda, tetapi masih terdapat 15 responden yang berusia lebih dari 45 tahun. Dalam penelitian ini didapatkan lebih banyak responden yang lulusan SMP 21 responden (39.6%) dibandingkan dengan responden yang, lulusan SD 15 responden (28.2%) lulusan SMA 15 responden (28.2%) dan lulusan perguruan tinggi 2 responden (4%). Dilihat dari lama menjadi kader 27 responden (51%) bekerja selama 0-5 tahun, 9 responden (17%) 6-10 tahun, 13 responden (24.5%) selama 10-20 tahun dan 4 responden (7.5%) selama >20 tahun.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang cukup mengenai manfaat Program Pencegahan HIV/AIDS dari Ibu ke Anak. Pengetahuan yang cukup dapat diperoleh dari berbagai sumber, seperti: media massa (cetak dan elektronik), buku-buku, serta informasi yang didapat dari petugas kesehatan. Pengetahuan yang baik mengenai pengetahuan dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS dari ibu ke anak diperoleh dari media massa maupun orang per orang namun masih terdapat banyak kader yang kurang memahami mengenai cara penularan dan cara pencegahan karena kurangnya informasi yang diperoleh tentang hal tersebut. Sebagian besar responden dalam penelitian ini mengatakan bahwa belum pernah menerima informasi mengenai Program Pencegahan Penularan HIV/AIDS dari Ibu ke Anak.

Tabel 2 Pengetahuan berdasarkan usia

Usia	Baik		Pengetahuan Cukup			
	f	%	f	%	f	
20-35	9	17	8	15	0	0
36-45	11	20.8	8	15	2	3.8
>45	7	13.4	8	15	0	0
Jumlah	27	51.2	24	45	2	3.8

Berdasarkan tabel di atas, responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik paling banyak berada pada kelompok usia 36-45 tahun yaitu 11 responden (20.8%), 24 dari 53 responden yang memiliki pengetahuan cukup (45%), dan 2 dari 53 responden yang memiliki pengetahuan kurang (3.8%).

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Semakin bertambahnya usia seseorang maka akan terjadi peningkatan daya tangkap serta pola berpikir sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin baik. Namun meskipun usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan karena semakin bertambahnya usia seseorang maka akan terjadi peningkatan daya tangkap serta pola berpikir sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin baik namun jika semakin berta, bahnnya usia akan terjadi pula proses kemunduran organ yang dapat menimbulkan kepikunan jika semakin tua usia.⁸

Tabel 3 Pengetahuan Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Pengetahuan					
	Baik		Cukup		Kurang	
	f	%	f	%	f	%
SD	6	11.1	8	15.1	1	1.9
SMP	12	22.2	9	17	0	0
SMA	7	13.1	7	13.1	1	1.9
Peguruan Tinggi	2	3.5	0	0	0	0
Jumlah	27	50	24	46.2	2	3.8

Berdasarkan tabel di atas, responden yang memiliki pengetahuan baik paling banyak berada pada tingkat pendidikan SMP sebanyak 27 responden (50%), yang memiliki pengetahuan cukup paling banyak berada di tingkat pendidikan SMA.

Pada penelitian ini pengetahuan baik paling banyak berada pada tingkat pendidikan SMP. Menurut hasil penelitian Yuyun (2015) yang menyebutkan bahwa pengetahuan kader yang baik berada pada responden dengan tingkat pendidikan yang tinggi (SMA). Penelitian tersebut menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah pula untuk menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.²⁴ Hal tersebut tidak sesuai dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik sebagian besar berpendidikan SMP dan pengetahuan cukup paling banyak pada responden berpendidikan terakhir SMA. Meskipun tingkat pendidikan seseorang akan mempermudah proses penerimaan informasi dan nilai-nilai baru, tetapi belum

tentu mempengaruhi tingkat pengetahuan karena pengetahuan dapat dipengaruhi oleh faktor lainnya seperti intelegensia, minat, umur, dan pekerjaan.⁹

Tabel 4 Pengetahuan Berdasarkan Lama Menjadi Kader

Lama Menjadi Kader (Tahun)	Pengetahuan					
	Baik		Cukup		Kurang	
	f	%	F	%	f	%
0-5	14	26.4	11	20.8	2	3.8
6-10	4	7.5	5	9.4	0	0
10-20	7	13.2	5	9.4	0	0
>20	2	3.8	3	5.7	0	0
Jumlah	27	50.9	24	45.3	2	3.8

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa kader dengan kategori lama kerja 0-5 tahun sebanyak 27 orang, kategori lama kerja 6-10 tahun sebanyak 9 orang, kategori lama kerja 10-20 tahun sebanyak 12 orang dan kategori lama kerja >20 tahun sebanyak 5 orang.

Dari hasil penelitian tampak kader dengan masa kerja 0-5 tahun lebih banyak yang memiliki pengetahuan baik dari kader dengan lama kerja >5 tahun. Hal ini tidak selaras dengan dengan penelitian Indah (2014) karena tidak terdapat hubungan antara lama menjadi kader dengan pengetahuan yang dimiliki. Seperti yang diketahui bahwa kader berperan sebagai sukarela sehingga hal tersebut kadangkala membuat kader merasa tidak terlalu terikat dengan tugasnya.¹⁰

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan kader Posyandu tentang Penularan HIV/AIDS dari Ibu ke Anak di Desa Cileles berdasarkan usia yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 27 responden (50.9%), pengetahuan cukup 24 responden (45.3%) dan pengetahuan yang kurang sebanyak 2 responden (3.8%).

Pengetahuan kader Posyandu tentang Penularan HIV/AIDS dari Ibu ke Anak di Desa Cileles berdasarkan tingkat pendidikan yang memiliki pengetahuan baik 6 responden pada tingkat SD (11,3%), 12 responden pada tingkat SMP (22.6%), 7 responden pada tingkat SMA (13.2%), 2 responden pada tingkat pendidikan Perguruan Tinggi (3,8%).

Pengetahuan kader Posyandu tentang Penularan HIV/AIDS dari Ibu ke Anak di Desa Cileles berdasarkan lama menjadi kader yang memiliki pengetahuan baik 14 responden (51,9%) dengan masa kerja 0-5 tahun, 4 responden (14.8%) dengan masa kerja 5-10 tahun, 7 responden (25.9%) dengan masa kerja 10-20 tahun, dan 2 responden (7.4%) dengan masa kerja lebih dari 20 tahun.

REFERENSI

1. KEMENKES. Pusat Data dan Informasi. Jakarta 2014.
2. KEMENKES. Pencegahan Penularan Hiv dari Ibu Ke Anak. Jakarta 2011.
3. KEMENKES. Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. Jakarta 2015.
4. Gandana. Buku Pegangan Kader Posyandu. Jawa Barat: Dinas Kesehatan; 2012.
5. Yurianto A. Buku Pegangan Kader. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2015.
6. Nursalam. Ilmu Kesehatan Anak. Jakarta: Salemba Medika; 2014.
7. Sulistyaningsih. Metodologi Penelitian Kebidanan: Kuantitatif-Kualitatif. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2011.
8. Aldila N. Gambaran pengetahuan kader tentang MP-ASI berdasarkan usia di Probolinggo. 2015.
9. Setyorini Y. Hubungan tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan kader tentang PHBS di Kabupaten Boyolali. 2015.
10. Nurindah W. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan kader Kesehatan di Kabupaten Banyumas. Purwokerto: UNSOED; 2014.

**GAMBARAN KONSEP DIRI DAN KECEMASAN PADA ORANG TUA
YANG MEMILIKI ANAK RETARDASI MENTAL
DI SEKOLAH LUAR BIASA B-C KURNIA
KABUPATEN GARUT**

Lusi Aprianti, Ali Musthofa, Cucu Rokayah
Email: lusiaprianti09@gmail.com

Program Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bandung

ABSTRACT

Mental retardation is a weakness of mind with intelligence less than period of development from birth, children with mental retardation need more attention and support from parents, because children with mental retardation have a high degree of dependence on parents to meet their needs, whereas happen to parents who have children with mental retardation increased burden on parent, it could trigger emergence of psychosocial problems such change self concept and anxiety. This research conducted to determine the self concept and anxiety in parents who have children with mental retardation in Special School B-C Kurnia Garut. .

This research use quantitative descriptive method with cross sectional approach, population in this research 54 with total sampling technique, instrument used in form of self concept questionnaire that has been standardized with validity test value 0,66 and Dass anxiety questionnaire.

The results showed that 70.9% of parents have positive self-concept and 45.5% of parents have moderate anxiety.

The conclusion of this research is that parents who have children with mental retardation have positive self-concept and have moderate anxiety. Suggestions for parents who experience moderate anxiety levels that health workers should provide motivation and information in the form of counseling about the children mental retardation health and expected to family members could provide more support and attention to parents who have children with mental retardation.

Keywords: Anxiety, Mental Retardatio, Self Concept

ABSTRAK

Retardasi mental merupakan kelemahan jiwa dengan intelegensi yang kurang dari masa perkembangan sejak lahir, anak dengan retardasi mental perlu mendapatkan perhatian serta dukungan yang lebih dari orang tua, karena anak dengan retardasi mental memiliki tingkat ketergantungan terhadap orang tua untuk memenuhi kebutuhannya, sedangkan yang terjadi pada orang tua yang memiliki anak retardasi mental mengalami peningkatan beban orang tua, hal tersebut dapat memicu munculnya masalah psikososial yaitu perubahan konsep diri dan kecemasan. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui gambaran konsep diri dan kecemasan pada orang tua yang memiliki anak retardasi mental di Sekolah Luar Biasa B-C Kurnia Kabupaten Garut. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*, populasi dalam penelitian ini sebanyak 54 dengan teknik total sampling, instrumen yang digunakan berupa kuesioner konsep diri yang telah baku dengan nilai uji validitasnya 0,66 dan kuesioner kecemasan *Dass*. Hasil penelitian menunjukkan 70,9% orang tua mempunyai konsep diri positif. 45,5% orang tua memiliki kecemasan sedang. Kesimpulan dari penelitian ini adalah orang tua yang memiliki anak retardasi mental mempunyai konsep diri positif dan memiliki kecemasan sedang. Saran bagi petugas kesehatan harus memberikan motivasi dan informasi berupa penyuluhan tentang kesehatan anak retardasi mental dan diharapkan anggota keluarga dapat lebih memberikan dukungan dan perhatian pada orang tua yang memiliki anak retardasi mental.

Kata-kata kunci: Konsep Diri, Kecemasan, Retardasi Mental

PENDAHULUAN

Anak merupakan individu yang berada dalam suatu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja, sedangkan *UNICEF* mendefinisikan anak adalah sebagai penduduk yang berusia antara 0 sampai dengan 18 tahun. Seorang anak bisa dikatakan tumbuh apabila anak tersebut mengalami perubahan pada fisiknya yang dapat diukur secara kuantitas, sedangkan perkembangan bisa dilihat dari bertambahnya fungsi tubuh yang lebih kompleks seperti kemampuan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian (Depkes RI, 2006). Apabila mental anak berkembang secara matang maka pengaturan emosi, berpikir, dan adaptasi anak terhadap lingkungan akan baik, tetapi apabila perkembangan mentalnya mengalami keterlambatan maka akan terjadi gangguan perkembangan pervasif diantaranya adalah *Down Syndrom* dan retardasi mental (Maslim, 2003).

Retardasi mental tergolong gangguan Aksis II yang didefinisikan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSMIV-TR)* sebagai fungsi intelektual yang sangat dibawah rata-rata, kurangnya perilaku adaptif, dan terjadi sebelum usia 18 tahun

Hasil studi Bank Dunia menunjukkan, *Global Burden of Disease* akibat masalah kesehatan mental mencapai 8,1%. Menurut *World Health Organization (WHO)* tahun 2011, berdasarkan standar skor dari

kecerdasan kategori *American Association of Mental Retardation (AAMR)* gangguan mental manual klasifikasi penyakit menempati urutan kesepuluh di dunia. Angka kejadian retardasi mental diberbagai negara berkembang secara umum berkisaran 1-3% setiap populasi

Prevalensi penduduk di Indonesia yang mengalami retardasi mental menurut data semua provinsi yang ada di Indonesia dan jenis kecacatannya pada tahun 2000 adalah 189.625 orang atau 12,72% sedangkan hasil sensus penduduk Indonesia tahun 2009 menunjukkan bahwa jumlah anak retardasi mental sebanyak 66.610 anak

Berdasarkan data tersebut, anak dengan retardasi mental perlu mendapatkan perhatian serta dukungan yang lebih dari keluarga terutama orang tua, karena anak dengan retardasi mental memiliki tingkat ketergantungan terhadap orang tua dalam hal memenuhi kebutuhannya, sedangkan yang terjadi pada orang tua yang memiliki anak retardasi mental mengalami peningkatan beban orang tua, hal tersebut dapat memicu munculnya masalah psikososial yaitu kedua orang tua mengalami kecemasan.

Reaksi umum yang terjadi pada orang tua yang mempunyai anak retardasi mental pertama kali adalah merasa syok, mengalami goncangan batin, takut, sedih, kecewa, merasa bersalah, malu, dan menolak karena sulit mempercayai keadaan anaknya (Hasanah dkk, 2015).

Kondisi orang tua yang memiliki anak retardasi mental dapat mempengaruhi konsep

dirinya. Konsep diri merupakan gambaran yang dimiliki seseorang tentang dirinya, yang dibentuk melalui pengalaman yang diperoleh dari interaksi dengan lingkungan (Agustiani, 2009). Konsep ini bukan merupakan faktor bawaan, melainkan berkembang dari pengalaman yang terus menerus. Konsep diri terdiri dari citra tubuh (*Body Image*), ideal diri (*Self Ideal*), harga diri (*Self Esteem*), peran (*Self Role*), identitas (*Self Identity*).

Kecemasan memiliki anak retardasi mental menjadi ketakutan yang nyata dialami oleh keluarga khususnya seorang ibu yaitu melahirkan bayi dengan keadaan fisiknya yang cacat. Kecemasan yang terdapat pada penelitian (Norhidayah, 2013) yang menunjukkan bahwa salah satu permasalahan kecemasan ditinjau dari segi resiko berulangnya kelainan retardasi mental pada anak selanjutnya, sedangkan menurut penelitian (Hastuti, 2014), menunjukkan bahwa permasalahan yang banyak di alami oleh orang tua khususnya seorang ibu dari anak retardasi mental adalah mengacu pada tingkah laku emosi anak retardasi mental, masalah keuangan, kemudian kemandirian anak, dan masa depan anak, sehingga keluarga menyekolahkan anak dengan retardasi mental ke sekolah luar biasa dengan harapan bisa meningkatkan perkembangan anak.

Data yang diperoleh dari SLB B-C Kurnia Kersamanah Garut pada tanggal 29 Januari 2018, didapatkan data dengan jumlah siswa yang mengalami retardasi mental sebanyak 54 orang. dibandingkan dengan 2

SLB yang lain dengan data yang di dapatkan dari SLB B-C YGP Cibatu sebanyak 28 orang dan di SLB BC Bandrek sebanyak 22 orang yang mengalami retardasi mental. Masalah yang ditemukan pada saat pengambilan data di SLB B-C Kurnia Garut, terdapat 7 anak yang tidak diantar ke sekolah oleh orang tuanya melainkan dititipkan ke orang lain, selain itu didapatkan keluarga siswa mengalami perasaan malu, dan merasa tidak punya harapan karena mempunyai anak retardasi mental, kemudian keluarga juga merasa harga diri keluarga jadi menurun karena mempunyai anak retardasi mental, keluarga khususnya seorang ibu memiliki perasaan dirinya berbeda dengan orang lain dan merasa telah gagal menjadi seorang ibu karena tidak bisa membesarkan anak layaknya anak normal lainnya.

Hasil wawancara yang didapatkan dari 5 orang tua, mengatakan mereka merasa kecewa, malu, dengan Gen yang dimilikinya sehingga menghasilkan keturunan yang tidak normal, orang tua mengatakan ingin sekali memiliki anak normal seperti yang dimiliki orang tua lainnya, kemudian mengatakan sebagai ayah dan ibu mereka merasa tidak bangga memiliki anak retardasi mental karena beranggapan orang - orang yang berada di sekeliling atau lingkungan sosialnya tidak mau menerimanya dengan baik, selain itu, orang tua cenderung merasa memiliki anak retardasi mental selalu jadi penghalang dalam beraktivitas sehari hari, kemudian merasa memiliki anak retardasi mental menghalanginya untuk bergaul

dengan orang-orang yang ada di sekelilingnya, sehingga mereka merasa pesimis menjadi ayah dan ibu yang baik bagi anaknya, orang tua mengatakan memiliki anak retardasi mental tidak menjadikannya sebagai orang tua seutuhnya dan merasa gagal karena tidak bisa memiliki anak yang normal. Selain itu mereka merasa tidak bisa menerima kehadiran anaknya karena tidak sesuai dengan harapan mereka.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan kepada orang tua anak dengan retardasi mental juga mendapatkan beberapa keluhan, orang tua merasa bingung karena anaknya memiliki keadaan yang tidak sempurna, sehingga menyebabkan orang tua mengalami sulit tidur pada saat malam hari apabila memikirkan kondisi anaknya tersebut, selain mengalami kesulitan tidur orang tua juga mengalami sulit untuk berkonsentrasi dan mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari pada saat anaknya diluar rumah bersama orang lain karena khawatir terjadi hal-hal buruk pada anaknya, selain itu orang tua mengatakan sering gelisah dan mudah tersinggung ketika ada orang lain yang menanyakan tentang kondisi anaknya, sehingga orang tua mengalami rasa takut tidak bisa mengurus dan mendidik anaknya dengan baik, karena anak retardasi mental dianggap oleh orang tua akan mengalami masalah pada karier anaknya, dan orang tua juga merasa takut anaknya sulit untuk mencapai masa depan yang cerah karena keterbatasan yang dimilikinya.

Berdasarkan uraian permasalahan tersebut, maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang gambaran konsep diri dan kecemasan pada orang tua yang memiliki anak retardasi mental di sekolah luarbiasa B-C kurnia kabupaten garut.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif kuantitatif*, Populasi dalam penelitian ini yaitu orang tua yang memiliki anak retardasi mental sebanyak 54 orang Sampel penelitian sebanyak 54 orang tua yang memiliki anak retardasi mental. Instrumen yang telah digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner konsep diri yang telah baku dengan nilai uji validitasnya 0,66 dan kuesioner kecemasan *Dass*

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian dan pembahasan tentang Gambaran Konsep Diri Dan Kecemasan Pada Orang Tua Yang Memiliki Anak Retardasi Mental Di Sekolah Luar Biasa B-C Kurnia Kabupaten Garut. Berikut ini gambaran konsep diri orang tua yang memiliki anak retrdasi mental.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Konsep Diri Pada Orang Tua yang Memiliki Anak Retardasimental di Sekolah Luar Biasa B-C Kabupaten Garut

No	Kategori	Frekuensi	%
1	Positif	39	72,2
2	Negatif	15	27,8
Total		54	100,0

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa 39 orang (72,2 %) memiliki konsep diri positif.

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Kecemasan Pada Orang Tua yang Memiliki Anak Retardasi mental di Sekolah Luar Biasa B-C Kabupaten Garut

No	Kategori	Frekuensi	%
1	Ringan	1	1,9
2	Sedang	25	46,3
3	Berat	17	31,5
4	Sangat Berat	11	20,4
Total		54	100,0

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa 25 orang (46,3%) memiliki kecemasan sedang.

Tabel 1 menunjukkan bahwa orang tua yang memiliki anak retardasi mental memiliki konsep diri positif, yakni sebanyak 39 orang atau (72,2%). Benny, Nurdin, dan Chundrayetti (2014) mengatakan banyak ibu yang memiliki anak retardasi mental tidak memperlihatkan indikasi penolakan terhadap anak, disamping itu ibu menunjukkan perhatian dan cinta yang besar terhadap anaknya karena faktor terbesar yang melatarbelakangi penerimaan ibu adalah agama, dimana orang tua yang lebih intens dalam melakukan praktek agama cenderung

bersikap lebih menerima anak-anak mereka yang terhambat secara fisik dan mentalnya. Hal ini juga didukung oleh Listiyaningsih dan Dewayani (2009) yaitu faktor lingkungan memberikan pengaruh paling besar terhadap kepercayaan diri orang tua dari anak retardasi mental, faktor lingkungan dapat diartikan sebagai lingkungan sosial, yaitu keberadaan orang-orang di sekitar orang tua anak retardasi mental, misalnya : tetangga, keluarga, dan anggota masyarakat yang lain dapat mendukung orang tua tersebut.

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa orang tua yang memiliki anak retardasi mental memiliki tingkat kecemasan sedang sebanyak 25 responden (46,3%). Dari hasil penelitian dilapangan mengenai tingkat kecemasan sebagian besar menunjukkan bahwa orang tua berada dalam kategori kecemasan sedang. Hal ini kemungkinan sangat dipengaruhi oleh faktor kesehatan yang baik secara fisik, psikis, maupun sosial. Kondisi sehat yang baik pada orang tua yang memiliki anak retardasi mental seperti tidak mengalami gangguan ketika memperhatikan sesuatu, memiliki konsentrasi yang baik, tidak mudah lupa, memberikan penilaian objektif, sangat waspada, dan kesadaran diri meningkat, sedangkan orang tua yang mengalami kecemasan berat sebanyak 17 (31,5%), Kecemasan yang terjadi pada ibu penderita retardasi mental disebabkan oleh permasalahan yang ditimbulkan karena memiliki anak retardasi mental itu lebih kompleks dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak normal. Kecemasan yang

dialami seorang ibu yang memiliki anak yang berkebutuhan khusus merupakan jenis kecemasan realitas. Hal yang juga menyebabkan sebagian besar ibu penderita retardasi mental mengalami kecemasan adalah kemungkinan adanya konflik dalam menghadapi anak retardasi mental, seringkali orang tua tidak memahami tentang kondisi anaknya dengan retardasi mental, sehingga mereka merasa bimbang terhadap kondisi anaknya dan mengalami konflik dalam diri. Konflik juga berpotensi terjadi karena adanya perbedaan penanganan terhadap anak retardasi mental dengan anak normal pada umumnya, selain itu kecemasan yang terjadi pada orang tua dengan anak retardasi mental karena adanya tingkat usia dan tahapan hidup yang berbeda sehingga hal tersebut dapat mempengaruhi persepsi pemahaman dan penerimaan anak retardasi mental.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan penelitian dapat disimpulkan bahwa :

1. Gambaran konsep diri orang tua yang memiliki anak retardasi mental di SLB B-C Kurnia Kabupaten Garut, berada dalam kategori positif yaitu 70,9 %.
2. Gambaran kecemasan orang tua yang memiliki anak retardasi mental di SLB B-C Kurnia Kabupaten Garut, dari responden memiliki tingkat kecemasan sedang yaitu 45,5%.

SARAN

1. Sekolah Luar Biasa

Mempunyai konsep diri positif dan kecemasan sedang yang dimiliki orang tua, diharapkan pihak sekolah selalu berkoordinasi dengan puskesmas untuk memberikan penyuluhan atau konseling kepada orang tua yang memiliki anak retardasi mental.

2. Puskesmas UPT Sukamerang

Sesuai dengan hasil penelitian didapatkan bahwa konsep diri keluarga yang memiliki anak retardasi mental memiliki konsep diri yang positif dan mengalami kecemasan sedang, oleh karena itu petugas kesehatan diharapkan agar dapat mempertahankan dan meningkatkan peran sertanya dimasyarakat dalam memberikan informasi kesehatan berupa penyuluhan, khususnya mengenai kesehatan anak retardasi mental dan memberikan motivasi kepada keluarga sehingga mereka dapat mengambil keputusan dan mau memberikan pendidikan dan terapi untuk anak retardasi mental.

3. Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi konsep diri dan kecemasan keluarga yang memiliki anak retardasi mental atau anak berkebutuhan khusus lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhith. 2015 *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori Dan Aplikasi* Yogyakarta : andi offset
- Abdul Nasir & Abdul Muhith, 2011 *DASAR-DASAR KEPERAWATAN JIWA* Jakarta :salemba medika
- Arikunto, S. 2012. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta
- Ayu Ariesta, A., 2016. *KECEMASAN ORANG TUA TERHADAP KARIER ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS* (Doctoral dissertation, Fakultas Ilmu Pendidikan).
- Aziz Alimul Hidayat 2008 *Ilmu Kesehatan Anak Untuk Pendidikan Kebidanan* jakarta : salemba medika
- Benny, F., Nurdin, A.E. and Chundrayetti, E., 2014. *Penerimaan Ibu yang Memiliki Anak Retardasi Mental di SLB YPAC Padang*. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(2).
- Depkes. (2009). *Anak Dengan Tunagrahita Perlu Pendekatan Khusus*. Diunduh 12 februari 2018, depkes.go.id.
- Faradina, N., 2016. *Penerimaan Diri Pada Orang Tua Yang Memiliki Anak Berkebutuhan Khusus*. *Ejournal Psikologi*, 4(4), pp.386-396.
- Hamacek,D 1990., *Psychology In Teaching, Learning And Growth*, Needham Heights Massachusetts : Allyn And Bacon
- Kozier, Erb, Berman & Snyder. 2010. *Fundamental keperawatan: konsep, proses, & praktek*, Edisi 7. Alih bahasa oleh Widayanti, E. Jakarta: EGC.
- Jhonson, L., Leny R. (2010). *Keperawatan Keluarga: Plus Contoh Askep Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Lisnayani, N. W., & Lisnayani, N. W. (2015). *Hubungan Tingkat Harga Diri (Self-Esteem) dengan Tingkat Ansietas Orang Tua Dalam Merawat Anak Tunagrahita di SDLB C Negeri Denpasar (Doctoral dissertation, Universitas Udayana)*.
- Listiyaningsih, R. and Dewayani, T.N.E., 2010. *Kepercayaan diri pada orangtua yang memiliki anak tunagrahita*.
- Maslim, Rusli. 2003 *Diagnosis gangguan jiwa, rujukan ringkas PPGD III*. Jakarta : bagian ilmu kedokteran jiwa FK- unika atmaja
- Nitra Fitria, Aat Sriati, Taty Hernawaty, 2012 *Laporan Pendahuluan Tentang Masalah Psikososial* Jakarta: salemba medika
- Norhidayah, N., Wasilah, S., & Husein, A. N. (2016). *Gambaran Kejadian Kecemasan Pada Ibu Penderita Retardasi Mental Sindromik Di Slb-C Banjarmasin: Tinjauan Terhadap Usia Anak, Paritas Dan Tingkat Pendidikan Ibu*. *Berkala Kedokteran*, 9(1), 43-50.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Onong uchjana Effendy. 2006. *Ilmu Komunikasi; Teori dan Praktek*. Bandung: Penerbit Remaja Rosda Karya
- Pieter, Herri Zan., Janiwarti, Bethsaida, & Saragih, Marti. (2011). *Pengantar Psikopatologi untuk Keperawatan*. Jakarta: Kencana
- Pieter, Zan Herri. & Lubis, Namora Lumanggo. (2010). *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*. Jakarta : Kencana.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2009). *Fundamental Keperawatan Buku 1 Ed 7*. Alih bahasa oleh Renata Komalasari. Jakarta: Salemba Medika.

- Purba, Jenny Marlindawani., Wahyuni, Sri Eka., Daulay, Wardiyah., & Nasution, Mahnum Lailan. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Masalah Psikososial dan Gangguan Jiwa*. Medan : USU Press.
- Rahmah, H., 2004. Zamralita. "Penyesuaian Diri Orang Tua yang Memiliki Anak Retardasi Mental Ringan. *Jurnal Ilmiah Psikologi*" ARKHE, 9(2), pp.90-100.
- Salbiah. (2003). *Konsep Diri*. Dapat diakses di http://repository.usu.ac.id/di_buka 26 februari 2018
- Siregar Alfriani, V. (2016) "*Gambaran konsep Diri pada Orang Tua yang memiliki anak Retardasi Mental di Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC)*" Kota Medan
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet.
- Suliswati. dkk., (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Tarwoto & Wartonah. (2010). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

**PENGARUH TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENURUNAN
INTENSITAS NYERI *POST SECTIO CAESAREA* DI RSUD CIANJUR
PERIODE APRIL – JUNI 2018**

Maya Indriati, Dyah Triwidiyantari, Krisnasari Nur Apriyanti
Primaji0210@gmail.com

Program Studi Diploma Tiga Kebidanan STIKes Dharma Husada Bandung

ABSTRAK

Nyeri merupakan gejala yang tidak menyenangkan yang dialami oleh pasien post operasi section caesarea. Salah satu terapi yang dapat diberikan untuk mengurangi nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri *post sectio caesarea* di RSUD Cianjur. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan *Quasy-Exsperimantal with pretest and posttest without control group*. Teknik pengambilan data dengan *purposive sampling*. Sampel penelitian berjumlah 45 ibu *post sectio caesarea* pengumpulan data menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS). Analisis data dilakukan dengan uji wilcoxon. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan rata-rata rasa nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam yaitu 3,31 dan rata-rata rasa nyeri sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam yaitu 2,22. Hasil analisis didapatkan bahwa terdapat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri post section caesarea di RSUD Cianjur ($p=0.000$).

Kata kunci : Teknik relaksasi nafas dalam, nyeri, section caesarea

Pendahuluan

Persalinan merupakan kejadian fisiologis yang normal yang dialami seorang ibu berupa pengeluaran hasil konsepsi yang hidup didalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Sedangkan persalinan dengan indikasi tertentu diperlukan salah satu cara alternatif lain dengan persalinan *sectio caesarea* yaitu tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.¹

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata – rata *sectio*

caesarea di sebuah negara adalah sekitar 5 – 15 % per 1000 kelahiran di dunia. Rumah sakit pemerintah kira – kira 11 % sementara Rumah sakit swasta bisa lebih dari 30 %. Menurut data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia menunjukkan terjadi kecenderungan peningkatan operasi *sectio caesarea* di Indonesia dari tahun 1991 sampai tahun 2007 yaitu 1,3 – 6,8 %. Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan kelahiran dengan metode *sectio caesarea* sebesar 9,8 % dari total 49.603 kelahiran sepanjang tahun 2010 sampai dengan 2013.^{2,3}

Pemulihan pasca operasi *sectio caesarea* yang berbeda – beda bergantung pada usia, tipe operasi, tipe tubuh dan kesehatan umum, dengan bertambahnya usia, mudah sekali untuk terjadinya sirkulasi dan koagulasi berkaitan dengan menurunnya fungsi tubuh. Cepat atau lambatnya pemulihan pasca operasi dari tergantung jenis operasi *sectio caesarea* yang dilakukan, serta tipe tubuh juga kemungkinan dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka, pada pasien bertubuh gemuk dengan jumlah lemak subkutan dan jaringan lemak yang memiliki sedikit pembuluh darah berpengaruh terhadap kelancaran sirkulasi dan oksigenisasi yang mempengaruhi penyembuhan luka, hal ini berbeda pada pasien yang memiliki berat badan ideal. Pasien dengan status kesehatan yang baik memiliki persediaan imunitas yang memadai yang digunakan dalam proses penyembuhan luka, sebaliknya pasien dengan status kesehatan yang buruk memiliki persediaan imunitas yang kurang memadai.⁴

Selain itu tindakan *sectio caesarea* dapat menimbulkan masalah yang cukup kompleks bagi klien, baik secara fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Dampak fisik atau dampak fisiologis yang sering muncul pada pasien pasca *sectio caesarea*, diantaranya adalah adanya rasa nyeri, kelemahan, gangguan integritas kulit, nutrisi kurang dari kebutuhan, ketidaknyamanan, akibat perdarahan, resiko infeksi dan sulit tidur. Rasa nyeri pada klien *post sc* secara tidak langsung juga

menimbulkan dampak psikologis bagi pasien. Sensasi nyeri akut dapat mengakibatkan ketakutan, mengganggu proses pengenalan ibu dan bayinya dan menyebabkan ibu merasa tertekan.⁴

Berdasarkan data yang didapatkan dari bagian rekam medik di RSUD Sayang Cianjur didapatkan angka kejadian *sectio caesarea* selama tahun 2017 adalah 1658 kelahiran. Hampir 60 % ibu bersalin dengan operasi *sectio caesarea* di RSUD Sayang Cianjur mengatakan sangat takut untuk melakukan mobilisasi dini pasca operasi *sectio caesarea* karena nyeri. Hal ini disebabkan ibu merasa sangat nyeri pada daerah pembedahan dan khawatir jahitan luka bekas operasi akan meregang atau terbuka. Sehingga ibu tidak mampu untuk melakukan mobilisasi dini. Nyeri yang dirasakan dapat mengganggu istirahat tidur klien juga mengganggu aktivitas sehari – hari sehingga pasien membutuhkan bantuan, kesulitan untuk memberikan ASI kepada bayinya, dan dapat menyulitkan bayinya secara mandiri dengan segera.⁴

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang dibanding suatu penyakit manapun. Nyeri pada klien dengan SC diakibatkan dari rahim yang sering berkontraksi karena masih dalam proses kembali ke bentuk semula dan juga rasa nyeri yang muncul dari daerah insisi operasi. Ibu dengan persalinan SC mengalami nyeri skala tinggi selama 24 jam

pertama. Intesitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan angka 0 sampai 10 pada skala intensitas nyeri.⁵

Berdasarkan penelitian tentang nyeri di Brazil menggunakan Numeric Category Scale didapatkan hasil nyeri ringan pada ibu post SC dengan rata-rata di skala 4 dirasakan ketika dalam keadaan istirahat, pada saat berjalan merasakan nyeri rata-rata skala 6, duduk kemudian berdiri menunjukkan rata-rata skala nyeri tertinggi yaitu 7. Sebanyak 75 % lokasi nyeri berada pada sekitar lukadan responden mengalami kendala beraktivitas akibat nyeri. Nyeri yang dapat di tolerir oleh pasien adalah rentang 1 -3 atau nyeri ringan. Nyeri ringan dapat di tolerir setelah diberikan analgesik. Apabila yang dirasakan adalah level 4 atau lebih dari 4. Pasien masih merasakan nyeri setelah diberikan obat analgesic sehingga membutuhkan tindakan non-farmakologi yang efektif. Pasien dengan skala nyeri 4 atau lebih dari 4 akan mengalami perubahan suasana hati dan terhambatnya aktifitas fisik.^{5,6}

Manajemen nyeri yang buruk akan mengakibatkan menurunnya kualitas hidup dan memperpanjang waktu hospitalisasi, yaitu lebih dari 4 hari. Berdasarkan survey yang di lakukan di RSUP Dr.Karyadi 80% dari ibu post sc takut terjadi sesuatu dengan jahitannya ditambah dengan nyeri pada area insisi yang masih terasa sehingga takut untuk melakukan monilisasi dini 10 jam post SC. Nyeri juga berdampak pada menurunnya kualitas tidur, stress, antusias, dan takut apabila dilakukan tindakan bedah

Jurnal Penelitian Kesehatan STIKes Dharma Bandung

kembali.⁶ Nyeri post sc juga menggagu berlangsungnya laktasi sehingga akan berkaibat berkurangnya nutrisi pada bayi, dan berkurangnya bonding attachment antara ibu dan bayi.⁷

Penatalaksanaan untuk mengurangi intensitas nyeri dapat di lakukan secara farmakologis dan non farmakologis. Secara farmakologis menggunakan obat-obatan sedangkan terapi non-farmakologis atau tanpa menggunakan obat-obatan dengan menggunakan teknik tertentu yang kemudian akan mengurangi intensitas nyeri itu sendiri. Terapi non-farmakologis yang dapat digunakan dalam penanganan nyeri adalah terapi relaksasi yang memeberikan efek relaks dan tenang pada penderita nyeri sehingga intensitas nyerinya berkurang.⁴

Berdasarkan pengamatan yang dilakukan RSUD Cianjur bahwa terapi yang diberikan selama ini untuk pasien post *sectio caesarea* hanya secara farmakologi tanpa di lakukan terapi non-farmakologi. Sehingga masa penyembuhan dan perawatan untuk pasien post *sectio caesarea* menjadi lama.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis *quasi eksperimen* dengan bentuk rancangan *one grup pretest* dan *posttest* yang dalam penelitian ini dilakukan observasi pertama (*pretest*) setelah enam jam post *sectio caesarea*, lalu dilakukan intervensi kemudian dilakukan pengukuran atau observasi ulang (*posttest*) setelah 12 jam post *sectio caesarea*.¹³ Teknik relaksasi

nafas dalam dilakukan sebagai intervensi dengan mengacu pada pedoman yang sudah ada, sementara itu nyeri diukur dengan menggunakan *numeric rating scale* (skala penilaian nyeri).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post operasi *sectio caesarea* selama bulan April di Ruang Delima Nifas RSUD Sayang Cianjur. Sampel yang digunakan adalah pasien 6-24 jam post operasi *sectio caesarea* tanpa komplikasi yaitu sebanyak 45 pasien.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Sebelum dilakukan Intervensi Teknik Relaksasi Nafas Dalam

No	Intensitas Nyeri	F	%
1	Tidak Nyeri	0	0
2	Nyeri Ringan	0	0
3	Nyeri Sedang	31	68.9
4	Nyeri Berat	14	31.1
Total		45	100

Berdasarkan Tabel 1, didapatkan hasil bahwa intensitas nyeri pada pasien *post sectio caesarea* sebelum dilakukan intervensi lebih banyak ada pada kriteria nyeri sedang, yaitu dengan 31 responden (68.9%).

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh reseptor nyeri yang berfungsi menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon terhadap stimulasi kuat yang secara potensial merusak, reseptor nyeri ini juga disebut dengan nosiseptor. Selanjutnya

inhibisi terjadi, dan hasil dari proses inhibisi desenden ini adalah penguatan atau bahkan penghambatan sinyal nosiseptor yang kemudian menimbulkan persepsi nyeri hasil dari interaksi transmisi, transduksi, modulasi, dan karakteristik individu.⁷

Persepsi nyeri individu berbeda-beda dalam hal skala dan tingkatannya, yang menyatakan bahwa nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.⁸

Berdasarkan penelitian bahwa setiap nyeri yang dirasakan oleh masing-masing individu sangatlah berbeda-beda diantaranya nyeri ringan, nyeri sedang, dan nyeri berat sesuai dengan persepsi dan ambang nyeri individu, berdasarkan faktor-faktor yang memengaruhi intensitas nyeri itu sendiri, ditemukan faktor-faktor yang memengaruhi nyeri berasal dari lingkungan, keadaan umum, endorfine, faktor situasional, status emosi, pengalaman yang lalu, status paritas dan rekasi terhadap nyeri.

Lingkungan akan memengaruhi persepsi nyeri. Lingkungan yang ribut dan terang akan meningkatkan intensitas nyeri. Kondisi umum seperti kondisi fisik yang menurun, misalnya kelelahan dan kekurangan asupan nutrisi juga dapat meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan klien begitu juga rasa haus,

dehidrasi dan lapar akan meningkatkan persepsi nyeri. Hal inilah yang sering menyebabkan rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang berbeda – beda dengan yang lainnya.

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Setelah dilakukan Intervensi Teknik Relaksasi Nafas Dalam

No	Intensitas Nyeri	F	%
1	Tidak Nyeri	0	0
2	Nyeri Ringan	35	77.8
3	Nyeri Sedang	10	22.2
4	Nyeri Berat	0	0
Total		45	100

Berdasarkan tabel 2, didapatkan hasil bahwa intensitas nyeri pada pasien *post sectio caesarea* setelah dilakukan intervensi lebih banyak ada pada kriteria nyeri ringan, yaitu dengan 35 responden (77.8%).

Impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri.

Secara umum di dalam tubuh manusia terdapat dua macam transmitter impuls nyeri yang berfungsi untuk menghantarkan sensasi nyeri dan sensasi yang lain seperti rasa dingin, hangat dan sentuhan yaitu reseptor berdiameter kecil (serabut A delta dan serabut C) yang berfungsi untuk mentransmisikan nyeri yang sifatnya keras dan reseptor ini biasanya berupa ujung saraf

bebas yang terdapat di seluruh permukaan kulit dan pada struktur tubuh yang lebih dalam seperti tendon, fascia dan tulang serta organ – organ interna, sedangkan transmiter yang berdiameter besar (serabut A-beta) memiliki reseptor yang terdapat pada struktur permukaan tubuh dan fungsinya mentransmisikan nyeri.⁷

Ketika ada rangsangan, kedua serabut tersebut akan membawa rangsangan menuju kornudorsalis yang terdapat pada medulla spinalis. Terjadi interkasi pada substansi gelatinosa ini dapat terjadi perubahan, modifikasi, serta mempengaruhi apakah sensasi nyeri akan dibawa ke otak atau dihambat.

Apabila terdapat impuls yang ditransmisikan oleh serabut yang berdiameter besar karena adanya stimulasi kulit, sentuhan, getaran hangat dan dingin serta sentuhan halus, impuls ini akan menghambat impuls dari serabut berdiameter kecil di area substansi gelatinosa, sehingga sensasi nyeri yang dibawa serabut kecil akan berkurang atau bahkan tidak dihantarkan ke otak karena tubuh tidak dapat merasakan sensasi nyeri. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk menghambat sensasi nyeri masuk ke otak adalah dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Tabel 3 Perbedaan Intensitas Nyeri pada Pasien *Post Sectio Caesarea* Sebelum dan Setelah Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Intensitas Nyeri	N	(\bar{X})	SD	Std Error Mean
Pretest	45	3.31	0.468	0.069
Posttest	45	2.22	0.420	0.063

Berdasarkan tabel 3, rata-rata intensitas nyeri pada pasien post operasi *sectio caesaria* sebelum dan setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, dengan rata-rata rasa nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam yaitu 3,31 dan rata-rata rasa nyeri sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam yaitu 2,22. Hal ini menunjukkan adanya signifikansi perbedaan sebelum dan sesudah di lakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Hal ini disebabkan oleh karena pemberian teknik relaksasi nafas dalam jika dilakukan secara benar maka akan menimbulkan penurunan nyeri yang dirasakan sangat berkurang/optimal dan pasien sudah merasa nyaman dibanding

sebelumnya, sebaliknya jika teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dengan tidak benar, maka nyeri yang dirasakan sedikit berkurang namun masih terasa nyeri dan pasien merasa tidak nyaman dengan keadaannya. Kemudian, jika teknik relaksasi nafas dalam dilakukan secara berulang akan dapat menimbulkan rasa nyaman yang pada akhirnya akan meningkatkan toleransi persepsi dalam menurunkan rasa nyeri yang dialami, jika seseorang mampu meningkatkan toleransinya terhadap nyeri maka seseorang akan mampu beradaptasi dengan nyeri.

Tabel 4 Pengaruh Intensitas Nyeri pada Pasien *Post Sectio Caesarea* Sebelum dan Setelah Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Intensitas Nyeri	N	Z	p value
Pretest	3.31 (0.47)	-6,642	0.000
Posttest	2.22 (0.42)		

Berdasarkan tabel 4, intensitas nyeri pada pasien post operasi *sectio caesaria* sebelum dan setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dapat disimpulkan
Jurnal Penelitian Kesehatan STIKes Dharma Bandung

bahwa terdapat pengaruh intensitas nyeri pada pasien post operasi *sectio caesaria* sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan (p.value 0,000).

Pemberian teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu model terapi yang dapat digunakan untuk menurunkan intensitas nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dengan mengajarkan dan menganjurkan klien mengatur nafas yang baik, menarik nafas dalam dan menghembuskan nafas sembari mengeluarkan perasaan nyeri yang dirasakan. Mekanisme yang terjadi saat pasien menarik nafas dalam-dalam adalah terjadi relaksasi pada otot skelet sehingga menyebabkan paru membesar, pasokan oksigen ke paru bertambah sehingga membuka pori – pori kohn di alveoli dan meningkatkan konsentrasi yang akan dibawa ke pusat nyeri.

Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang dilakukan untuk menekan nyeri pada thalamus yang dihantarkan ke korteks cerebri dimana korteks cerebri sebagai pusat nyeri, yang bertujuan agar pasien dapat mengurangi nyeri selama nyeri timbul. Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan saat relaksasi adalah pasien harus dalam keadaan nyaman, pikiran pasien harus tenang dan lingkungan yang tenang.

Suasana yang rileks dapat meningkatkan hormon endorphen yang berfungsi menghambat transmisi impuls nyeri sepanjang saraf sensoris dari nosiseptor saraf perifer ke kornu dorsalis kemudian ke thalamus, serebri, dan akhirnya berdampak pada menurunnya persepsi nyeri.⁹

Secara klinik apabila pasien dalam keadaan rileks akan menyebabkan

meningkatnya kadar serotonin yang merupakan salah satu neurotransmitter yang diproduksi oleh nucleus rafe magnus dan lokus seruleus, serta berperan dalam system analgetik otak. Serotonin menyebabkan neuron-neuron local medulla spinalis mensekresi enkefalin, karena enkefalin dianggap dapat menimbulkan hambatan presinaptik dan postsinaptik pada serabut-serabut nyeri tipe C sehingga sistem analgetika ini dapat memblok sinyal nyeri pada dan A tempat masuknya ke medulla spinalis dan Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam memiliki andil dalam memodulasi nyeri pada susunan saraf pusat.¹⁰

Teknik relaksasi nafas dalam bertujuan membantu mengekspresikan perasaan, membantu rehabilitasi atas fisik, memberi pengaruh positif terhadap kondisi suasana hati dan emosi meningkatkan memori, serta menyediakan kesempatan yang unik untuk berinteraksi dan membangun kedekatan emosional. Jadi, teknik relaksasi nafas dalam diharapkan dapat membantu mengatasi stres, mencegah penyakit dan meringankan rasa sakit .

Perbedaan skala nyeri pasien sebelum dan sesudah intervensi menunjukkan adanya penurunan skala intensitas nyeri NRS 0-10, sebelum dilakukan pemberian teknik relaksasi nafas dalam skala intensitas nyeri sedang dan nyeri berat, setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam skala intensitas nyeri menurun menjadi nyeri ringan dan nyeri sedang. Hal ini sesuai dengan teori-teori yang ada, salah satunya adalah teori

yang paling terkenal yaitu teori gerbang terbuka, yang mana teori ini menyatakan bahwa dengan adanya suatu stimulasi dari luar, impuls yang ditransmisikan oleh serabut berdiameter besar akan menghambat impuls dari serabut berdiameter kecil, sehingga sensasi yang dibawa oleh serabut kecil akan berkurang atau bahkan tidak dihantarkan ke otak oleh substansi gelatinosa, oleh karenanya sensasi nyeri akan berkurang atau bahkan tidak ada

Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian mengenai Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Intensitas Nyeri *Post Sectio Caesarea*, maka diambil kesimpulan sebagai berikut terdapat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* sehingga hendaknya setiap ibu post operasi *Sectio Caesaria* hendaknya di ajari teknik relaksasi nafas dalam agar ibu dapat mengontrol nyeri yang datang sewaktu-waktu.

Daftar Pustaka

- A.Azis Alimul Hidayat & Musrifatul Aliyah. Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia. Surabaya. Health Books Publishing; 2012
- Brunner & Suddart. Buku Ajar Medikal Bedah Edisi 8 volume 2. Jakarta. EGC; 2013
- Guyton A.C dan J.E. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran : Jakarat. EGC; 2008.
- Smeltzer, Bare. Buku Ajar Medikal Bedah Bruner & Sudarth. Edisi 8: Jakarta, EGC; 2010.
- Solehati. Tetti & Kosasih, Cecep Ali. Konsep dan Aplikasi Relaksasi Dalam Keperawat Maternitas.Edisi 1: Bandung. Refika Aditama; 2015
- Survey Demografi Kesehatan Indonesia. Angka Kejadian Sectio Caesarea; 2012
- Tamsuri, A. Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri. Jakarta. EGC; 2012.
- Wiknjosastro H. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4 cetakan ke 2. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo; 2009
- World Health Organization. WHO. Angka Kejadian Sectio Caesare