

Digital Repository Universitas Jember

JOURNAL

The Indonesian Journal of Health Science

SEMINAR NASIONAL KEPERAWATAN “APLIKASI TERAPI KOMPLEMENTER DAN ALTERNATIF DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS”

Gedung Ahmad Zainuri
Universitas Muhammadiyah Jember

Sabtu, 14 Juli 2018

Diterbitkan Oleh:

Universitas Muhammadiyah Jember
didukung:



Edisi Khusus

HAL 1-204

JEMBER
September 2018

P-ISSN
2087-5053

E-ISSN
2476-9614

DAFTAR ISI

1. Daftar Isi	ii
2. Sambutan Ketua Panitia	iii
3. Kepanitiaan	v
4. Materi pembicara	vii
5. Susunan acara	xlvii
6. Daftar artikel	xlvii
7. Tim Publikasi Jurnal	205



Sambutan Ketua Panitia

Perkembangan penggunaan terapi komplementer dan alternatif oleh masyarakat di Indonesia mengalami peningkatan. Terapi komplementer dan alternatif berdasarkan hasil Riskesdas Tahun 2013 menunjukkan proporsi rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional adalah 30,4% dengan jenis pelayanan yang paling banyak digunakan adalah keterampilan tanpa alat sebesar 77,8% dan ramuan sebesar 49%. Kondisi ini menggambarkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional mempunyai potensi yang cukup besar untuk dikembangkan dan perlu mendapat perhatian yang serius dari sistem pelayanan kesehatan untuk mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan nasional.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 48 menyatakan bahwa salah satu dari 17 upaya kesehatan komprehensif adalah Pelayanan Kesehatan Tradisional. Sementara itu, Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional. Berdasarkan kedua hal tersebut, maka penggunaan pelayanan kesehatan tradisional dalam hal ini terapi komplementer dan alternatif dapat dilakukan di Indonesia sebagai bagian dari upaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan dapat menggunakan terapi komplementer dan alternatif sebagai salah satu tindakan dalam pemberian asuhan keperawatan. UU Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan terutama Pasal 30 Ayat 2 sub ayat menyebutkan “Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif”. Hal ini perlu direspon oleh perawat komunitas dalam menjalankan perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) untuk menggunakan terapi komplementer dan alternatif dalam memberikan pelayanan pada masyarakat, baik pada kunjungan rumah, asuhan keperawatan pada kelompok khusus, maupun asuhan keperawatan pada masyarakat.

Berdasarkan ulasan tersebut diatas, maka Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Propinsi Jawa Timur sebagai kelengkapan organisasi Persatuan perawat Nasional Indonesia (PPNI) bermaksud mengadakan Seminar Nasional Keperawatan dengan judul “*Aplikasi* Terapi Komplementer dan Alternatif dalam Keperawatan Komunitas”. Kegiatan ini dilakukan dalam upaya mendukung Pencapaian Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga yang dilakukan oleh perawat komunitas melalui penggunaan terapi komplementer dan alternatif sebagai salah satu tindakan keperawatan dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Ketua Panitia

Ns. Tantut Susanto, S. Kep, M. Kep, Sp. Kom, Ph.D.

SUSUNAN PANITIA

- Pelindung : Ns. Awatiful Azza, M.Kep. Sp.Mat
(Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember)
Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep, M. Kes
(Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember)
Ns. Asrah Joyo Widono, S. Kep, M.Si.
(Ketua PPNI Kabupaten Jember)
- Penanggung Jawab : DR. Ns. Siti Nur Kholifah, S. KM, M. Kep, Sp. Kom.
(Ketua IPKKI Provinsi Jawa Timur)
- Ketua Panitia : Ns. Tantut Susanto, M. Kep, Sp. Kep. Kom, Ph. D
(Fakultas Keperawatan Universitas Jember)
- Sekretaris I : Ns. Rismawan Adi Yunanto, M. Kep
(Fakultas Keperawatan Universitas Jember)
- Sekretaris II : DR. Ns. Yessy Desi Arna, M. Kep, Sp. Kom
(Prodi D3 Keperawatan Poltekes Surabaya Kampus Sidoarjo)
- Bendahara I : Ns. Latifa Aini S, M. Kep, Sp. Kom
(Fakultas Keperawatan Universitas Jember)
- Bendahara II : Ns. Minarti, M. Kep, Sp. Kom
(Prodi D3 Keperawatan Poltekes Surabaya Kampus Sutopo)

SIE ACARA

- Koordinator : Hanny Rasni, S. Kp, M. Kep
(Fakultas Keperawatan Universitas Jember)
- Anggota : Ns. Sofia Rhosma Dewi, M. Kep
(FIKES Universitas Muhammadiyah Jember)
Ns. Elida Ulfiana, M. Kep
(Fakultas keperawatan Universitas Airlangga)
Ns. Dian Satya Rahmawati, M. Kep.
(STIKES Hang Tuah Surabaya)

SIE PUBLIKASI, DEKORASI, DAN DOKUMENTASI

- Koordinator : Ns. Kholid Rosyidi MN, MNS
(Fakultas Keperawatan Universitas Jember)
- Anggota : DR. Makfudli, M. Ked. Trop
(Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga)

SIE KESEKRETARIATAN

- Koordinator : Ns. Trisna Vitalianti, M. Kep

(STIKES dr. Subandi Jember)
Anggota : Ns. Primasari Mahardika, M. Kep.
(Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang)
Ns. Suhartatik, S.Kep, M. Kes.
(Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur)
DR. Joni Haryanto, S. Kp., M. Si.
(Fakultas keperawatan Universitas Airlangga)

SIE HUMAS

Koordinator : Ns. Kushariyadi, M. Kep.
(Fakultas Keperawatan Universitas Jember)
Anggota : Ns. R. Endro Sulistyono, M. Kep
(Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang)
Ns. Syahroni Bachtiar, S. Kep
(Dinas Kesehatan Kabupaten Jember)

SIE KONSUMSI

Koordinator : Ns. Susi Wahyuning Asih. M. Kep
(FIKES Universitas Muhammadiyah Jember)
Anggota : Ns. Destia Widyarani, M.Kes
(AKPER Universitas Bondowoso)

SIE PERLENGKAPAN

Koordinator : Ns. Feri Eka Prasetya, M. Kep
(STIKES dr. Subandi Jember)
Anggota : Ns. Yoga, M. Kep, Sp. Kep. Kom
(STIKES Hang Tuah Surabaya)
Ns. Turwantoko, S. Kep
(Dinas Kesehatan Kabupaten Jember)

Ns. Riyanto, M.Kep., Sp.Kom.
Ketua Umum IPKKI



Materi : a. Kebijakan Pelayanan Komplementer Dalam Keperawatan

Pendahuluan

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional. Pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif, preventif dan pemberdayaan masyarakat.

Kegiatan penguatan promotif dan preventif merupakan salah satu area dari pelayanan kesehatan tradisional. Berdasarkan Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 1 butir 16, pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional membagi pelayanan kesehatan tradisional menjadi pelayanan kesehatan tradisional empiris dan komplementer berdasarkan tingkat pendidikan dan cara pembuktiannya. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer ini dapat diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan konvensional, dan Integrasi pelayanan kesehatan tradisional ini dapat dilakukan berdasarkan atas keputusan Menteri Kesehatan.

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan dapat melakukan upaya kesehatan perseorangan atau upaya kesehatan masyarakat. Kewenangan perawat dalam menjalankan upaya kesehatan masyarakat antara lain menjalankan pelayanan keperawatan komplementer.

B. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
3. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor);
4. Peraturan Pemerintah No 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 369);
5. Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2012 Nomor 193)
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor tahun tentang Izin dan penyelenggaraan praktik Perawat
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 908 Tahun 2010 tentang Pedoman penyelenggaraan pelayanan keperawatan keluarga

C. Ruang Lingkup Pelayanan Keperawatan

Perawat profesional mempunyai sejarah panjang dalam memandang dan mengasuh klien individu secara holistik. Perawat teregistrasi mengenali kebutuhan kultural, psichososial, dan spiritual yang dapat berdampak pada praktik asuhan keperawatan, pemilihan intervensi dan penanggulangan masalah pasien. Keterkaitan pelayanan holistik dengan peran perawat adalah kemampuan mengkaji, mengintervensi dan mengevaluasi fungsi preventif, supportif, dan restoratif aspek fisik, emosional, mental dan spiritual pasien.

Hal yang esensial di tatanan pelayanan kesehatan adalah pemahaman pasien dan petugas kesehatan antara pengobatan dan penyembuhan. Pengobatan melibatkan tindakan khusus untuk mengeliminasi atau memodifikasi kondisi dan dapat menghasilkan penyembuhan. Penyembuhan melibatkan partisipasi pasien dalam proses transformasi kondisi. Perawat profesional meningkatkan berbagai pilihan terapi kepada pasien sebagai bagian dari perencanaan asuhan yang komprehensif. Pasien biasanya mencari praktisi yang mau mengikuti berbagai rencana penanggulangan masalah dengan mengkombinasikan terapi konvensional, alternatif dan komplementer.

b. kebijakan Penyelenggaraan Pelayanan Komplementer Dalam Keperawatan

Berbagai kebijakan pelayanan komplementer dalam keperawatan, perlu dijadikan sebagai acuan dalam mengintegrasikan intervensi komplementer dalam pelayanan keperawatan konvensional. Berikut berbagai kebijakan yang dapat dijadikan sebagai acuan dalam mengembangkan pelayanan keperawatan.

A. UU Nomor : 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Berbagai ketentuan dalam Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan yang dapat dijadikan sebagai acuan aspek legal dalam mengembangkan pelayanan keperawatan antara lain :

Pasal 23 :

- 1) Tenaga kesehatan berwenang untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan.
- 2) Kewenangan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan sebagai mana ayat (1) dilakukan sesuai bidang keahlian yg dimiliki
- 3) Dlm menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan, Tenaga Kesehatan wajib memiliki izin dari pemerintah
- 4) Selama memberikan Pelayanan Kesehatan sebagaimana ayat (1) dilarang mengutamakan kepentingan yang bernilai materi
- 5) Ketentuan mengenai perizinan sebagaimana ayat (3) diatur dalam Peraturan Menteri.

Selanjutnya dalam undang-undang kesehatan ini juga menyatakan bahwa pelayanan kesehatan mencakup upaya kesehatan yang dapat berupa upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Bagian ke 4 : Peningkatan Kesehatan & Pencegahan Penyakit

- 1) Peningkatan kesehatan merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan pemerintah, Pemda dan atau masyarakat untuk mengoptimalkan kesehatan melalui kegiatan penyuluhan, penyebarluasan informasi atau kegiatan lain untuk menunjang tercapainya hidup sehat
- 2) Pencegahan penyakit merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan Pemerintah, Pemda dan atau Masyarakat untuk menghindari atau mengurangi risiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit

Bagian ke 5 Undang-undang Kesehatan : Penyembuhan penyakit & Pemulihan Kesehatan :

- 1) Penyembuhan penyakit dan Pemulihan Kesehatan diselenggarakan untuk mengembalikan status kesehatan & fungsi tubuh akibat Penyakit &/atau akibat cacat atau menghilangkan cacat
- 2) Penyembuhan penyakit dan Pemulihan Kesehatan dilakukan dengan pengendalian, Pengobatan dan atau perawatan
- 3) Pengendalian, Pengobatan dan atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan atau cara lain yang dapat dipertanggung jawabkan kemanfaatan dan keamanannya
- 4) Pemerintah dan Pemerintah daerah melakukan pembinaan & pengawasan terhadap pelaksanaan pengobatan dan atau perawatan atau berdasarkan cara lain yang dapat dipertanggung jawabkan.

B. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan :

Pasal 1 : PENGERTIAN

1. Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.
2. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
3. Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit.
4. Praktik Keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh Perawat dalam bentuk Asuhan Keperawatan.

5. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya.
6. Klien adalah perseorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang menggunakan jasa Pelayanan Keperawatan.

Tugas Perawat :

1. pemberi Asuhan Keperawatan;
2. penyuluh dan konselor bagi Klien;
3. pengelola Pelayanan Keperawatan;
4. peneliti Keperawatan;
5. pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
6. pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Pasal 30

(1) Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan, Perawat berwenang:

- a. melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik;
- b. menetapkan diagnosis Keperawatan;
- c. merencanakan tindakan Keperawatan;
- d. melaksanakan tindakan Keperawatan
- e. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan;
- f. melakukan rujukan;
- g. memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi;
- h. memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter;
- i. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; dan
- j. melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

(2) Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang:

- a. melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat;
- b. menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan masyarakat;
- c. membantu penemuan kasus penyakit;
- d. merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
- e. melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
- f. melakukan rujukan kasus;
- g. mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
- h. melakukan pemberdayaan masyarakat;

- i. melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat;
- j. menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat.
- k. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling;
- l. mengelola kasus; dan
- m. melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif

Berdasarkan ketentuan dalam kebijakan undang-undang kesehatan dan undang-undang keperawatan tersebut berarti pelayanan keperawatan merupakan bagian integral (bagian yang tidak dapat dipisahkan) dari pelayanan kesehatan yang mencakup upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan keperawatan dilakukan melalui asuhan keperawatan yang dapat dilakukan dan dikembangkan berdasarkan ilmu yang dapat dipertanggungjawabkan kemanfaatan dan keamanannya. Dalam undang undang tersebut juga memberikan kewenangan bagi perawat untuk melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternative.

Berkaitan dengan kewenangan perawat melakukan intervensi komplementer dan altrernatif tersebut diperkuat lagi dalam kebijakan Peraturan dan atau keputusan menteri kesehatan yaitu pada :

C. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes. Ri.) Nomor 1076/Menkes/Sk/Vii/2003 Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional

Pasal 1

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

Pengobatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara, obat dan pengobatnya yang mengacu kepada pengalaman, ketrampilan turun temurun, dan/atau pendidikan/pelatihan, dan diterapkan, sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat.

D. Permenkes Nomor : 1109/Menkes/PER/IX/2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 1 ayat 1 :

Pengobatan komplementar-alternatif adalah pengobatan non konvensional yang di tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diperoleh melalui pendidikan terstruktur dengan kualitas, keamanan, dan efektifitas yang tinggi yang berlandaskan ilmu pengetahuan biomedik, yang belum diterima dalam kedokteran konvensional

Pasal 1 ayat 7

Sinergi pelayanan adalah penggabungan metode pengobatan non konvensional dengan pengobatan konvensional yang akan memberikan manfaat/khasiat pengobatan yang lebih baik dibandingkan dengan manfaat satu jenis pengobatan saja.

E. Permenkes. Nomor : Hk.02.02/Menkes/148/I/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Perawat Dan Perubahannya Nomor 17 Tahun 2013

Pasal 8

- 1) Praktik keperawatan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, tingkat kedua, dan tingkat ketiga.
- 2) Praktik keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- 3) Praktik keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui kegiatan:
 - a. pelaksanaan asuhan keperawatan;
 - b. pelaksanaan upaya promotif, preventif, pemulihan, & pemberdayaan masyarakat; &
 - c. pelaksanaan tindakan *keperawatan komplementer*.
- 4) Asuhan keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.
- 5) Implementasi keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi penerapan perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan.
- 6) Tindakan keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) meliputi pelaksanaan prosedur keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan.
- 7) Perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat memberikan obat bebas dan/atau obat bebas terbatas.

F. Keputusan Menteri Kesehatan Ri. Nomor 908/Menkes/Sk/Vii/2010 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan Keluarga

- Pelayanan Keperawatan Keluarga (yanwatga) merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam proses keperawatan dengan memobilisasi sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga dan sumber-sumber dari profesi lain di komunitas.
- Pelayanan keperawatan keluarga dapat diberikan di berbagai tatanan pelayanan seperti : di rumah, rumah sakit, klinik, tempat praktik perawat, & unit pemulihan kesehatan

TUJUAN PELAYANAN KEPERAWATAN KELUARGA

- Keluarga mampu melaksanakan tugas pemeliharaan kesehatan keluarga dan menangani masalah kesehatannya
- Keluarga memperoleh pelayanan keperawatan sesuai kebutuhan.
- Keluarga mampu berfungsi optimal dalam memelihara hidup sehat anggota keluarganya

Ruang Lingkup Pelayanan Keperawatan Keluarga (Kepmenkes. 908/Menkes/SK/VII/2010)

1. Promosi Kesehatan : dalam rangka meningkatkan perilaku hidup sehat.
2. Pencegahan Penyakit : melalui kegiatan: *imunisasi*; pencegahan merokok; program kebugaran fisik; *screening* dan *follow up* berbagai kasus seperti hipertensi; pencegahan komplikasi DM; dan *screening* osteoporosis.
3. Intervensi Keperawatan untuk Proses Penyembuhan : melalui terapi modalitas *dan komplementer keperawatan*, jenis terapi keperawatan antara lain: *coaching*, batuk efektif, inhalasi sederhana, tehnik relaksasi, stimulasi kognitif, latihan rentang gerak (ROM), perawatan luka, dan lain-lain. Terapi komplementer antara lain: pijat bayi, herbal terapi, meditasi, dan lain-lain.
4. Pemulihan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan klien di keluarga dapat berfungsi secara optimal melalui berbagai *terapi modalitas, dan terapi komplementer keperawatan*

Berdasarkan kebijakan permenkes/ Kepmenkes tersebut menguatkan ketentuan bahwa perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang dapat mengintegrasikan terapi/ intervensi komplementer dalam pelayanan konvensional keperawatan untuk memberikan pelayanan kesehatan atau keperawatan secara holistik dan komprehensif.

Berikut berbagai pertimbangan yang perlu diwujudkan dalam menggunakan terapi alternatif dan komplementer dalam praktik Keperawatan

1. Terapi alternatif dan komplementer dapat diintegrasikan dalam penanggulangan berbagai kondisi
2. Perawat teregistrasi yang menggunakan terapi keperawatan holistik dapat mendeskripsikan terapi alternatif dan komplementer.
3. Perawat teregistrasi harus memperoleh dan mempertahankan pendidikan dan pengalaman klinik untuk mempertahankan kompetensi dalam melakukan terapi komplementer dan alternatif

4. Perawat teregistrasi harus familier dengan peraturan atau ketentuan legal tentang praktik perawat dan melakukan terapi alternatif dan komplementer sesuai dengan lingkup praktiknya.
5. Perawat teregistrasi mempunyai tanggung jawab etik dan profesional untuk mendukung pilihan individu terkait pelayanan kesehatan dan mendidik klien tentang berbagai pilihan terapi beserta manfaat maupun resikonya.

Penutup

Pelayanan kesehatan tradisional, komplementer, dan alternatif yang dapat dipertanggungjawabkan kemanfaatan dan keamanannya merupakan pelayanan yang dapat diintegrasikan pada pelayanan keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam rangka mendukung berbagai kebijakan pelayanan komplementer dalam keperawatan dengan mengintegrasikan berbagai metode intervensi/ terapi komplementer dalam pelayanan keperawatan, maka perlu dikembangkan berbagai pedoman atau petunjuk teknis yang dapat dijadikan sebagai acuan dalam mengintegrasikannya dalam memberikan pelayanan keperawatan yang aman, bermanfaat, dan bermutu serta melindungi baik masyarakat maupun praktisinya.

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

Staf Pengajar Departemen Keperawatan Komunitas

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia



Materi: Akupresur Dalam Keperawatan

Pendahuluan

Tindakan terapi akupresur adalah salah satu bagian dari keperawatan komplementer/alternatif kategori sistem pelayanan dan terapi energi (National Center for Complementary/Alternative Medicine atau NCCAM dalam Snyder & Lindquis, 2010). Kategori lain termasuk ke dalam terapi manipulatif (Smith, Duell, Martin, 2004); terapi sentuhan modalitas (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999); sistem pemeliharaan kesehatan: *Traditional Chinese Medicine* (Lindquist, Snyder, & Tracy, 2014). Tindakan akupresur ini di Indonesia termasuk dalam praktik pelayanan terapi komplementer dan alternatif (Permenkes RI No. 1109 tahun 2007 pasal 4).

Akupresur di adopsi dari pengobatan tradisional Cina (PTC) atau *Traditional Chinese Medicine* dikenal dengan singkatan TCM (Snyder & Lindquis, 2006; Mantle & Tiran, 2009). Pengobatan tradisional Cina ditemukan sejak sebelum 2696-2598 SM, dianggap sebagai penemunya adalah Kaisar Kuning (Huang Ti). Yang diyakini banyak kalangan sebagai penyusun buku pegangan pengobatan *Nei ching Suwen* atau Pengobatan Internal tubuh Manusia (Vitahealth, 2006). Dapat dikatakan Akupresur telah ada sejak 5000 tahun yang lampau (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000).

Akupresur pada dasarnya menggunakan prinsip pemijatan pada titik tertentu pada tubuh. Pemijatan tersebut bertujuan menstimulasi titik energi yang dikenal dengan titik-titik akupunktur (Vitahealth, 2006). Akupresur menggunakan jari tangan atau alat (kayu, magnet) berupa tekanan yang diberikan di titik tertentu permukaan kulit, sama dengan titik akupunktur, bedanya alat yang digunakan yaitu jarum. Titik tersebut dimanipulasi dengan tangan atau alat sebanyak hitungan tertentu sesuai kondisi klien dan tujuan yang diharapkan. Titik saraf tubuh merupakan titik berat dari pengobatan akupunktur dan akupresur. Upaya pemijatan tersebut bertujuan agar organ tubuh memperoleh *Chi* (energi) sehingga mencapai keseimbangan tubuh (Vitahealth).

Keseimbangan tubuh yang dicapai oleh seseorang diharapkan dapat mempertahankan kesehatan manusia. Tindakan akupresur sebagai salah satu bentuk terapi tradisional yang murah, mudah, dan dapat dilakukan pengobatan sendiri (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang ada di masyarakat perlu mengetahui dan mempelajari teknik terapi ini untuk membantu peningkatan kesehatan masyarakat untuk dilaksanakan di pelayanan kesehatan rumah sakit, Puskesmas ataupun dalam praktik mandiri.

Tinjauan Pustaka

Pengertian akupresur adalah cara pengobatan dengan memberikan rangsangan penekanan (pemijatan) pada titik tertentu di tubuh yang disebut dengan titik akupunktur (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000; Vitahealth, 2006). Titik tertentu tersebut berada di bagian tubuh misalnya di kedua telapak tangan merupakan titik bagi jantung, paru, mata, kelenjar tiroid, hati, pankreas dan sinus (Fengge, 2012). Akupunktur dilakukan dengan menggunakan jarum di titik meridian sedangkan akupresur menggunakan penekanan dengan jari tangan atau siku, lutut, atau kaki (Vitahealth, 2006).

Macam-macam akupresur selain yang dikenal telah dikembangkan di Cina adapula Shiatsu, Jin Shin, Do-in, dan Tui-na (Vitahealth, 2006) Shiatsu merupakan penekanan 3-5 detik pada titik tertentu dengan menggunakan jari secara berirama di seluruh meridian tubuh, ini adalah akupresur versi Jepang. Jin Shin adalah suatu pola penekanan yang lembut dan berkepanjangan pada titik-titik akupunktur yang penting pada meridian dan jalur yang dipilih setiap titik ditekan 1-5 menit. Terapi ini dilakukan dalam keadaan meditasi untuk menyeimbangkan energi vital tubuh.

Do-in adalah bentuk pemijatan terhadap diri sendiri pada otot dan titik meridian, mencakup gerakan, peregangan dan latihan pernafasan. Tui-na adalah versi Cina untuk pijat yang merangsang titik akupresur dengan menggunakan ragam gerakan tangan (Vitahealth, 2006). Sedangkan rangsangan yang menggunakan pemanasan dengan moxa (sejenis tumbuhan) disebut dengan moksibusi (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000).

Tujuan pemijatan akupresur adalah mengembalikan keseimbangan yang ada didalam tubuh, dengan memberikan rangsangan agar aliran energi kehidupan dapat mengalir dengan lancar Hasil pemijatan tersebut diharapkan dapat memberikan manfaat berupa meningkatkan daya tahan dan kekuatan tubuh, mencegah penyakit tertentu, mengatasi keluhan dan penyakit ringan, memulihkan kondisi tubuh (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000).

Cara kerja akupresur adalah merangsang kemampuan tubuh untuk menyembuhkan diri sendiri, adapun terapis membantu memegang dan menekan berbagai titik tubuh untuk merangsang energi dari tubuh sendiri, hasil rangsangan tersebut menyingkirkan sumbatan energi dan rasa lelah (Vitahealth, 2006). Bila jalur energi tubuh terbuka dan aliran energi tidak terhalang oleh ketegangan otot atau hambatan lainnya, maka energi tubuh menjadi seimbang dan membawa pada kesehatan dan perasaan sejahtera (Vitahealth). Kondisi seperti sangat sesuai dengan prinsip dalam keperawatan bahwa manusia dinyatakan sehat tidak sekedar sehat fisik, dengan demikian pendekatan terapi tradisional sesuai dengan prinsip keperawatan yang memandang manusia secara holistik (Stanhope & Lancaster, 2004).

Prinsip keperawatan yang memandang manusia sebagai makhluk yang holistik (bio, psiko, sosial dan spiritual) sejalan dengan berbagai bentuk terapi komplementer karena menggunakan pendekatan holistik yang mempengaruhi secara menyeluruh; sebuah keharmonisan individu untuk mengintegrasikan pikiran, badan, dan spirit kedalam kesatuan fungsi (Smith, Duell, Martin, 2004). Terminologi kesehatan holistik mengacu pada integrasi secara menyeluruh dan mempengaruhi kesehatan, perilaku positif, memiliki tujuan hidup, dan pengembangan spiritual (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Akupresur juga mengacu pada terminologi holistik karena setiap klien yang datang ke pelayanan tersebut akan dilakukan pengkajian terkait dengan hal-hal yang mempengaruhi kesehatannya. Intervensi ini dapat diberikan dalam kondisi sehat atau sakit karena tujuan intervensi adalah menyeimbangkan kesehatan tubuh. Umumnya terapi komplementer dapat diterapkan dalam berbagai level pencegahan penyakit.

Akupresur dapat diberikan di semua tahap level pencegahan penyakit. Umumnya terapi komplementer mengajarkan individu untuk mengubah perilaku seseorang untuk memperbaiki respon fisik terhadap stress dan peningkatan tanda masalah fisik seperti kekakuan otot, ketidaknyamanan pada perut, nyeri atau gangguan tidur (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013). Akupresur dalam pencegahan primer misalnya untuk meningkatkan nafsu makan pada anak dengan diberikan pijat tuina, yang dapat dilakukan juga pada anak yang kurang berat badan dan untuk memperbaiki tubuhnya paska sakit. Artinya akupresur dapat digunakan untuk promosi kesehatan, pencegahan penyakit ataupun rehabilitasi. Akupresur ini karena dapat diterapkan disemua level pencegahan artinya memenuhi prinsip komprehensif dalam keperawatan (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013). Perawat yang dapat melakukan intervensi ini, tentunya harus memiliki kemampuan yang terlatih.

Perkembangan intervensi keperawatan berdasarkan Nursing Intervention Classification (NIC), terapi komplementer merupakan tindakan yang membutuhkan keahlian khusus dikelompokkan dalam level edukasi perawat lanjut (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Cheryl, 2013). Sehingga perawat yang memberikan terapi komplementer membutuhkan pendidikan khusus atau lanjutan. Intervensi akupresur termasuk dalam daftar intervensi keperawatan di dalam NIC. Perawat tentunya dalam intervensi akupresur tidak terlepas dari proses keperawatan.

Langkah dalam proses terapi dalam akupresur sejalan dengan proses keperawatan yaitu melalui tahapan pengkajian, diagnosis, menyusun rencana tindakan dilanjutkan dengan pelaksanaan dan evaluasi. Seorang terapis akupresur akan melakukan pengkajian melalui beberapa teknik misalnya wawancara terkait masalah (awal datang, penyebab, tindakan yang telah dilaksanakan, jenis pengobatan yang diterima, pemeriksaan fisik tradisional dan lainnya).

Perawat yang memberikan tindakan akupresur dapat membantu klien sebagai individu yang ada di rumah, puskesmas, klinik, rumah sakit, atau mungkin di lapangan terbuka. Misalnya anak yang pingsan saat upacara dapat diberikan bantuan untuk menyadarkannya. Hal ini menunjukkan bahwa akupresur dapat dilakukan dimana saja. Namun untuk praktik profesional perawat, tentunya membutuhkan tempat pelayanan yang memenuhi standar praktik, di rumah saat melakukan kunjungan rumah ataupun ditempat pelayanan kesehatan mandiri ataupun lainnya. Beberapa hal perlu dikuasai oleh seorang perawat sebelum melakukan tindakan akupresur ini.

Akupresur karena dikembangkan dari Cina maka dikenal beberapa istilah berbahasa Cina. misalnya tentang *yin* dan *yang*. Istilah ini perlu lebih dahulu dijelaskan agar lebih mudah dipahami pembaca. *Yin* dan *yang* adalah dua aspek atau bagian yang saling mendasari, saling mempengaruhi, tidak mutlak dan keduanya bertentangan tetapi membentuk suatu kesatuan yang utuh dalam keseimbangan yang harmonis dan dinamis (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). *Yin yang* menyatakan semua hal di alam semesta memiliki sisi terang dan gelap, mewakili semua unsur berlawanan; dingin dan panas, perlahan dan cepat, feminin dan maskulin dst. Secara umum *yang* mewakili semua yang bergerak, menanjak, terang, progresif, hiperaktif, sedangkan *yin* sesuatu yang statis, menurun, gelap, degeneratif, hipoaktif (Vitahealth, 2006).

Istilah lain yang banyak digunakan dalam akupresur adalah meridian. Meridian adalah jaringan jalan chi (energi) yang tersebar di dalam tubuh, dengan kata lain meridian adalah jalur lintas energi dalam tubuh (Alamsyah, 2010). Ibarat lalu lintas, meridaian selain ada

jalur, ada pula jalanan yang macet sebagaimana hambatan pada jalur pembuluh darah, ada persimpangan ada awal perjalanan dan ada titik akhir perjalanan.

Titik meridian tubuh adalah titik-titik yang akan mendapatkan penekanan. Beda meridian dengan jaringan tubuh lain seperti darah dan syaraf dapat dilihat oleh mata sedangkan meridian tidak terlihat walaupun nyata. Jumlah titik meridian tubuh ada 12 utama atau umum dan 2 meridian istimewa. Keduabelas meridian itu adalah meridian paru-paru, usus besar (UB), lambung, limpa, jantung, usus kecil, kandung kemih, ginjal, selaput jantung, tiga pemanas, kandung empedu, dan hati (Alamsyah, 2010; Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Sedangkan meridian istimewa adalah meridian konsepsi (ren) dan gubernur (tu). Empatbelas titik meridian tersebut dapat dipelajari melalui pelatihan khusus melalui gambar dan teknik menentukan titik meridian.

Meridian merupakan penghubung tersendiri. Menurut Alamsyah (2010) fungsi meridian diantaranya adalah penghubung tubuh sebelah atas dan bawah, kanan dan kiri, organ dalam dan permukaan, organ dalam dan alat gerak, organ dalam satu dengan lainnya, organ dalam dan jaringan penunjang, jaringan penunjang satu dengan lainnya. Hubungan ini membentuk satu kesatuan yang tidak terpisahkan, bereaksi terhadap rangsangan dan melakukan pertahanan tubuh. Penyakit dapat pula masuk melalui meridian sehingga dapat melakukan rangsangan pada meridian tersebut untuk mengusir penyakit yang masuk. Untuk dapat mendeteksi masalah yang dirasakan klien dibutuhkan kemampuan terapis dalam menggali data dengan berbagai teknik mengkaji seperti halnya dalam keperawatan.

Teknik mendapatkan data sebelum melakukan akupresur hampir sama terhadap tindakan pengkajian terapi tradisional lainnya seperti: inspeksi melalui pengamatan kondisi terhadap masalah yang dirasakan klien dan melalui observasi misalnya terhadap warna, bentuk, gerakan, sesuatu yang didengar, ataupun tercium bau (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Contoh kasus pada klien dengan diabetes pada kaki dapat dilihat dari warna, bentuk kemampuan berjalan ataupun bau tubuhnya akan menggambarkan unsur *yin* atau *yang* dominan pada tubuhnya.

Teknik inspeksi ini bisa digunakan juga untuk mengetahui kondisi psikis seseorang. Misalnya melalui sinar mata. Kondisi layu, pucat, dan lesu menunjukkan unsur *yin*, sedangkan cerah, bergairah, tegang, pemarah menunjukkan unsur *yang*. Untuk warna wajah bila kehijauan menunjukkan adanya masalah di organ hati, warna merah organ jantung, warna kuning organ limpa, warna putih organ paru, dan warna hitam organ ginjal (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Gerakan tubuh yang lambat pada klien umumnya gemuk menunjukkan unsur *yin* sedangkan gerakan yang agresif biasanya kurus menunjukkan unsur *yang*. Warna

lidah merah muda atau pucat, selaput tipis, putih menunjukkan unsur *yin* sedangkan merah cerah atau merah tua, selaput kuning menunjukkan unsur *yang*.

Cara mendeteksi keluhan melalui pendengaran pada kedokteran Barat dikenal dengan sebutan auskultasi. Pada pemeriksaan tradisional pendengaran mengandalkan telinga dengan cara mendengar suara yang terdengar dari tubuh klien. Suara yang lemah menunjukkan unsur *yin* sedangkan suara batuk, bersin ada suara nafas menunjukkan unsur *yang* (suara keras). Unsur penghidu digunakan pula untuk memeriksa klien. Terciumnya bau lemah menunjukkan unsur *yin* sedangkan tercium bau yang tajam dari keringat, urin, mulut dan telinga menunjukkan unsur *yang*.

Teknik mengkaji secara tradisional lainnya adalah melakukan perabaan atau lebih dikenal dengan palpasi. Mendeteksi 12 organ melalui perabaan menggunakan 3 jari pada titik nadi (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Organ-organ tersebut adalah paru-paru, usus besar (UB), lambung, limpa, jantung, usus kecil, kandung kemih, ginjal, selaput jantung, tiga pemanas, kandung empedu, dan hati. Keduabelas organ tersebut dapat sama dengan duabelas titik utama meridian tubuh (Alamsyah, 2010).

Teknik wawancara juga digunakan dalam pengobatan tradisional untuk mendapatkan data yang holistik. Diantara wawancara yang dilakukan terhadap keluhan, riwayat, keadaan lingkungan, kebiasaan makan, obat, BAK dan BAB, kehamilan, haid, imunisasi, riwayat orangtua (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Langkah yang dilakukan ahli akupresur adalah Teknik wawancara memerlukan ketrampilan komunikasi yang baik, seperti sikap yang ramah, sopan, memperhatikan kebutuhan klien, privacy dan tidak perlu terlalu panjang serta hindari pertanyaan berulang-ulang.

Hasil pengkajian selanjutnya dianalisis seperti dalam proses keperawatan untuk menentukan diagnosis. Dasar dari diagnosis dalam akupresur adalah ketidak seimbangan *yin* dan *yang*. Diagnosis kerja pada akupresur didasarkan dari keluhan utama, keluhan tambahan, letak kelainan, sifat kelainan atau keluhan dan penyebab penyakit. Keluhan utama adalah alasan yang mendorong seseorang untuk berobat berdasarkan keluhan yang di alami klien seperti panas, demam, sakit kepala, nyeri ulu hati, sesak nafas, nafas berbunyi, sakit pinggang, mual, sakit leher, dan nyeri sendi (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Letak kelainan tubuh bagaian luar adalah meridian, dibagian dalam tubuh adalah organ. Sifat kelainan apabila enak ditekan bersifat *yin* dan apabila nyeri bersifat *yang*. Sedangkan penyebab penyakit dari luar, dari dalam atau golongan III (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI).

Contoh diagnosis sakit kepala sebelah kiri karena gangguan meridian kandung empedu, bersifat *yang* disebabkan penyakit luar (PPL). Diagnosis ini sejalan dengan diagnosis

keperawatan yang lebih menekankan pada kebutuhan dasar manusia dibandingkan dengan diagnosis kedokteran Barat. Penjelasan tentang penyebab penyakit terdiri dari tiga macam yaitu penyebab penyakit luar (PPL), penyebab penyakit dalam (PPD) dan penyebab penyakit golongan III (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000).

Penyebab penyakit luar (PPL) adalah hawa udara seperti angin, dingin, panas, lembab, kering dan api (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). PPL ini masuk kedalam tubuh melalui meridian. Angin (*yang*) dianggap sebagai pemimpin PPL karena membawa dingin, panas, lembab, kering dan api. Adapun gejala yang muncul adalah mendadak keluar keringat, takut dingin, pusing berputar-putar, sakit berpindah-pindah, gemetar dan kejang. Dingin (*yin*) menyebabkan mengerutkan pembuluh darah dan meridian sehingga energi kehidupan terhambat sehingga menimbulkan rasa nyeri dan berdenyut. Gejala yang muncul: demam, takut dingin, panas tidak berkeringat, nyeri kepala, nyeri seluruh tubuh sedangkan serangan pada meridian otot menjadi kaku atau kejang, otot dan tulang nyeri adapun serangan pada organ seperti muntah, diare, usus berbunyi, nyeri daerah perut, banyak buang air kecil.

PPL lainnya adalah panas (*yang*), sering menyerang tiba-tiba pada waktu sedang bekerja atau bekerja dibawah sinar matahari. Gejala yang timbul seperti banyak keringat, dapat hilang kesadaran, susah buang air besar, bangan air kecil sedikit, haus ingin minum, mengigau atau gelisah. Lembab (*yin*) biasanya menyerang pada musim pancaroba. Gejala yang timbul perasaan badan berat, lesu lelah dan malas, rasa kepala berat, perut kembung, tidak nafsu makan, mual muntah, banyak reaktif dan udem. Penyebab kering (*yang*) menimbulkan gejala kekurangan cairan, mulut dan bibir kering, nyeri tenggorokan, kelainan pada fungsi hidung, sudah buang aor besar dan nyeri iga. Sedangkan penyebab Api (*yang*) karena terlalu panas atau kering menimbulkan gejala perdarahan dan kejang (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000).

Penyebab penyakit dalam (PPD) adalah keadaan emosi seseorang yang menyebabkan timbulnya keluhan atau penyakit misalnya emosi gembira, marah, rindu, kuatir, sedih, takut, terkejut (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Penyebab penyakit golongan III adalah kebiasaan hidup yang salah, adaptasi yang tidak tepat, kondisi lingkungan tidak baik dan kecelakaan (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI). Kebiasaan hidup misalnya terkait tidur dan bangun, kerja dan istirahat, makan minum, buang air, berpakaian, olahraga (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI).

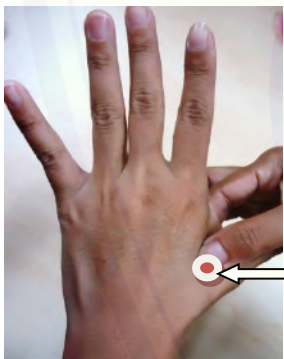
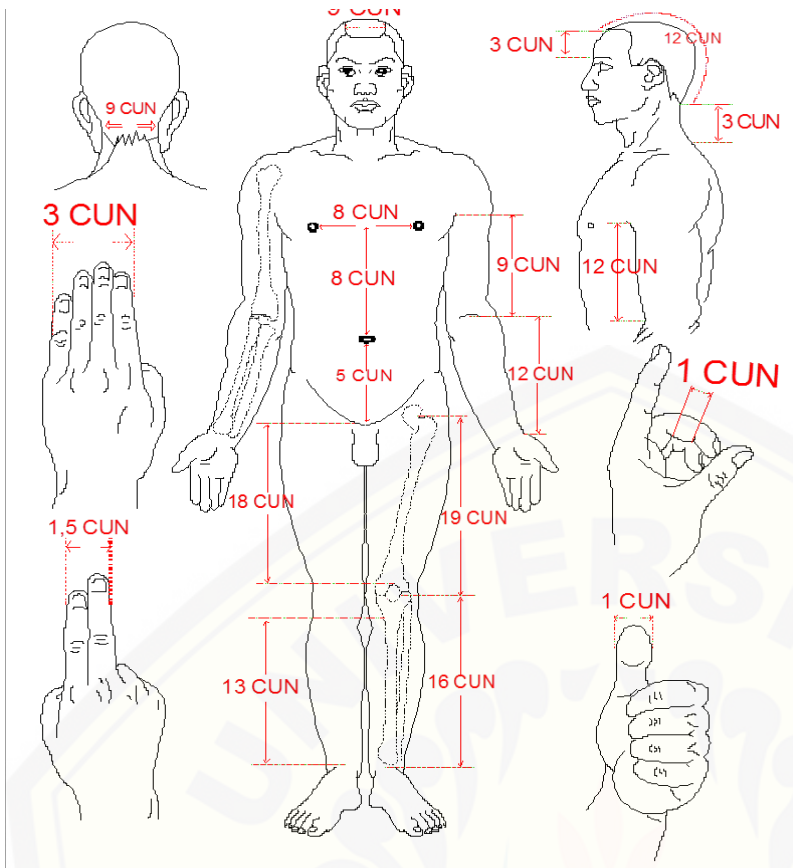
Konsep penyebab penyakit ini sesuai dengan pandangan keperawatan, karena untuk sehat memandang manusia perlu memperhatikan kebutuhannya holistik (bio, psiko, sosial) dan komprehensif (berdasarkan level pencegahan primer, sekunder dan tersier). Dengan menggali

penyebab atau sumber masalah maka diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan pengkajian yang tepat akan menentukan pilihan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Prinsip holistik pada keperawatan ini perlu didukung oleh berbagai kemampuan perawat dalam menguasai berbagai bentuk terapi keperawatan (Widyatuti, 2008). Aplikasi terapi komplementer tersebut yang dapat dilakukan oleh perawat salah satu pilihannya adalah tindakan akupresur.

Pelaksanaan tindakan akupresur oleh perawat setelah di diagnosis keperawatan maka hal yang perlu diperhatikan adalah kondisi klien, kondisi ruangan, posisi yang akan dilakukan pada klien ataupun terapis juga kebutuhan alat. Kondisi klien yang perlu diperhatikan misalnya keadaan terlalu lapar atau kenyang, emosi, hamil (beberapa yang tidak boleh titik *yin* kaki, bawah pusar, usus besar 4), pada kondisi sangat lemah dapat diberikan titik untuk penguat dan tidak dalam jumlah banyak). Kondisi ruangan yang perlu disiapkan adalah tidak terlalu panas atau dingin, udara lancar dan segar (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Suasana yang sehat dan nyaman diharapkan dapat mendukung proses terapi.

Posisi klien saat diberikan terapi dapat duduk ataupun berbaring. Upayakan suasana santai dan nyaman untuk bergerak saat melakukan akupresur (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Posisi terapis perhatikan agar mudah bergerak saat melakukan tindakan, pertahankan body alignment yang sempurna namun tetap mempertahankan suasana yang santai sehingga menumbuhkan rasa tenang guna meningkatkan kesembuhan klien. Apabila ragu-ragu melakukan terapi sebaiknya di rujuk pada ahli yang lebih kompeten.

Alat terapi akupresur seperti jari tangan (jempol, telunjuk, lainnya), siku, telapak tangan, pangkal telapak tangan, kepalan tangan ataupun menggunakan alat bantu (kayu, atau bahan tumpul: magnet, plastik, batu dll). Ukuran menentukan titik pijatan adalah cun. Misalnya 1 cun, 2 cun dan seterusnya di setiap titik akupresur (lihat gambar di bawah).



Titik Li 4

Contoh pijatan akupresur (sumber: pribadi)



gambar titik meridian tubuh

Cara memijat akupresur dengan ditekan, diputar atau diurut sepanjang meridian tubuh (untuk bayi dibawah 1 tahun sebaiknya dilakukan pengobatan dengan mengelus perjalanan meridian, tidak dipijat). Pijatan dimulai saat menemukan titik pijatan yang tepat yaitu ada reaksi berupa rasa nyeri atau pegal (Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2000). Dibutuhkan kecermatan untuk memberikan rekasi penguatan (*yang*) atau melemahkan (*yin*). Pijatan yang menguatkan (*yang*) lakukan selama 30X tekanan atau putaran sedangkan untuk memberi reaksi melemahkan (*yin*) dilakukan lebih dari 40X. Sedangkan arah penekanan yang

bertujuan menguatkan dengan mengikuti arah putaran jarum jam bila sebaliknya akan melemahkan (*yin*).

Pijatan yang telah dilakukan sesuai dengan kebutuhan klien tidak semua dapat dirasakan langsung manfaatnya, dibutuhkan waktu dan tindakan berulang setelah akupresur pertama. Berdasarkan hasil tindakan selama tiga tahun melakukan terapi akupresur, setelah 30-60 menit lebih dari setengah klien merasakan badan lebih segar, keluhan berkurang. Untuk klien dengan tekanan darah tinggi rata-rata tekanan darah menurun antara 5-20 mmHg. Didapatkan hasil yang lebih baik apabila tindakan akupresur di kombinasikan, misalnya dengan relaksasi, evidence base yang diperoleh dari 2 klien dengan tekanan darah 240/120 dan 220/120 mmHg keduanya turun menjadi 180/110 setelah mendapatkan terapi relaksasi 15 menit dan akupresur 15 menit selain itu menurut klien pusing dan berat di daerah kepala langsung berkurang banyak.

Kasus di atas tidak dapat disamakan untuk setiap masalah. Apabila kondisi cukup berat, maka tindakan perlu diulang sampai 12 kali dengan jarak tercepat 2X seminggu sampai 1 kali 1 minggu sekali. Akan lebih baik lagi apabila terapi dikombinasi sesuai masalah yang dirasakan dengan terapi lain. Apabila klien hanya ingin kombinasi dengan terapi tradisional juga maka yang bersangkutan memilih alternatif sebagai penyelesaian masalahnya. Apabila klien memilih kombinasi terapi tradisional akupresur dengan terapi kedokteran Barat disebut dengan menggunakan terapi komplementer (Andrews dkk, 1999). Hal tersebut sepenuhnya menjadi hak klien, namun sebagai perawat perlu memberikan pertimbangan sesuai dengan berat atau ringannya masalah karena hak klien mendapatkan informasi yang sesuai sebelum mendapatkan pelayanan.

Penutup

Akupresur adalah salah satu dari banyak terapi keperawatan yang telah terbukti khasiatnya karena telah lama digunakan sebelum munculnya akupunktur atau terapi lainnya di negeri Cina. Perawat dapat memberikan terapi ini karena manfaat yang dirasakan dan sangat sedikit efeknya. Perawat perlu mengetahui dan mempelajari beberapa teknik terapi tradisional yang dapat dipertanggung jawabkan tindakannya, apabila diperlukan dapat memberikan tindakan tersebut untuk membantu mengurangi masalah klien, minimal memberikan rasa nyaman dan meningkatkan efektifitas kesembuhan.

Langkah-langkah melakukan tindakan akupresur sejalan dengan keyakinan teori dan konsep keperawatan. Seperti konsep holistik dan komprehensif serta melalui teori proses keperawatan yaitu melalui berbagai teknik megkaji, dianalisis untuk menentukan diagnosis

dan pelaksanaan serta dilakukan evaluasi untuk tindak lanjut. Sehingga akupresur dapat diberikan pada klien karena dapat dipertanggung jawabkan tindakannya, namun karena reaksi setiap orang tidak sama, maka penelitian perlu dilakukan agar terapi ini dapat diberikan dengan lebih baik lagi sesuai dengan perkembangan ilmu.

Daftar Pustaka

- Alamsyah, I. (2010). *Cara lebih mudah menemukan titik terapi: acupoint*. Depok: AsmaNadia Publishing House.
- Andrews, M, Angone, K.M., Cray, J.V., Lewis, J.A., & Johnson, P.H. Editor. (1999). *Nurse's handbook of alternative and complementary therapies*.
- Bulechek G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M.C & Cheryl M.W. Editors. (2013). *Nursing intervention classification (NIC)*. 6th edition. USA: Elsevier.
- Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI. (2000). *Pedoman Praktis akupresur*. Edisi 1, cetakan 4.
- Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat, Direktorat Kesehatan Khusus. Jakarta
- Hitchcock, J.E, Schubert, P.E., Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: caring in action*. USA: Delmar Publisher
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1109/2007 tentang Praktek Pengobatan Komplementer dan Alternatif di Pelayanan Kesehatan Formal
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat
- Potter, P.A, Perry A.G., Stockert, P. A., & Hall, A.M. (2013) *Fundamental of nursing*. 8th edition vol 55. St. Louis: Elsevier-Mosby.
- Smith, S.F, Duell, D.J., Martin,B.C. (2004). *Clinical nursing skills: basic to advanced skills*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Snyder, M & Lindquist, R.editors. (2006). *Complementary/alternative therapies in nursing*. 5th ed. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Snyder, M. & Lindquist, R. Editors. *Complementary and alternative therapies in nursing*. New York: Springer Publishing Company. 2010.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2014). *Community & public health nursing*. Edisi 8. St. Louis: Mosby Inc.
- Vitahealth. 2006. *Seluk beluk: pengobatan alternatif dan komplementer*. Jakarta: BIP Kelompok Gramedia.
- Widyatuti. (2008). Terapi komplementer dalam keperawatan. *Jurnal keperawatan Indonesia Volume 12 No. 1. 2008*.

Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom., Ph.D

Departemen Keperawatan Komunitas, Keluarga, dan Gerontik

Fakultas Keperawatan, Universitas Jember

E-mail: tantut_s.psik@uenj.ac.id



Materi: Complementary/Alternative Therapies Nurses Care: A Lesson Study in Japan

Pokok Bahasan Materi

1. Konsep Complementary/Alternative Medicine (CAM)
2. Complementary/Alternative Medicine (CAM) pada praktik keperawatan
3. Perkembangan Complementary/Alternative Medicine (CAM) pada layanan keperawatan di Jepang
4. Bentuk pelayanan home visit dengan Complementary/Alternative Medicine (CAM) di Jepang
5. Pilihan aplikasi Complementary/Alternative Medicine (CAM) di Indonesia

A. Pendahuluan

Perkembangan penggunaan terapi komplementer dan alternatif oleh masyarakat di Indonesia mengalami peningkatan. Terapi komplementer dan alternatif berdasarkan hasil Riskesdas Tahun 2013 menunjukkan proporsi rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional adalah 30,4% dengan jenis pelayanan yang paling banyak digunakan adalah keterampilan tanpa alat sebesar 77,8% dan ramuan sebesar 49% (Ministry of Health Indonesia, 2013). Kondisi ini menggambarkan bahwa pelayanan kesehatan tradisional mempunyai potensi yang cukup besar untuk dikembangkan dan perlu mendapat perhatian yang serius dari sistem pelayanan kesehatan untuk mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan nasional.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 48 menyatakan bahwa salah satu dari 17 upaya kesehatan komprehensif adalah Pelayanan Kesehatan Tradisional (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2009). Sementara itu, Peraturan Pemerintah Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014a). Berdasarkan kedua hal tersebut, maka penggunaan pelayanan kesehatan tradisional dalam hal ini terapi komplementer dan alternatif dapat dilakukan di Indonesia sebagai bagian dari upaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan dapat menggunakan terapi komplementer dan alternatif sebagai salah satu tindakan dalam pemberian asuhan keperawatan. UU Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan terutama Pasal 30 Ayat 2 sub ayat menyebutkan “Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan

alternatif” (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014b). Hal ini perlu direspon oleh perawat komunitas dalam menjalankan perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) untuk menggunakan terapi komplementer dan alternatif dalam memberikan pelayanan pada masyarakat, baik pada kunjungan rumah, asuhan keperawatan pada kelompok khusus, maupun asuhan keperawatan pada masyarakat.

B. Konsep Complementary/Alternative Medicine (CAM)

Apa itu *Complementary and alternative medicine* (CAM). CAM merupakan keberagaman dari kelompok sistem perawatan medis dan kesehatan, praktik, dan produk yang saat ini tidak dianggap sebagai bagian dari pengobatan konvensional (NCCAM, 2012, p. 1; (Lindquist, Snyder, & Tracy, 2014). CAM didefinisikan sebagai pendekatan perawatan kesehatan yang dalam penggunaannya berdasarkan dari luar obat yang telah ditentukan (*mainstream*).” Berbagai bentuk CAM telah banyak dilakukan dan dilaporkan dalam berbagai studi. Walaupun dalam penggunaan CAM mengalami penurunan, sering dengan munculnya antibiotik pada awal 1900-an dan kemudian kembali populer pada tahun 1970an. WHO telah mencatat bahwa berbagai bentuk CAM telah berfungsi sebagai praktik kesehatan utama di negara-negara berkembang selama bertahun-tahun dan berkembang di seluruh dunia dan di negara-negara yang menggunakan obat-obatan konvensional lebih dominan (Kramlich, 2014).

Walaupun *The National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) umumnya menerapkan pendekatan kesehatan pelengkap sebagai sebutan istilah untuk spektrum praktik yang luas dari CAM, tetapi dalam pelaksanaan terdapat perbedaan dalam berbagai pendekatan (Kramlich, 2014), sebagai berikut:

- Komplementer: penggunaan pendekatan non *mainstream* bersama dengan obat-obatan konvensional
- Alternatif: penggunaan pendekatan non *mainstream* sebagai ganti obat konvensional
- Tradisional: sistem penyembuhan budaya yang telah berlangsung selama ribuan tahun
- Integratif: integrasi praktik non *mainstream* ke dalam perawatan medis konvensional dan promosi kesehatan

Tabel 1. NCCAM Classification for Complementary Therapies and Examples of Therapies

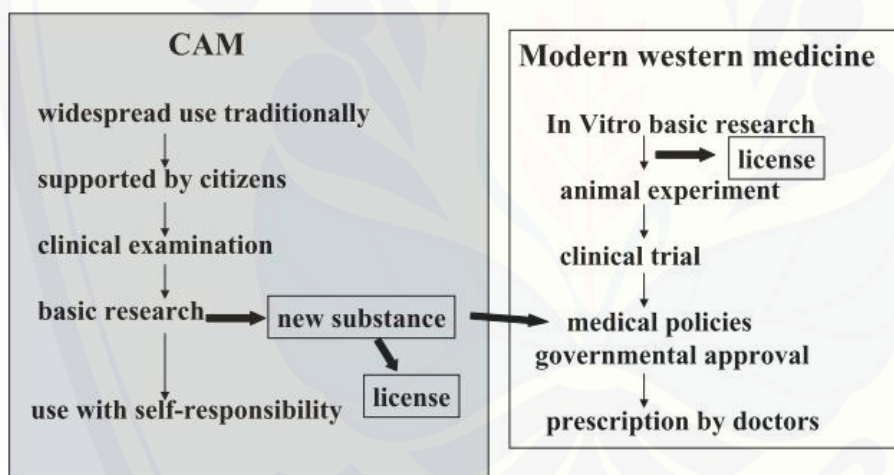
Classification	Definition	Examples
Natural Products	Therapies use substances found in nature	Herbal medicine (botanicals), vitamins, minerals, dietary supplements, probiotics
Mind–Body Therapies	Interventions use a variety of techniques to enhance the mind’s ability to affect body functions and symptoms	imagery, meditation, yoga, music therapy, prayer, journaling, biofeedback, humor, Tai Chi, art therapy, acupuncture
Manipulative and Body-Based Therapies	Therapies are based on manipulation or movement of one or more parts of the body	chiropractic medicine, massage, bodywork such as rolfing
Energy Therapies*	Therapies focus on the use of energy fields such as magnetic and bio-fields that are believed to surround and permeate the body.	healing touch, therapeutic touch, Reiki, external Qi gong, magnets
Systems of Care*	Whole systems of care are built on theory and practice and often evolved apart from and earlier than Western medicine. Each has its own therapies and practices.	traditional Chinese medicine, Ayurvedic, naturopathy, and homeopathy.
Traditional Healers*	Healers use methods from indigenous theories, beliefs, and experiences handed down from one generation to the next	Native American healer or shaman

*Categorized by the NCCAM as Other Practices and not as a distinct category. Source: NCAAM (2012); (Lindquist et al., 2014).

Kenapa complementary and alternative medicine (CAM) sangat diminati oleh konsumen? Beberapa faktor yang memungkinkan adalah (Suzuki, 2004):

- CAM sangat mudah untuk dimengerti dan dikenali
- CAM merupakan non-invasive dengan sedikit efek samping
- CAM membantu meningkatkan kualitas hidup (QOL) atau aktivitas sehari-hari (ADL)
- CAM membantu mempertahankan kesehatan sendiri secara pribadi
- Pengobatan modern Barat tidak seluruhnya memberikan respon sesuai kebutuhan pasien
- Tren perkembangan pendekatan pengobatan yang lebih holistic
- Biaya pengobatan yang semakin meningkat

Domain kajian CAM harus dipelajari menggunakan metode penelitian ilmiah berdasarkan perkembangan riset kedokteran barat modern. Walaupun, prosedur verifikasi untuk CAM agak berbeda dari pengobatan modern Barat. Gambar 1. menunjukkan diagram alur dari metode ilmiah dalam studi CAM di Jepang (Suzuki, 2004). Secara umum, CAM sudah banyak digunakan tetapi tanpa dukungan ilmiah dari hasil pembuktian riset. Oleh karena itu, langkah pertama penelitian CAM harus difokuskan pada uji klinis untuk memastikan keampuhan dan kegunaan dari terapi CAM tersebut. Apabila hasil uji klinis yang diinginkan, maka penelitian fundamental untuk mengidentifikasi dan menjelaskan tindakan substansi akan sangat diperlukan. Penggunaan CAM biasanya dilakukan atas inisiatif dan biaya sendiri dari pengguna, tetapi sebaiknya mungkin bisa mendapatkan persetujuan dari pemerintah, sehingga urutan langkah tersebut sedikit berbeda dan terbalik seperti pada pengobatan barat modern. Di lain sisi, hasil penelitian CAM untuk dunia kedokteran dan kesehatan menemukan metode medis baru yang memiliki kepraktisan tinggi dengan kinerja biaya tinggi dan keamanannya. Selanjutnya, dari sudut pandang kedokteran dasar, CAM menawarkan peluang tak terduga untuk menemukan substansi baru atau mekanisme baru dari suatu terapi (Suzuki & Kyo, <http://www.med.kanazawa-u.ac.jp/EN/lab/dep5-02.html>).



Gambar 1. Diagram alur dari metode ilmiah dalam studi CAM di Jepang (Suzuki, 2004)

C. Complementary/Alternative Medicine (CAM) pada praktik keperawatan

Penggunaan CAM dalam praktik dan produknya yang saat ini tidak dianggap sebagai bagian dari pengobatan konvensional, telah meningkat penggunaannya di seluruh dunia dalam beberapa tahun terakhir. CAM telah digunakan diberbagai populasi di Amerika Serikat (53-62%), negara-negara Eropa (20–50%), dan Australia (52%) (Takata, Kuramoto, Imamura, Kishida, & Yasui, 2013). Di Amerika Serikat, penggunaan modalitas CAM seperti akupunktur, pijat, meditasi dan yoga meningkat antara tahun 2002 dan 2007 (Yamashita, Tsukayama, & Sugishita, 2002). Di Jepang, minat dan

permintaan untuk CAM juga meningkat pesat. Penggunaan CAM dalam populasi umum telah dilaporkan setinggi 76% (Yamashita et al., 2002). Hasil studi di Jepang melaporkan bahwa 50% pasien menggunakan atau telah menggunakan setidaknya satu terapi CAM dalam 12 bulan terakhir (Hori, Mihaylov, Vasconcelos, & Mccoubrie, 2008). Alasan yang mendasari dalam peningkatan penggunaan CAM berhubungan dengan perubahan dalam proporsi penyakit, seperti peningkatan penyakit kronis, penyakit psikologis, malignansi, dan penyakit yang tidak dapat dijelaskan (Takata et al., 2013).

Peningkatan penggunaan CAM di pelayanan kesehatan mendorong dokter dan perawat untuk memiliki pengetahuan tentang CAM dan memberikan informasi dasar dan akurat pada modalitas CAM untuk pasien, karena banyak pasien meminta informasi tentang CAM dari dokter dan perawat (Takata et al., 2013). Selain itu, CAM telah digunakan di kalangan profesional kesehatan. Karena kebutuhan akan pengetahuan dan keterampilan dalam menggunakan CAM oleh dokter dan perawat telah meningkat, pendidikan CAM untuk mahasiswa kedokteran dan keperawatan merupakan kebutuhan penting yang dapat dilakukan dalam kurikulum pendidikan keperawatan dan kedokteran (Takata et al., 2013).

Hasil penelitian mengenai pengetahuan dan sikap mahasiswa kesehatan dalam penggunaan CAM di Jepang menunjukkan pengetahuan tentang CAM berbeda tergantung pada terapi CAM yang dilakukan oleh mahasiswa (Takata et al., 2013). Mahasiswa keperawatan memiliki tingkat minat yang tinggi dalam pijatan, aroma terapi, yoga, dan *chiropractic*. Mahasiswa keperawatan cenderung memiliki sikap positif dan menguntungkan terhadap CAM dibandingkan dengan kelompok lain dari mahasiswa profesi kesehatan lainnya. Apabila mahasiswa keperawatan menerima informasi tentang CAM dalam kurikulum, maka akan dapat menggunakan CAM dalam perawatan klinis dan dengan demikian berkontribusi pada akumulasi bukti tentang manfaat CAM serta peningkatan kualitas layanan kesehatan.

Sementara itu, studi lainnya mengidentifikasi mengenai pengetahuan, sikap, dan kemampuan perawat dalam mengkomunikasikan risiko dan manfaat CAM (Chang & Chang, 2015). Hasil studi menunjukkan bahwa 53,7% perawat melakukan pengobatan komplementer dan alternatif dalam praktek klinis. Sebesar 66,4% perawat memiliki sikap positif terhadap pengobatan komplementer dan alternatif, tetapi 77,4% tidak memiliki pemahaman secara komprehensif tentang risiko dan manfaat terkait penggunaan CAM. Selain itu, 47,3–67,7% perawat merasa tidak nyaman mendiskusikan terapi pengobatan komplementer dan alternatif dengan pasien. Hal ini diakibatkan karena kurangnya pengetahuan tentang pengobatan komplementer dan alternatif pada perawat sehingga berakibat pada aplikasi penggunaan CAM pada praktik keperawatan.

Beberapa tren dan isue penting terkait dengan penggunaan CAM dalam praktik keperawatan (Chang & Chang, 2015), adalah:

1. Mengapa CAM penting di Keperawatan?

- CAM secara luas dipraktekkan; namun, sedikit yang diketahui tentang keahlian perawat atau sikap perawat terhadap prosedur CAM.
 - Interaksi antara obat-obatan konvensional dan obat-obatan alternatif dapat meningkatkan risiko kesehatan yang dihadapi pasien dan dapat menyebabkan konsekuensi klinis yang serius.
2. Apa temuan kunci?
- Banyak perawat merekomendasikan CAM dan terapi dan obat-obatan untuk pasien, meskipun kurangnya pendidikan formal atau pelatihan di bidang CAM.
 - Kurangnya pengetahuan terkait dengan CAM mengakibatkan kemampuan perawat untuk mengomunikasikan risiko dan manfaat terapi CAM pada pasien. Situasi ini menjadi penghalang untuk integrasi yang aman dari terapi CAM sebagai paradigma konvensional pengobatan.
3. Apa yang sebaiknya dilakukan?
- Program pendidikan untuk mendidik perawat tentang CAM bisa membantu para profesional perawatan kesehatan untuk mengomunikasikan risiko dan manfaat terapi CAM untuk pasien yang lebih efektif.
 - Perawat perlu memahami prinsip dasar CAM terkait proses dan pengaruhnya terhadap prognosis pasien. Perawat kemudian dapat mengakses sumber daya terbaru untuk memastikan keamanan terapi bagi pasien.

A list of types of complementary and alternative medicine practices under each category (Chang & Chang, 2015).

Kategori	Terapi
Alternative medical systems	Ayurvedic medicine, traditional Chinese, Japanese, and Tibetan medicine, homeopathy and naturopathy
Natural product based therapies	Chelation therapy, hydrotherapy, nutrition-based therapy (diet therapy, dietary supplements), oxygen therapy, ozone therapy, herbal medicines, other plants or plant extracts, prolotherapy, speleotherapy, topical therapies and unconventional synthetic drugs (laetrile, procaine)
Energy therapies	Acupuncture (acupressure, acupuncture, electroacupuncture, laser acupuncture, moxibustion), breathing exercises (qi gong, pranayama), distant healing, electric stimulation therapy, magnetic therapy, phototherapy, reiki, therapeutic touch and ultrasonic therapy

Manipulative and body-based methods	Alexander technique, chiropractic manipulation/spinal, manipulation (craniosacral massage, Feldenkrais method), massage (osteopathic manipulation), reflexology
Mind-body interventions	Biofeedback, hypnosis, meditation, play therapy, relaxation techniques, sensory art therapies (aromatherapy, art therapy, colour therapy), dance therapy, drama therapy, music therapy, other sensory therapies, tai chi, unconventional psychotherapies (morita therapy) and yoga

Perkembangan penggunaan CAM dalam praktik keperawatan sangat membantu dalam percepatan penyembuhan, tetapi dalam pelaksanaannya memerlukan peningkatan dalam pelayanannya yang mampu memberikan perlindungan pada perawat dan klien. Oleh karena itu, para profesional kesehatan perlu didorong untuk (Bomar, 2013): (1) menghormati hak pasien untuk meminta CAM; (2) mengetahui CAM umum yang digunakan untuk konsumen di area praktik mereka; (3) membuat jaringan dengan para profesional CAM yang berkolaborasi dengan referensi; (4) mengevaluasi tinjauan sistematis penelitian CAM; dan (5) melakukan penelitian CAM dengan kontrol yang ketat. Lebih lanjut, setiap profesional kesehatan didorong untuk mengeksplorasi cara-cara untuk memberikan perawatan pasien secara holistik berdasarkan karakteristik individual dengan menggabungkan modalitas CAM berbasis bukti dengan perawatan kesehatan konvensional untuk memberdayakan individu dan keluarga yang berbeda secara budaya untuk mencegah penyakit, mempromosikan penyembuhan dan kesehatan maksimal (Bomar, 2013).

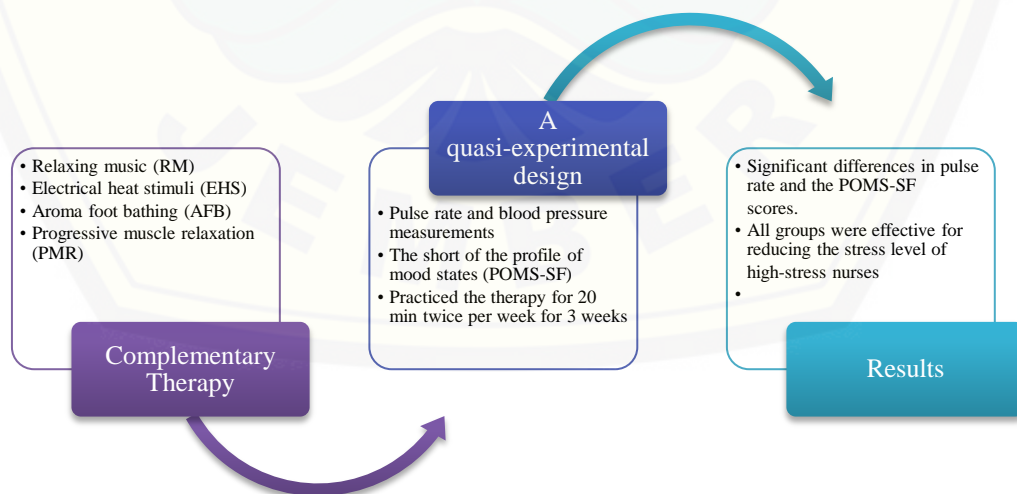
D. Perkembangan Complementary/Alternative Medicine (CAM) pada layanan keperawatan di Jepang

Di Jepang, CAM dalam praktik keperawatan umumnya dilakukan pada bidang paliatif care. Pengetahuan dan keterampilan perawat terkait CAM dalam melakukan kunjungan rumah pada pasien paliatif care sangat diperlukan, karena terjadi peningkatan penderita kanker dan dampak dari struktur penyakit degeneratif. Untuk itu kebutuhan penggunaan CAM pada home care sangat tinggi, tetapi belum banyak upaya pelaksanaan penggunaan CAM tersebut. Hasil penelitian menyebutkan bahwa hanya sekitar 30% dari praktik layanan home care di Jepang telah dilatih tentang CAM (Tokushige & Tanaka, 2018). Meskipun dari hasil penelitian terbaru menunjukkan banyak pasien yang menerima CAM merasa bahwa efek pengobatan yang diberikan oleh rumah sakit tidak mencukupi dan memiliki kekhawatiran tentang efek samping dari perawatan tersebut yang dikarenakan kurangnya informasi dan panduan standar dalam penanganan rhinitis dengan CAM (Yonekura et al., 2017).

Perkembangan hasil penelitian dalam penggunaan CAM di unit paliative care di Jepang menunjukkan 64% institusi menyediakan setidaknya satu terapi modalitas CAM. Hanya 33% dari unit perawatan paliatif yang disurvei memiliki peraturan tentang penggunaan pasien CAM, dan 42% menolak beberapa jenis CAM karena menyebabkan kesulitan atau komplikasi lain pada pasien (34%), prosedur medis yang diperlukan (26%), menggunakan api (5%), atau membutuhkan praktisi luar (4%). Secara total, 92% unit perawatan paliatif yang disurvei tidak memiliki regulasi dan benar-benar menyediakan CAM. Hambatan penggunaan CAM antara lain ketersediaan praktisi yang bersertifikat, biaya, tanggung jawab tambahan untuk anggota staf, dan bukti keberhasilan yang tidak memadai. Walaupun unit perawatan paliatif di Jepang umumnya memiliki sikap positif terhadap CAM dan bersedia memberikan terapi jenis ini kepada pasien (Osaka, Kurihara, Tanaka, & Ph, 2009).

Hasil penelitian pada 519 responden di Jepang, didapatkan penggunaan CAM dalam 12 bulan terakhir (80,0%). Apabila kegiatan berdoa dikecualikan, prevalensi penggunaan CAM turun menjadi 77,3% pada tahun sebelumnya atau 403 responden. Bentuk CAM yang paling umum digunakan oleh responden adalah pain relief pads (32,8%), obat-obatan herbal/suplemen (32,2%), dan pijat oleh diri sendiri atau keluarga (32,0%). Pada responden perempuan, responden dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan status kesehatan yang lebih buruk secara keseluruhan lebih mungkin menggunakan CAM daripada responden tanpa karakteristik tersebut. Hanya 22,8% terapi CAM yang digunakan oleh dokter (Shumer et al., 2014).

Sementara itu, unit perawatan paliatif di Jepang umumnya memiliki sikap positif terhadap CAM, dan bersedia memberikan terapi tersebut kepada pasien, meskipun khawatir tentang ketersediaan praktisi yang bersertifikat dan masalah biaya (Osaka et al., 2009). Intervensi Complementary therapy untuk menurunkan stress pada perawat (Onishi, 2016).



Teknik Complementary therapy (Onishi, 2016):

- RM: Participants listen to RM with earphones for 20 min on a bed

- EHS: Special EHS machine stimulates six meridian points (Chinese medicine term) on the arms and legs with 40–42°C. Participants apply six electrical stimulating buttons on the six points of arms and legs for 20 min on a bed
- AFB: Hot water with 40–42°C is prepared with a few drops of participants' preferred aroma oil in a special foot bathing bucket. Participants put their feet into the bucket for 20 min on a bed
- PMR: Participants listen and practice the guided PMR exercise that is played on a compact disc on a bed for 20 min
- RB: Participants rest on a bed for 20 min.

Hasil penelitian di Tokyo menunjukkan 50% pasien dari 496 partisipan menggunakan atau telah menggunakan setidaknya 1 terapi CAM dalam 12 bulan terakhir. 5 terapi yang paling sering digunakan adalah pijat (43%), vitamin (35%), makanan sehat termasuk suplemen makanan (23%), akupresur (21%), dan kampo (19%). Mayoritas pengguna CAM (75%) mengungkapkan perawatan CAM sangat efektif (Hori et al., 2008). Beberapa hasil aplikasi CAM pada praktik keperawatan dan kesehatan di Jepang antara lain: minuman nutrisi dan tonik (43,1%), suplemen diet (43,1%), peralatan yang berhubungan dengan kesehatan (21,5%), herbal atau Kampo yang dijual bebas (17,2%), pijat atau akupresur (14,8%), Kampo etis (Kampo diresepkan oleh dokter) (10,0%), aromaterapi (9,3%), chiropraktik atau osteopati (7,1%), akupunktur dan oksibusi (6,7%), homeopati (0,3%), dan terapi lainnya (6,5%) (Yamashita et al., 2002).

Kampo sebagai CAM khusus di Jepang

Sejarah adanya Kampo berasal dari China yang pada jaman Edo di Jepang mulai berkembang menjadi bagian dari pengobatan tradisional. Tetapi meskipun berasal dari China, Kampo sangat berbeda dengan Traditional Chinese Medicine (TCM) yang dikarenakan beberapa bahan dasar utama obat berbeda dari kedua negara. Tetapi ciri khas Kampo merupakan formulasi ramuan herbal (Nishimura, Plotnikoff, & Wantanabe, 2009). Ada tiga perbedaan utama antara TCM dan Kampo. Pertama, resep TCM adalah individu di tingkat herbal, sementara obat Kampo bersifat individual pada tingkat formula; kedua, pola resep disederhanakan dalam obat Kampo; dan ketiga, temuan perut (assessment abdominal) merupakan hal terpenting untuk membuat diagnosa di obat Kampo. Meskipun diagnosis perut dijelaskan di Shan Hang Lung, tidak dihargai dalam pengobatan tradisional Cina dan Korea. Tetapi di Jepang, diagnosis perut secara unik dikembangkan dan digunakan secara luas (Nishimura et al., 2009).

Versi beta International Classification of Diseases-11 (ICD-11) berisi 2 bagian tentang obat tradisional: “gangguan tradisional” dan “pola” (Zheng dalam bahasa Cina). Cina dan Korea

mengacu pada standar nasional mereka untuk mengembangkan kedua term tersebut. Cina menggunakan klasifikasi tahun 1995 dan kode-kode gangguan tradisional dan pola pengobatan tradisional Cina (GB95) sebagai standar nasional. Third Edition of the Korean Classification of Diseases of Oriental Medicine (KCDOM3) dimasukkan ke dalam modifikasi Korea ICD-10 (KCD-6) pada tahun 2010. KCD-6 adalah terobosan baru yang merupakan publikasi pertama dimana biomedis dan obat tradisional Barat dalam berbagi platform umum dalam hal statistik medis (Yakubo et al., 2014). Di Jepang, The Japan Society for Oriental Medicine (JSOM) yang bertanggung jawab untuk mengatur bagian tentang klasifikasi Kampo. Kampo mencakup berbagai macam obat tradisional Jepang termasuk akupresur dan *moxibustion*, yang telah ada sebelum pengobatan Barat diperkenalkan ke Jepang. Berbeda dengan Cina dan Korea, Jepang tidak memiliki standar nasional untuk referensi. Tetapi untuk memahami versi Jepang dari gangguan dan pola tradisional, informasi latar belakang tentang sejarah Kampo dan perannya dalam sistem perawatan kesehatan saat ini di Jepang adalah penting (Yakubo et al., 2014).

Bagaimana Klasifikasi Medis Kampo Dikembangkan?

JSOM didirikan pada tahun 1950 dan merupakan asosiasi akademik terbesar untuk obat Kampo. Komite JSOM memutuskan untuk tidak menggunakan nama-nama tradisional untuk gangguan dalam klasifikasi Kampo karena banyak istilah yang tumpang tindih dengan istilah biomedis Barat. Nama-nama tradisional untuk gangguan terutama gejala, seperti “sakit kepala” atau “diare berair. Sebaliknya, dalam pengobatan Barat, nama penyakit didasarkan pada penyebab patologis, seperti kolera atau malaria. Karena penyakit-penyakit ini sudah ada sejak lama, maka obat tradisional mengenali penyakit-penyakit ini. Namun, patologi penyakit ini tidak diketahui ketika nama-nama itu diberikan dan tidak tercermin dalam nama penyakit dalam pengobatan tradisional. Oleh karena itu, sulit untuk memetakan nama-nama kelainan tradisional dan nama penyakit biomedis. Kadang-kadang, nama-nama tradisional yang simptomatis untuk kelainan yang sangat luas dan dapat dipetakan ke beberapa nama penyakit biomedis. Karena pemulihan obat Kampo di Jepang dipimpin oleh dokter, istilah western biomedical sering digunakan sebagai pengganti istilah Kampo tradisional untuk menghindari hal membingungkan. Pola sistem organ sangat penting dalam kedokteran di Cina dan Korea (Yakubo et al., 2014).

Namun, para ahli Kampo pada era Meiji (1868–1912), Taisho (1912–1925), dan Showa (1926–1989) memilih untuk tidak menggunakan sistem organ untuk menghindari tumpang tindih dengan istilah biomedis. Akibatnya, obat Kampo kadang-kadang dikritik karena kurangnya penjelasan jangka panjang untuk menggambarkan kondisi pasien. Patogenesis daripada reaksi inang adalah yang paling penting dalam biomedis Barat. Sebaliknya, reaksi tuan rumah terhadap patogen adalah faktor yang paling penting dalam pengobatan tradisional. Dalam hal ini, obat Kampo telah dikembangkan selaras dengan biomedis Barat (Yakubo et al., 2014).

Pola Kampo ditentukan untuk semua pasien sesuai dengan diagram alur yang ditunjukkan pada Tabel 1 dan Gambar 1. Kondisi pasien dibagi menjadi 2 kelompok: kondisi demam infeksi akut dan kronis (Gambar 1). Pola 6-tahap, berdasarkan Shang Han Lun, digunakan untuk menggambarkan penyakit menular demam akut seperti influenza. Pola Qi-blood-fluid terutama digunakan untuk menggambarkan penyakit kronis (Yakubo et al., 2014). Pola formula juga sangat unik dalam obat Kampo. Sementara resep obat tradisional Cina (TCM) bersifat individual pada tingkat herbal, obat Kampo bersifat individual pada tingkat formula (Yakubo et al., 2014).

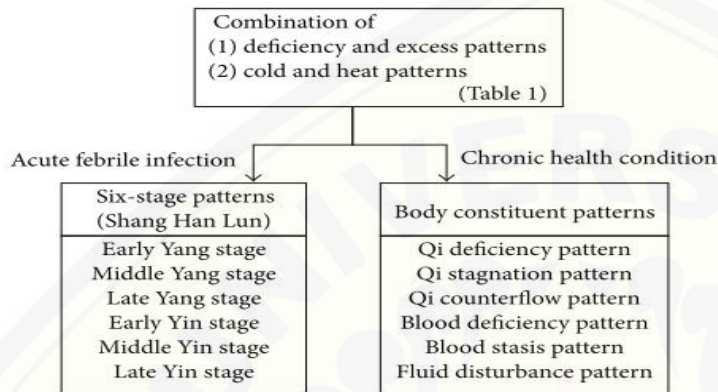


FIGURE 1: Diagnostic flow used in Kampo medicine. All patients are assigned a specific category as described in Table 1 and then divided into 2 groups according to whether they have acute febrile infectious disease or chronic disease. For acute febrile disease, the 6 stages of Shang Han Lun are very important. For chronic diseases, the host body constituent patterns are very important.

TABLE 1: Combinations of deficiency-excess and cold-heat patterns.

Components	Cold	Heat	Between cold and heat	Tangled cold and heat
Deficiency	Cold, deficiency	Heat, deficiency	Between cold and heat, deficiency	Tangled cold and heat, deficiency
Excess	Cold, excess	Heat, excess	Between cold and heat, excess	Tangled cold and heat, excess
Between deficiency and excess	Cold, between deficiency and excess	Heat, between deficiency and excess	Between cold and heat, between deficiency and excess	Tangled cold and heat, between deficiency and excess

Regardless of acute or chronic health conditions, all patients are classified into 1 of these 12 combinations. Very limited combinations are used for acute diseases. Between deficiency and excess; neutral in “deficiency and excess”; between cold and heat; neutral in “cold and heat”; tangled cold and heat; mixture “cold and heat,” for example, cold foot and hot flush on face.

Hasil Perkembangan Kampo di Jepang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa CAM, terutama Kampo dan terapi pikiran-tubuh (mind-body therapies), dapat berfungsi sebagai terapi tambahan yang bermanfaat untuk pengobatan kanker, sehingga intervensi tersebut dapat digunakan sebagai perawatan komplementer dengan cara yang terintegrasi yang dapat meringankan beban penyakit kanker (Amitani, 2015). Kampo telah berkembang dan dipelajari di pendidikan kedokteran di Jepang

dan dilaporkan kurikulum terapi Kampo sudah dikembangkan dan 80% mahasiswa kedokteran dilaporkan tertarik mempelajari Kampo dan 78% dokter medis dilaporkan untuk meresepkan obat Kampo secara teratur. Meskipun jumlah pelatihan di kedokteran Kampo pada tingkat pra dan pasca sarjana masih terbatas, tetapi 80% dokter melaporkan percaya bahwa obat Kampo akan digunakan pada frekuensi yang sama atau lebih besar lagi di masa depan (Matsumoto & Inoue, 2000).

Hasil uji efektivitas Kampo (obat herbal tradisional Jepang) dalam pengobatan gangguan pencernaan fungsional, terutama dispepsia fungsional (FD) dan sindrom iritasi usus (IBS). Hasil dari empat uji acak, terkontrol (RCT) menyarankan kegunaan *rikkunshito* dalam mengurangi gejala subjektif pasien dengan FD. *Rikkunshito* secara signifikan meningkatkan kenyamanan tidak hanya gejala lambung, seperti ketidaknyamanan epigastiric, tetapi juga gejala ekstra-lambung, seperti kelelahan umum, jika dibandingkan dengan obat kontrol. Efek terapeutik *rikkunshito* lebih jelas ketika diresepkan untuk pasien dengan “*kyosho*”, yaitu, energi rendah. Dua RCT menyarankan kemanjuran *keishikashakuyakuto* untuk IBS. Studi penelitian dasar telah menunjukkan bahwa obat Kampo ini memiliki kelebihan dalam menurunkan gejala subjektif. Misalnya, *rikkunshito* menurunkan disfungsi motilitas lambung, termasuk gangguan relaksasi adaptif dan pengosongan lambung tertunda, hipersensitivitas lambung, dan anorexia melalui fasilitasi sekresi ghrelin. Ini juga menunjukkan efek anti-stres, yaitu, melemahkan eksaserbasi stres sensasi lambung dan anoreksia, serta aksis hipotalamus-pituitari-adrenokortikal dan aktivasi simpatik. *Keishikashakuyakuto* tidak hanya menunjukkan efek antispasmodic pada otot polos usus, tetapi juga efek antidepresan. Seri kasus menunjukkan bahwa resep Kampo lainnya juga efektif untuk FD dan IBS (Oka et al., 2014).

Pola Kampo agak unik dibandingkan dengan pola Cina atau Korea. Ada dua penjelasan untuk perbedaan ini. Pertama, obat Kampo dipisahkan dari teori dinasti Ming dan kemudian dibangun kembali berdasarkan teori Shang Han Lun selama periode Edo. Kedua, obat Kampo digunakan dalam kombinasi dengan biomedis Barat oleh dokter berlisensi di Jepang. Terminologi Kampo dikembangkan kembali untuk menghindari kebingungan dengan biomedis Barat (Yakubo et al., 2014). Kampo medicine (obat tradisional Jepang) telah diintegrasikan ke dalam sistem perawatan kesehatan Jepang — Program Asuransi Kesehatan Nasional — 46 tahun yang lalu di samping pengobatan modern, dan programnya telah mencakup semua warga negara sejak tahun 1961 (Katayama et al., 2013).

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa lebih dari 80% dokter di Jepang menggunakan Kampo dalam praktek sehari-hari. Walaupun, penggunaan Kampo dari

perspektif pasien kurang mendapat perhatian. Dari analisis dalam Program Asuransi Kesehatan Nasional di Jepang sebanyak 67.113.579 klaim perawatan kesehatan pada tahun 2009, teridentifikasi obat Kampo diresepkan untuk 1,34% dari semua pasien. Di antaranya, 92,2% secara bersamaan menerima obat biomedis. *Shakuyakukanzoto* adalah obat Kampo yang paling sering diresepkan. Penggunaan obat Kampo yang diresepkan ditemukan pada populasi remaja, orang tua, pria dan wanita, dan pasien rawat inap dan rawat jalan. Obat Kampo telah digunakan dalam berbagai kondisi, tetapi tingkat resep tertinggi untuk gangguan yang terkait dengan kehamilan, persalinan, dan masa nifas (4,08%). Meskipun adopsi obat Kampo oleh dokter dalam skala besar pada berbagai penyakit masih sangat terbatas (Katayama et al., 2013).

E. Bentuk pelayanan home visit dengan Complementary/Alternative Medicine (CAM) di Jepang

Di Jepang, permintaan untuk perawatan di rumah tumbuh secara eksponensial yang berhubungan dengan perubahan sosial, seperti penurunan tingkat kelahiran dan meningkatnya populasi lansia, perubahan dalam nilai budaya, dan kemajuan dalam teknologi medis (Cabinet Office of Japan, 2013). Kebijakan kesehatan untuk mengekang biaya perawatan kesehatan Jepang yang terus meningkat, pemerintah menyusun sistem layanan perawatan rumah di tahun 2000 (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2013). Survei pemerintah, banyak individu ingin menerima perawatan dan perawatan penyakit terminal di rumah, tetapi bentuk layanan perawatan di rumah yang tersedia berbeda menurut wilayah dan secara keseluruhan, sistem perawatan di rumah tidak berkembang dengan baik. Karena itu, pemerintah mempromosikan rekonstruksi dari sistem perawatan komunitas terpadu yang menyediakan dukungan hidup, perawatan medis, perawatan, dan layanan pencegahan di rumah untuk meningkatkan layanan perawatan di rumah di Jepang.

Bagaimana bentuk layanan Home care di Jepang?

- Layanan perawatan rumah di Jepang bersifat komprehensif
- Cakupan layanan: layanan medis, kesejahteraan, dan kesehatan masyarakat.
- Layanan medis termasuk pemeriksaan medis oleh dokter, perawatan oleh perawat, dan pijat yang disediakan oleh praktisi pijat.
- Layanan medis tercakup dalam asuransi kesehatan publik yang ditawarkan oleh pemerintah dan badan-badan lainnya.

Bagaimana sistem asuransi kesehatan di Jepang? Ada beberapa sistem asuransi kesehatan umum, dan semua warga diminta untuk bergabung dengan salah satu dari jenis asuransi. Ada 3 sistem yang utama (Kondo, Ogawa, Nishimura, & Ono, 2018):

- Health insurance, yang disediakan oleh pemerintah federal dan menargetkan individu yang dipekerjakan di sektor swasta dan keluarganya
- National health insurance, yang dikelola oleh pemerintah lokal dan menargetkan wiraswasta, pengangguran, siswa, dan orang asing;
- Mutual aid associations, yang menjadi target pegawai negeri sipil dan guru sekolah umum.

Sistem asuransi ini mencakup 70-80% dari tagihan medis, dan dengan demikian warga hanya membayar antara 20 dan 30% dari tagihan dengan uangnya sendiri. Selanjutnya, warga usia 75 atau lebih biasanya terdaftar dalam sistem perawatan medis jangka panjang dan hanya membayar sekitar 10% dari tagihan medis (Kondo et al., 2018). Perkembangan penggunaan CAM di Jepang menuntut pengetahuan dan ketrampilan perawat yang melakukan home care tentang bagaimana pendekatan CAM dalam asuhan keperawatan. Penggunaan CAM dalam home care meningkat karena perkembangan perawatan paliatif dan permasalahan kesehatan dan penyakit karena proses penuaan. Walaupun dalam prakteknya, belum banyak perawat yang melakukan home care mengaplikasikan CAM di Jepang (Tokushige & Tanaka, 2018).

Hasil penelitian pada 30% center home care dari 1.700 fasilitas home care di Jepang menunjukkan sekitar 30% perawat home care telah dilatih CAM. Analisis studi lebih lanjut mengenai: (1) Bagaimana perawat memasukkan CAM dalam asuhan keperawatan? (2) Bagaimana perawat dapat menyebarkan dan menjalankan CAM? Dan (3) Apakah CAM sesuai kebutuhan pasien dan keluarga? Teridentifikasi dua permasalahan besar yang dialami oleh perawat, yaitu: tidak mempraktekan CAM dan masih memikirkan tentang penggunaan CAM (Tokushige & Tanaka, 2018).

Study 1 Table 1. Categories of "did not practice CAM"

Category	Content included
Knowledge	lack of knowledge
	there is no way to learn
Time	do not have time to study
	there is no time to perform the CAM to visit nursing time
Skill	skill shortages
Staff	lack of staff
	knowledge and skill shortage of staff
CAM	I do not know the CAM
	I first heard the term CAM
Understanding	difficult to obtain an understanding of the staff
	difficult to obtain an understanding of the attending physician
Patients	It is difficult to obtain an understanding of the family
	It is difficult to obtain an understanding of the patient
Practice	It is necessary to have a patient purchase aroma oil
	It is difficult to do
Need	requiring high-skill
	need for permission from a boss

Study 2 Table 1. Categories of "thoughts for CAM"

Category	Content included
I-Myself	I also healed
	I think that it boost the immune system
Doctors	doctors believe themselves and can not do anything to the patient
	patient rejoice doctor just to home visit
Patients	patient is pleased
	be taught from patients
Nursing Care	care to make use of natural healing power in to the maximum
	our care

Di Jepang, perawat tidak bisa mendapatkan pengetahuan tentang CAM dalam pendidikan sekolah. Karena pengetahuan dan akuisisi teknis CAM diberikan kebebasan pada perawat untuk mempelajarinya, sehingga akan mempengaruhi perbedaan yang sangat besar antara penguasaan dengan ketrampilan teknisnya. Apa yang diadopsi dalam kurikulum pendidikan sekolah diinginkan untuk memasukkan CAM pada perawat home care, terutama pada perawat di klinik lanjut usia. Meskipun kendala terbesar adalah siapa yang akan melatih dalam pembelajaran tersebut. Oleh karena itu perlu kerja sama yang baik antara institusi pendidikan keperawatan dengan Japan Nurse Association dalam mengembangkan CAM di pendidikan keperawatan (Tokushige & Tanaka, 2018).

F. Pilihan aplikasi Complementary/Alternative Medicine (CAM) di Indonesia

Pengembangan dan penggunaan CAM di Indonesia seiring waktu mengalami peningkatan. Apabila dikaitkan dengan keadaan sosial budaya masyarakat Indonesia, maka CAM telah dikenal sejak jama dahulu yang dikenal dengan pengobatan tradisional, meskipun dalam beberapa istilah yang berkembang saat ini agak sedikit berbeda keduanya. Berbagai pengobatan komplementer dan alternatif telah dikembangkan dengan bersumber daya alam Indonesia, baik pengobatan yang berupa fisik, psikologis, dan penguatan perilaku yang sesuai dengan karakteristik wilayah di Indonesia (Rasny, Susanto, & Dewi, 2014).

Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, pasal 59 menyebutkan tentang pengobatan tradisional (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2009). Berdasarkan cara pengobatannya, pelayanan kesehatan tradisional terbagi menjadi: (1) pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan keterampilan; dan (2) pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan ramuan yang dibina dan diawasi oleh Pemerintah agar dapat dipertanggungjawabkan manfaat dan keamanannya serta tidak bertentangan dengan norma agama.

Sementara itu Peraturan Pemerintah No. 103 tahun 2014 mengatur tentang pelayanan kesehatan tradisional (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014a) . Dalam PP ini, jenis pelayanan kesehatan tradisional meliputi: (1) Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris; (2) Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer; dan (3) Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi yang dilaksanakan dalam satu sistem kesehatan tradisional dan harus dapat dipertanggungjawabkan keamanan dan manfaatnya serta tidak bertentangan dengan norma agama dan kebudayaan masyarakat.

Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris merupakan penerapan pelayanan kesehatan tradisional yang manfaat dan keamanannya terbukti secara empiris. Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris dapat menggunakan satu cara perawatan atau kombinasi cara perawatan dalam satu sistem

Pelayanan Kesehatan Tradisional Empiris yang dilakukan dengan menggunakan keterampilan; dan/atau ramuan. **Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer** merupakan pelayanan kesehatan tradisional dengan menggunakan ilmu biokultural dan ilmu biomedis yang manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah, dengan menggunakan satu cara pengobatan/perawatan atau kombinasi cara pengobatan/perawatan dalam satu kesatuan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang dilaksanakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional dan dapat diintegrasikan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan apabila memenuhi beberapa kriteria: (1) mengikuti kaidah-kaidah ilmiah; (2) tidak membahayakan kesehatan pasien/klien; (3) tetap memperhatikan kepentingan terbaik pasien/klien; (4) memiliki potensi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan meningkatkan kualitas hidup pasien/klien secara fisik, mental, dan sosial; dan (5) dilakukan oleh tenaga kesehatan tradisional (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014a).

Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer dilakukan dengan cara pengobatan/perawatan dengan menggunakan: keterampilan; dan/atau ramuan. Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang menggunakan keterampilan dilakukan dengan menggunakan: teknik manual; terapi energi; dan/atau terapi olah pikir. Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang menggunakan ramuan dilakukan dengan menggunakan ramuan yang berasal dari: tanaman; hewan; mineral; dan/atau sediaan sarian (galenik) atau campuran dari bahan-bahan. Dalam penggunaan sediaan sarian (galenik) atau campuran dari bahan-bahan mengutamakan ramuan Indonesia.

Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi merupakan pelayanan kesehatan yang menggabungkan pelayanan kesehatan konvensional dengan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer. Pelayanan Kesehatan Tradisional dilakukan secara bersama oleh tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan tradisional untuk pengobatan/perawatan pasien/klien. Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi harus diselenggarakan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Jenis Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer ditetapkan oleh Menteri setelah mendapat rekomendasi dari tim. Tim terdiri atas unsur Kementerian Kesehatan, organisasi profesi, praktisi, dan pakar kesehatan tradisional.

Dalam UU No., 38 tahun 2014 tentang Keperawatan, menyebutkan dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014b), Perawat berwenang: (1) melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik; (2) menetapkan diagnosis Keperawatan; (3) merencanakan tindakan Keperawatan; (4) melaksanakan tindakan Keperawatan; (5) mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan; (6) melakukan rujukan; (7) memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi; (8) memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter; i. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; dan (8) melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2014b), Perawat berwenang: (1) melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat; (2) menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan masyarakat; (3) membantu penemuan kasus penyakit; (4). merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat; (5) melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat; (6) melakukan rujukan kasus; (7) mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat; (8). melakukan pemberdayaan masyarakat; (9) melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat; (10) menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat; (11) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; (12) mengelola kasus; dan (13) melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif.

Penggunaan terapi keperawatan komplementer dan alternatif oleh pasien umumnya dipengaruhi oleh keluarga. Hal ini dikarenakan peran pencarian pelayanan kesehatan selama sakit di Indonesia digantikan oleh keluarga. Dalam intervensi terapi keperawatan keluarga dapat dikembangkan dan digunakan terapi komplementer dan alternatif sesuai dengan perawatan yang berlaku dalam meningkatkan kemandirian pasien (Susanto, 2010). Keluarga dapat mengoptimalkan fungsi perawatan kesehatannya dalam memberikan dukungan bagi anggota keluarga yang berminat dalam menggunakan CAM untuk proses penyembuhannya (Susanto, 2012).

Dengan adanya perkembangan kapitasi BPJS dalam sistem pembayaran asuransi di Indonesia, maka sudah sepatutnya dilakukan upaya penelitian CAM baik secara riset dasar maupun terapan dalam memasukkan kurikulum CAM di pendidikan keperawatan. Hal ini dikarenakan seperti pada ulasan tersebut diatas, maka CAM sangat efektif dalam kesembuhan pasien.

Daftar Pustaka

- Amitani, H. (2015). The translational aspect of complementary and alternative medicine for cancer with particular emphasis on Kampo. *Frontiers in Pharmacology*, 6(August), 1–13. <http://doi.org/10.3389/fphar.2015.00150>
- Bomar, P. J. (2013). Comments on complementary and alternative healing modalities. *International Journal of Nursing Practice*, 19(Suppl. 2), 1–6. <http://doi.org/10.1111/ijn.12061>
- Chang, H., & Chang, H. (2015). A review of nurses ' knowledge , attitudes , and ability to communicate the risks and benefits of complementary and alternative medicine. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1466–1478. <http://doi.org/10.1111/jocn.12790>

- Hori, S., Mihaylov, I., Vasconcelos, J. C., & Mccoubrie, M. (2008). Patterns of complementary and alternative medicine use amongst outpatients in Tokyo, Japan. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 8(14), 1–9. <http://doi.org/10.1186/1472-6882-8-14>
- Katayama, K., Yoshino, T., Munakata, K., Yamaguchi, R., Imoto, S., Miyano, S., & Watanabe, K. (2013). Prescription of Kampo Drugs in the Japanese Health Care Insurance Program. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013(ID 576973), 1–8.
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI. Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009, Pub. L. No. UU No. 36 Tahun 2009 (2009).
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2014, Pub. L. No. PP No, 103 Tahun 2014 (2014). Indonesia.
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia RI. Undang-Undang Republik Indonesia No. 38 Tahun 2014, Pub. L. No. UU No. 38 Tahun 2014 (2014).
- Kondo, H., Ogawa, S., Nishimura, H., & Ono, A. (2018). Complementary Therapies in Medicine
Massage therapy for home care patients using the health insurance system in Japan. *Complementary Therapies in Medicine*, 36(January), 142–146. <http://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.01.003>
- Kramlich, D. (2014). Complementary, Alternative, and Traditional Therapies. *Critical Care Nurse*, 34(6), 50–56.
- Lindquist, R., Snyder, M., & Tracy, M. F. (2014). *Complementary & Alternative Therapies in Nursing Seventh Edition (7th ed.)*. New York: Springer Publishing Company.
- Matsumoto, M., & Inoue, K. (2000). Kampo Medicine Training in Japanese Medical Schools. *Academic Medicine*, 75(1), 1–3.
- Ministry of Health Indonesia. (2013). *Riset Kesehatan Dasar. Riset Kesehatan Dasar 2013 (Basic Health Research 2013)*. Jakarta.
- Nishimura, K., Plotnikoff, G. A., & Wantanabe, K. (2009). Kampo Medicine as an Integrative Medicine in. *JMAJ*, 52(3), 147–149.
- Oka, T., Okumi, H., Nishida, S., Ito, T., Morikiyo, S., & Kimura, Y. (2014). Effects of Kampo on functional gastrointestinal disorders Effects of Kampo on functional gastrointestinal disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 8(1), 1–8. <http://doi.org/10.1186/1751-0759-8-5>
- Onishi, K. (2016). Complementary Therapy for Cancer Survivors : Integrative Nursing Care. *Asia-*

Pacific Journal of Oncology Nursing •, 3(1), 41–44. <http://doi.org/10.4103/2347-5625.178170>

- Osaka, I., Kurihara, Y., Tanaka, K., & Ph, D. (2009). Attitudes Toward and Current Practice of Complementary and Alternative Medicine in Japanese Palliative Care Units. *Journal of Palliative Medicine*, 12(3), 239–244.
- Rasny, H., Susanto, T., & Dewi, E. I. (2014). Etnonursing Penggunaan Terapi Komplementer Pada Suku Using Banyuwangi (Ethnonursing for Utilizing Complementary Therapy at Using Tribes in Banyuwangi). *Jurnal NERS*, 9(1), 133–137.
- Shumer, G., Warber, S., Motohara, S., Yajima, A., Plegue, M., Bialko, M., ... Fetters, M. D. (2014). Complementary and alternative medicine use by visitors to rural Japanese family medicine clinics : results from the international complementary and alternative medicine survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(360), 1–10.
- Susanto, T. (2010). Pengaruh terapi keperawatan keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga dengan permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja di kelurahan ratujaya kecamatan pancoran mas kota depok. *Jurnal Keperawatan*, 1(2), 190–198. Retrieved from <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/412/3370>
- Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga* (1st ed.). Jakarta: Trans Info Media.
- Suzuki, N. (2004). Complementary and Alternative Medicine : a Japanese Perspective. *ECAM*, 1(2), 113–118. <http://doi.org/10.1093/ecam/neh029>
- Takata, T., Kuramoto, M., Imamura, M., Kishida, S., & Yasui, T. (2013). Differences in Knowledge of and Attitudes regarding Complementary and Alternative Medicine among Health Care Profession Students in Japan. *JJCAM*, 10(2), 87–97.
- Tokushige, A., & Tanaka, S. (2018). Home Visit Nurse's Thoughts for Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Japan. In *The Henderson Repository is a free resource of the Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International* (pp. 1–2).
- Yakubo, S., Ito, M., Ueda, Y., Okamoto, H., Kimura, Y., Amano, Y., ... Watanabe, K. (2014). Pattern Classification in Kampo Medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014(ID 535146).
- Yamashita, H., Tsukayama, H., & Sugishita, C. (2002). Popularity of complementary and alternative medicine in Japan : a telephone survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 10, 84–93. <http://doi.org/10.1054/ctim.2002.0519>

Yonekura, S., Okamoto, Y., Sakurai, D., Sakurai, T., Horiguchi, S., Kurono, Y., ... Okubo, K. (2017).
Allergology International Complementary and alternative medicine for allergic rhinitis in Japan.
Allergology International, 66(3), 425–431. <http://doi.org/10.1016/j.alit.2016.10.006>



SUSUNAN ACARA

Waktu	Kegiatan
06.30-07.30 07.00-07.30	Registrasi peserta Penampilan video sponsorship MC: Rismawan dan Bu Destia
07.30-07.35	Penanyangan video
08.00-09.10 08.00-08.10 08.10-08.20 08.20-08.35 08.35-08.40 08.40-08.45 08.45-08.55 08.55-09.05	Pembukaan Prosesi Kebo Giro - Tari selamat datang - Lagu Indonesia Raya - Mars PPNI - Pelantikan Pengurus Baru IPKKI - Sambutan Ketua IPKKI - Sambutan Ketua PPNI Kab. Jember - Sambutan Dekan F. Kep / Rektor UNEJ sekaligus membuka acara - Doa
09.10 - 09.55 09.10 – 09.55 10.00 – 10.45	Acara Inti Pemateri I Ns. Riyanto, M. Kes, Sp. Kom “Kebijakan Pemerintah terkait terapi komplementer dalam praktik keperawatan profesional” Pemateri II Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom., Ph.D “Pekembangan terapi komplementer dan alternatif dalam keperawatan: Studi Evidence Based Practice di Jepang” Moderator: Ns. Primasari Mahardika, M. Kep
10.50-11.30	Diskusi
11.30 -11.45	Penyerahan plakat dan sertifikat Pemateri I dan II
11.45 – 12.00	Doorprise
12.00 – 12.30	ISHOMA
12.30 - 13.45	Pemateri III Ns. Widyatuti, M.Kes., Sp.Kom (Doktor Keperawatan Candidate) “Konsep dan dasar pemberian terapi komplementer dan alternatif dalam keperawatan di Indonesia” (Akupuntur dan Akupresur) Moderator: Hanny Rasni, S. Kp, M. Kep
13.45-14.30	Diskusi
14.30-14.45	Penyerahan plakat dan sertifikat pemateri II
15.00-17.00	Oral Presentation 1. Ns. Kholid Rosyidi MN, MNS. 2. Ns. Susi Wahyuning Asih, M. Kep 3. Ns. R. Endro Sulistyono, M. Kep

DAFTAR ARTIKEL

Pengaruh Hidroterapi Kaki Terhadap Penurunan Skor Insomnia Pada Lanjut Usia Di Panti Werdha Muhammadiyah Kota Probolinggo.	1-6
Identifikasi Masalah Kesehatan Penduduk Rukun Wilayah 01 Kelurahan Abepantai Abepura Kota Jayapura.	7-27
Studi Komparasi Terapi Komplementer Yoga Dan Terapi Modalitas Aktivitas Kelompok Terhadap Kemampuan Mengendalikan Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Khusus Provinsi Sulawesi Selatan.	28-34
Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode <i>Stratagem</i> Dengan Media <i>Audiovisual</i> Terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja.	35-44
Pemanfaatan Limbah Kelapa Sawit Sebagai Pewarna Alami Kain Batik Dengan Fiksasi.	45-54
Profil Kesehatan Spiritual Tenaga Pendidik Akper Pemkab Lumajang.	55-65
Pengaruh Bekam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Klien Dengan <i>Trapezius Myalgia</i> Pada Pekerja Angkut Di Kecamatan Jelbuk Jember.	66-76
Pengaruh Jus Tomat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Lansia.	77-83
Pengaruh Sosialisasi Pemilahan Sampah Organik Dan Non Organik Serta Manajemen Sampah Terhadap Penurunan Volume Sampah Di Dusun Krajan Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember.	84-87
Kemampuan Perawat Dalam Penatalaksanaan Abc (<i>Airway, Breathing, Circulation</i>) Terhadap Keberhasilan Penanganan Kegawatdaruratan Maternitas Di ICU.	88-93
Pengaruh Terapi Bekam Kering Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Pstw Jember.	94-101
Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Dalam Meningkatkan Keterampilan Keluarga Untuk Menstimulasi Tumbuh Kembang Balita Usia 2-5 Tahun.	102-108
Efek (Fcemnc) <i>Family Center Empowerment Modelion Nutrition Children</i> Terhadap Peningkatan Status Gizi Balita Di Desa Serut Kecamatan Panti.	109-113
Pengaruh Terapi Keluarga Terhadap Dukungan Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Masalah Diabetes Millitus.	114-122
Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Hipertensi Dan Program Latihan Terpadu Terhadap Perilaku Lansia Dalam Pengendalian Hipertensi Di Dusun Karangnom Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember.	123-130

Pengaruh Kasimazi (Kelas Modifikasi Makanan Bergizi) Terhadap Perilaku Ibu Memberikan Nutrisi Kepada Balita.	131-136
Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Tentang Perilaku Hidup Bersih Sehat (Phbs) Pada Siswa Sekolah Dasar Negeri 1 Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember.	137-140
Efek Pemberdayaan Keluarga Terhadap Peningkatkan Koping Keluarga Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Dusun Karangasem Dan Dusun Krajan Desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember.	141-144
Pengaruh Kelas Ibu Hamil Terhadap Peningkatan Pengetahuan Tentang Antenatal Care Pada Ibu Hamil Dengan Menggunakan Pendekatan Model Community As Partner Di Dusun Karangasem Desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember.	145-149
Pengaruh Senam Prolanis Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Di Desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember.	150-154
Latihan Gerak Mata Untuk Kesehatan Mata: Studi Kasus Pada Keluarga Binaan Di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember.	155-159
Pengaruh Senam Anti Hipertensi Lansia Terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia Di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember.	160-164
Pemberian Senam Antihipertensi Sebagai Upaya Menstabilkan Tekanan Darah: Studi Kasus Pada Keluarga Binaan Di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember.	165-168
Pengaruh Rebusan Daun Salam Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Penderita Hipertensi Di Wisma Seruni Upt Pslu Jember.	169-173
Pengaruh Terapi Reminiscence Terhadap Fungsi Kognitif Lansia Di Upt Pstw Bondowoso.	174-178
Upaya Penanganan Non Farmakologis Kecemasan Pada Persalinan.	179-182
Pengisian Pembuluh Darah Kapiler Pada Pasien Diabetic Foot Ulcer.	183-187
Efektifitas <i>Progressive Muscle Relaxation</i> (Pmr) Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi	188-193
Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Pada Keluarga Yang Memiliki Lansia Hipertensi Di Desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember	194-204

**PENGARUH HIDROTERAPI KAKI TERHADAP PENURUNAN SKOR INSOMNIA
PADA LANJUT USIA DI PANTI WERDHA MUHAMMADIYAH KOTA
PROBOLINGGO**

**(EFFECT OF FEET'S HYDROTHERAPY TO REDUCTION OF INSOMNIA SCORES
AT ELDERLY IN PANTI WERDHA MUHAMMADIYAH PROBOLINGGO CITY)**

Setyoadi^{1*}, Yansa Agustiawan Eka Putra²

¹Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

²Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Jl. Veteran No. 1 Malang 65145

*e-mail: setyoadi@ub.ac.id

ABSTRAK

Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering ditemukan pada lanjut usia. Lanjut usia mengalami insomnia karena faktor fisiologis yang semakin menua sehingga sekresi hormon melatonin berkurang. Hidroterapi kaki merupakan salah satu cara *non-farmakologi* dengan cara merendam kaki dalam air hangat dengan suhu 30-39 derajat Celsius yang akan memberikan efek *sopartifik* atau efek ingin tidur. Tujuan dari penelitian ini untuk mengidentifikasi pengaruh hidroterapi kaki terhadap penurunan skor insomnia pada lanjut usia di Panti Werdha Muhammadiyah Kota Probolinggo. Desain penelitian dalam penelitian ini adalah *Pra-eksperimental* dengan pendekatan *One Grup Pre Test - Post Test Design*. Pemilihan sampel dilakukan menggunakan teknik *simple random sampling*. Sampel penelitian yaitu lanjut usia yang berusia 60-90 tahun dan mengalami insomnia sebanyak 16 responden. Analisa data statistik yang digunakan adalah *paired t-test*. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner *Insomnia Rating Scale* yang dimodifikasi oleh Kelompok Studi Psikiatri Biologi Jakarta (KSPBJ) sesuai dengan kondisi Lansia di Indonesia. Hasil penelitian, didapatkan *Mean* hasil pengukuran *Pre Test* skor insomnia sebesar 27,43 dan *Mean* hasil pengukuran *Post Test* skor insomnia sebesar 23,93. Hasil uji statistik menggunakan *paired t-test* dengan $\alpha=0,05$ didapatkan nilai signifikansi 0,000 atau signifikansi $<0,005$. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu ada pengaruh dari hidroterapi kaki terhadap penurunan skor insomnia pada lanjut usia. Disarankan hidroterapi kaki dapat digunakan sebagai salah satu cara untuk menurunkan skor insomnia pada lanjut usia yang mengalami insomnia.

Kata kunci: Hidroterapi Kaki, Lanjut Usia, Insomnia.

ABSTRACT

Insomnia is a sleep disorder that is most commonly found in the elderly. Elderly people suffered insomnia because the aging physiological factors that reduced secretion of the hormone melatonin. Feet's hydrotherapy is one of the non-pharmacological ways by soaking feet in warm water with a temperature of 30-39 degrees Celsius who will give the sopartifik effect or want to sleep effects. The purpose of this study are to identify the Effect of Feet's Hydrotherapy to Reduction of Insomnia Scores at Elderly in Panti Werdha Muhammadiyah Probolinggo City. Design of this research is the Pre-Experimental with an approach One Group Pre Test - Post Test Design. Sample selection was done using simple random sampling technique. The research sample that is aged 60-90 years old and suffered insomnia as many as 16 respondents. Analysis of statistical data used is the paired t-test. Collecting data using questionnaires Insomnia Rating Scale modified by Jakarta Biological Psychiatry

Study Group (KSPBJ) according to the Elderly's conditions in Indonesia. Results of research, measurement results obtained Mean of pretest score of insomnia are 27,43 and measurement results Mean of Post Test score of insomnia are 23,93. Statistical test results using a Paired T-Test with $\alpha = 0,05$ are obtained significance values 0,000 or significance <0.005 . The conclusion from this research that there is an influence of feet's hydrotherapy to decrease insomnia scores in elderly. Suggested feet's hydrotherapy can be used as one way to decrease insomnia scores in elderly who experience insomnia.

Keywords: Hydrotherapy, Elderly, Insomnia

PENDAHULUAN

Jumlah lansia yang terus meningkat di Indonesia ini menarik untuk di amati perkembangannya. Kantor Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat (KESRA) melaporkan, jika tahun 1980 usia harapan hidup (UHH) 52,2 tahun dan jumlah lansia 7.998.543 orang (5,45%) maka pada tahun 2006 menjadi 19 juta orang (8,90%) dan UHH juga meningkat (66,2 tahun). Pada tahun 2010 perkiraan penduduk lansia di Indonesia akan mencapai 23,9 juta atau 9,77 % dan UHH sekitar 67,4 tahun. Sepuluh tahun kemudian atau pada 2020 perkiraan penduduk lansia di Indonesia mencapai 28,8 juta atau 11,34 % dengan UHH sekitar 71,1 tahun (Amir, 2007).

Hasil Sensus Penduduk tahun 2010 menunjukkan bahwa Indonesia termasuk lima besar negara dengan jumlah penduduk lanjut usia terbanyak di dunia. Jumlah lansia yang ada di Indonesia yakni mencapai 18,1 juta jiwa pada 2010 atau 9,6 persen dari jumlah penduduk. Persebaran penduduk lansia menurut provinsi, persentase penduduk lansia di atas 10% sekaligus paling tinggi ada di Provinsi DI Yogyakarta (13,04%), Jawa Timur (10,40%) dan Jawa Tengah (10,34%). Secara global populasi lansia diprediksi akan mengalami peningkatan pada tahun 2020 (Amirta, 2007).

Peningkatan lansia ini juga tidak lepas dari masalah yang diderita. Lansia memerlukan perhatian khusus karena adanya siklus kehidupan manusia yang terus menerus mengalami proses penuaan secara biologis (Setyoadi & Kushariyadi, 2011). Kane dan Ouslander (2009), ada beberapa masalah yang terjadi pada lansia

yang salah satunya adalah gangguan tidur atau lebih dikenal dengan Insomnia.

Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering ditemukan. Setiap tahun diperkirakan sekitar 20-50% orang dewasa melaporkan adanya gangguan tidur dan sekitar 17% mengalami gangguan tidur yang serius. Prevalensi gangguan tidur pada lansia cukup tinggi sekitar 67%. Lansia dengan penyakit degeneratif sering melaporkan bahwa kualitas tidurnya kurang baik (Erliana, 2008).

Banyak usaha yang telah dilakukan untuk mencegah insomnia ini. Beberapa orang memilih pergi berkonsultasi ke dokter untuk menurunkan insomnianya. Lanjut Usia juga yang langsung meminum obat tidur tanpa berkonsultasi ke dokter dan tanpa memikirkan efek sampingnya. Hal lain yang sering dilakukan selain hal diatas adalah menghindari tidur siang agar pada malam hari lebih mudah tidur, tidak mengkonsumsi kafein dan nikotin, serta menghindari alkohol dan mematikan lampu saat tidur. Tindakan tersebut dirasa masih kurang efektif untuk mencegah terjadinya insomnia (Asmadi, 2008).

Berkenaan dengan hal diatas, penyembuhan terhadap insomnia sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup lansia. Terapi yang ditawarkan untuk mencegah terjadinya insomnia antara lain terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Teknik terapi yang mudah dan aman untuk dilakukan pada lansia adalah terapi nonfarmakologi. Terapi nonfarmakologi yang dapat dilakukan salah satunya adalah terapi rendam air hangat pada kaki atau sering disebut hidroterapi kaki (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

Hidroterapi kaki adalah bentuk dari terapi latihan yang menggunakan modalitas air hangat (Christina, 2012). Hidroterapi memiliki efek hidrostatik dan hidrodinamik. Terapi rendam air hangat pada kaki berguna untuk melebarkan pembuluh darah dan membuat peredaran darah menjadi lancar (Erliana, 2008). Hidroterapi kaki dapat memperbaiki mikrosirkulasi pembuluh darah dan vasodilatasi sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur pada lansia (Setyoadi & Kushariyadi, 2011).

Merendam kaki dalam air hangat yang bertemperatur 37-39°C akan menimbulkan efek sopartifik (efek ingin tidur) dan dapat mengatasi gangguan tidur (Guyton and Hall, 2006). Hasil penelitian yang pernah dilakukan di Panti Wredha di Kediri, kuantitas tidur lansia meningkat setelah dilakukan terapi rendam air hangat pada kaki yaitu yang awalnya kuantitas tidur lansia 4,88 jam perhari menjadi 6,20 jam perhari setelah dilakukan terapi rendam air hangat pada kaki (Kristyarini & Kristanti, 2012). Penelitian di desa Mojojejer, Jombang juga menunjukkan hasil yang signifikan terhadap peningkatan kuantitas tidur pada lansia setelah dilakukan terapi rendam air hangat pada kaki sebelum tidur (Khotimah, 2012).

Hasil studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan di Panti Werdha Muhammadiyah kota Probolinggo, di Panti Werdha tersebut lansia hidup mandiri dan bisa melakukan semua aktivitas harian secara normal. Lansia yang tinggal di Panti Werdha Muhammadiyah ada 20 orang, dan setiap lansia menempati sebuah kamar. Semua lansia di panti werdha tersebut diurus oleh sepasang suami istri. Peneliti melakukan *screening* insomnia terhadap lansia yang berada disana, dan hasilnya lansia di Panti Werdha tersebut mengalami masalah tidur atau biasa disebut insomnia. *Screening* yang dilakukan peneliti mendapatkan hasil sebesar 80% Lansia dari 13 orang Lansia yang dilakukan *screening* mengeluh mengalami gangguan tidur atau insomnia.

Lansia di Panti Werdha tersebut rata-rata sering terbangun di tengah malam dan susah untuk kembali melanjutkan tidur. Lansia juga banyak yang mengeluh tidak nyaman dengan kondisi seperti yang dialami sekarang ini.

Data banyaknya lansia yang mengalami insomnia dan masih sedikit intervensi yang diberikan kepada lansia yang mengalami insomnia, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “*Pengaruh Hidroterapi Kaki Terhadap Penurunan Skor Insomnia pada Lanjut Usia*” karena pada umumnya lansia yang mengalami insomnia belum diberikan intervensi yang tepat.

METODE

Desain penelitian dalam penelitian ini adalah *Pra-Eksperimental* dengan pendekatan *One Grup Pre Test - Post Test Design*. Sampel dalam penelitian ini adalah lansia berusia 60-90 tahun yang berada di Panti Werdha Muhammadiyah Kota Probolinggo yang mengalami insomnia. Sampel diambil dengan cara menghitung menggunakan rumus besar sampel Federer. Besar sampel yang didapatkan sebesar 16 responden. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner *Insomnia Rating Scale* dengan nilai uji validitas 0,89 dan nilai uji reabilitas 0,83. Uji variabel menggunakan Uji *Paired T-Test*.

HASIL

Berdasarkan data hasil penelitian tentang karakteristik responden diketahui bahwa lanjut usia yang mengalami insomnia 50% berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 8 orang, dan 50% berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 8 orang. Berdasarkan usia didapatkan bahwa responden yang berusia 60-70 tahun sebanyak 4 orang (25%), responden berusia 71-80 tahun sebanyak 9 orang (56%), dan responden berusia 81-90 tahun sebanyak 3 orang (19%). Rata-rata usia responden yaitu 75 tahun.

Tabel 1. Karakteristik Responden

No	Karakteristik	Jumlah	Prosentase
1	Jenis Kelamin		
	Laki-Laki	8 orang	50 %
	Perempuan	8 orang	50 %
	Total	16 orang	100 %
2	Usia		
	60-70 tahun	4 orang	25 %
	71-80 tahun	9 orang	56 %
	81-90 tahun	3 orang	19 %
	Total	16 orang	100 %

Tabel 2 menunjukkan dari hasil uji *Paired T-Test* didapatkan nilai signifikansi 0,000 dan untuk nilai α adalah 0,05, yang berarti terdapat pengaruh dari hidroterapi kaki terhadap penurunan skor insomnia pada lanjut usia.

Tabel 2. Hasil Analisa Pengaruh Hidroterapi Terhadap Insomnia Lansia

	Mean	Std. Deviasi	t	Sig.
Pre	27,43	3,50	15,65	0,00
Post	23,93	3,02		

PEMBAHASAN

Skor Insomnia Pada Lanjut Usia Sebelum Pemberian Hidroterapi Kaki

Hasil skoring insomnia sebelum dilakukan pemberian hidroterapi kaki didapatkan seperti yang ditampilkan pada tabel 5.1. Distribusi skor insomnia yang didapat dari hasil kuesioner pengukuran insomnia yang menggunakan kuesioner *Insomnia Rating Scale* yang telah dimodifikasi sesuai dengan kondisi lanjut usia di Indonesia oleh Kelompok Study Psikiatri Biologi Jakarta (KSPBJ) yaitu skor berkisar mulai yang terendah 22 hingga skor tertinggi 34. Menurut penggolongan *Insomnia Rating Scale* skor 20-27 termasuk dalam insomnia ringan,

dan skor 28-36 termasuk dalam insomnia (Kelompok Studi Psikiatri Biologi, 1985).

Hampir semua orang pernah mengalami kesulitan tidur atau yang sering disebut insomnia, namun lanjut usia lebih sering mengalami kesulitan tidur jika dibandingkan dengan usia-usia yang lebih muda. Insomnia lebih banyak terjadi pada lanjut usia dikarenakan faktor usia yang semakin menua. Lanjut usia menurut WHO diklasifikasikan mulai dari usia 60-74 tahun, dan Lanjut Usia Tua mulai dari usia 75-90 tahun. Usia yang semakin menua ini menyebabkan kondisi fisiologis tubuh juga ikut berubah. Insomnia pada lanjut usia ini disebabkan karena menurunnya produksi hormon melatonin, dimana hormon melatonin ini berfungsi sebagai hormon yang mengontrol siklus tidur, atau disebut hormon tidur. Sekresi hormon melatonin terutama terjadi pada malam hari. Apabila terpajan dengan cahaya terang, sekresi melatonin akan berkurang (Kemenkes RI, 2013).

Hasil dari penelitian yang dilakukan, responden penelitian rata-rata berusia 75 tahun. Pada usia 75 tahun ini tubuh sudah mengalami perubahan fisiologis dimana dari segi sekresi hormon, hormon melatonin atau yang mengontrol siklus siklus tidur ini mulai berkurang produksinya didalam tubuh. Pengurangan sekresi hormon melatonin ini pada responden ditunjukkan dengan adanya perubahan pada siklus tidurnya. Responden lansia ini mengalami gangguan tidur dibuktikan dengan hasil pengukuran insomnia dengan menggunakan *Insomnia Rating Scale* (Kelompok Studi Psikiatri Biologi, 1985).

Tinggi rendahnya tingkat insomnia pada lanjut usia terjadi karena adanya perbedaan faktor penyebab insomnia. Faktor yang dapat menyebabkan insomnia pada lanjut usia antara lain rasa nyeri, kecemasan, ketakutan, tekanan jiwa atau faktor psikologis, faktor lingkungan yang tidak bisa mendukung untuk tidur, dan perubahan pola tidur yang tidak teratur (Guyton & Hall, 2006).

Lanjut usia yang kurang tidur dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh, tubuh terasa lemah dan cepat lelah, dan tanda-tanda vital tidak stabil. Tubuh manusia normal membutuhkan waktu istirahat minimal 8 jam sehari untuk mengembalikan kebugaran tubuh. Tidur sangatlah penting untuk manusia sehingga keluhan insomnia pada lanjut usia perlu segera diatasi (Kane & Ouslander, 2009).

Skor Insomnia Pada Lanjut Usia Sesudah Pemberian Hidroterapi Kaki

Pengukuran skor insomnia kembali diukur menggunakan kuesioner *Insomnia Rating Scale*. Cara untuk mengatasi insomnia terdapat dua cara, antara lain dengan cara farmakologis dan cara nonfarmakologis. Salah satu langkah nonfarmakologis yang dapat menurunkan insomnia adalah dengan hidroterapi kaki. Hidroterapi kaki adalah bentuk dari terapi latihan yang menggunakan modalitas air hangat di dalam kolam. Dasar utama menggunakan air hangat untuk pengobatan dalam hidroterapi kaki ini adalah efek hidrostatis dan hidrodinamik. Efek hidrostatis adalah efek yang dihasilkan oleh daya dorong air ke atas sehingga dapat berguna untuk melatih tulang belakang dan sendi-sendi tulang. Efek hidrodinamik adalah variasi pergerakan dalam air yang berguna untuk menguatkan otot dan ligamen serta melancarkan peredaran darah dan sistem pernafasan (Guyton & Hall, 2006).

Penelitian hidroterapi kaki ini diberikan selama 10 menit selama 4 hari dan dilakukan 1 jam sebelum tidur. Sesuai dengan sebuah teori yaitu untuk mendapatkan hasil yang efektif dari terapi rendam air hangat pada kaki sebaiknya dilakukan sebelum tidur malam. Lakukan secara rutin selama 3 - 6 hari, maka akan memberikan relaksasi pada tubuh sehingga dapat mengatasi gangguan tidur (Christina, 2012).

Perbedaan Skor Insomnia Pada Lanjut Usia Sebelum Dan Sesudah Diberikan Hidroterapi Kaki

Hasil analisa data dengan uji statistik *Paired T-Test* menggunakan bantuan aplikasi SPSS didapatkan bahwa ada pengaruh hidroterapi kaki terhadap penurunan insomnia pada lansia. Hasil analisa data didapatkan hasil bahwa semua responden mengalami penurunan skor insomnia setelah diberikan hidroterapi kaki. Hasil analisa data tersebut juga sudah dapat dilihat bahwa ada penurunan skor insomnia antara sebelum dan sesudah diberikan hidroterapi kaki.

Hasil uji *Paired T-Test* juga didapatkan bahwa dengan tingkat kemaknaan 0,05 hasil signifikansi yang diperoleh sebesar 0,000. Hasil signifikansi $< 0,05$ maka hal ini menandakan bahwa hidroterapi kaki yang diberikan pada lanjut usia ini memiliki pengaruh terhadap penurunan insomnia. Karena signifikansi $< 0,05$ maka hipotesis diterima. Hasil penelitian ini disimpulkan bahwa ada pengaruh hidroterapi kaki terhadap penurunan insomnia pada lanjut usia.

Penurunan insomnia ini disebabkan karena hidroterapi kaki ini merupakan salah satu cara untuk mengatasi insomnia. Selain itu hidroterapi kaki yang dilakukan selama 10 menit dan dilakukan sebelum tidur ini cukup efektif untuk mengurangi gangguan tidur terutama gejala insomnia. Hidroterapi kaki ini berpengaruh terhadap peningkatan pemenuhan tidur secara kualitas maupun kuantitas karena hidroterapi kaki memberikan rangsangan pada kaki yang dapat menstimulasi diproduksinya hormon melatonin yang dapat memperbaiki kuantitas dan kualitas tidur pada lanjut usia (Setyoadi & Kushariyadi, 2011). Untuk mendapatkan hasil yang efektif, rendam air hangat pada kaki sebaiknya dilakukan sebelum tidur malam. Lakukan secara rutin selama 3 - 6 hari, maka akan memberikan relaksasi pada tubuh sehingga dapat mengatasi gangguan tidur (Khotimah, 2012).

Merendam kaki dalam air hangat yang bertemperatur 30-39 derajat celcius akan menimbulkan efek sopartifik atau efek ingin tidur dan dapat mengatasi gangguan tidur. Didaerah kaki secara fisiologis terdapat banyak saraf terutama di kulit yaitu *flexus venosus* dari rangkaian saraf ini stimulasi diteruskan ke *kornu posterior* kemudian dilanjutkan ke *medulla spinalis*, dari sini diteruskan ke *lamina I, II, III Radiks Dorsalis*, selanjutnya ke *ventro basal thalamus* dan masuk ke batang otak tepatnya di daerah *rafe* bagian bawah pons dan medulla, dari rangsangan inilah kelenjar *pineal* mensekresikan hormon melatonin yang dapat memperbaiki tidur (Guyton & Hall, 2006).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa hidroterapi sangat efektif dalam membantu lansia unruk mengatasi insomnia dan meningkatkan kualitas tidur pada usia lanjut.

SARAN

Berdasarkan hasil penelitian disarankan pada pansia yang tinggal di panti werdha perlu dilakukan pemberian hidroterapi secara rutin dalam rangka meningkatkan rasa nyaman dan mambantu meningkatkan kepulasan tidur.

KEPUSTAKAAN

- Amir, N. 2007. *Gangguan Tidur pada Lanjut Usia Diagnosis dan Penatalaksanaan*. Jakarta : Bagian Psikiatri FKUI. Hal. 196.
- Amirta, Y. 2007. *Sehat Murah dengan Air*. Purwokerto : Keluarga Dokter.
- Akmal, I. 2006. *Seri Menata Rumah Kamar Mandi*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama. Hal. 31.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar*

Klien. Jakarta : Salemba Medika. Hal. 134.

- Christina, LP. 2012. *Pengaruh Terapi Rendam Kaki Air Hangat Terhadap Perubahan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi*. (Abstract).
- Erliana, E, et al. 2008. *Perbedaan Tingkat Insomnia Lansia Sebelum dan Sesudah Latihan Relaksasi Otot Progresif (Progresif Muscle Relaxation) di BPSTW Ciparay Bandung*.
- Guyton and Hall. 2006. *Textbook of Medical Physiology Eleventh Edition*. Philadelphia : Elsevier Saunders.
- Kane, R. and Ouslander, J. et al. 2009. *Essentials of Clinical Geriatrics, Sixth Edition*. United States : The McGraw-Hill Companies, Inc. Hal. 19.
- Kelompok Studi Psikiatri Biologi Jakarta. 1985. *Insomnia Rating Scale*.
- Kemosos RI. 2007. *Penduduk Lanjut Usia Di Indonesia Dan Masalah Kesejahteraannya*. <https://www.kemosos.go.id/modules.php?name=News&file=print&sid=522>. Diakses tanggal 5 Juli 2016.
- Kemenkes RI. 2013. *Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan Semester 1. Jakarta.
- Khotimah, 2012. *Pengaruh Rendam Air Hangat pada Kaki dalam Meningkatkan Kualitas Tidur Lansia*.
- Kristyarini D, Kristanti EE. 2012. *Pengaruh Rendam Air Hangat pada Kaki Terhadap Kuantitas Tidur pada Lansia yang Mengalami Gangguan Tidur di Panti Wredha Santo Yoseph Kediri*.
- Setyoadi & Kushariyadi, 2011. *Terapi Modalitas Keperawatan pada Klien Psikogeriatrik*. Jakarta : Medika Salemba. Hal. 143

**IDENTIFIKASI MASALAH KESEHATAN PENDUDUK RUKUN WILAYAH 01
KELURAHAN ABEPANTAI ABEPURA KOTA JAYAPURA**

***(IDENTIFY HEALTH PROBLEM OF POPULATION RUKUN WILAYAH 01
SUB DISTRICT ABEPANTAI ABEPURA JAYAPURA CITY)***

Fransisca B. Batticaca^{1*}, Imma Wardhani²

^{1,2}Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Cenderawasih
Jl. Raya Sentani Abepura Jayapura Papua (99351)

*e-mail: sis_ppnu@yahoo.com

ABSTRAK

Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan penduduk di RW 01 Kelurahan Abepantai Abepura Kota Jayapura. Desain penelitian *descriptive cross sectional* melalui survey. Sampel sebanyak 54 kepala keluarga diukur menggunakan kuesioner yang diadopsi dari panduan praktik profesi stase keperawatan komunitas Ners Fakultas Kedokteran Universitas Cenderawasih untuk mengidentifikasi karakteristik penduduk; data karakteristik rumah, dan kebersihan lingkungan; air bersih dan jamban, penyakit yang pernah dialami dalam satu tahun terakhir, pelayanan kesehatan balita, dan pelayanan keluarga berencana. Dilaksanakan pada bulan Agustus 2014 sampai dengan Agustus 2015. Analisis statistik menggunakan program SPSS dengan computer. Dari 54 Kepala keluarga teridentifikasi penduduk sering terinfeksi penyakit Tuberkulosis 35%, Infeksi Saluran Pernafasan Akut 31,5%, Dermatitis, Malaria, and Rheumatoid 9.3%, DBD and Diarrhea 5.6%; tinggal di rumah semi permanent 20.4%, lantai tanah 27,8%, tidak ada ventilation 75.1%, lingkungan kotor 63 %, membuang sampah ke sungai 54.5%; sumber air dari mata air 100%; vector berbahaya nyamuk 38 %; toileting di WC umum 42,6%; buang limbah di sembarang tempat 51,5%, menimbang anak secara teratur 58,1%, memiliki KMS 51,25%, iminiasai lengkap 41,9%, mendapatkan MP-ASI 89,4%; tidak ikut KB 72.2%. Sumber informasi kesehatan dari puskesmas/Posyandu 46,3%; pelayanan kesehatan di RS 74,1%. Kemudian merumuskan masalah keperawatan menggunakan Nanda meliputi risiko tinggi infeksi saluran pernafasan akut, diare, ketidakefektifan penatalaksanaan kesehatan komunitas, ketidakefektifan penatalaksanaan kesehatan balita. Kesimpulan penelitian bahwa status kesehatan penduduk RW 01 Abepantai berada pada level rendah. Sarannya yaitu meningkatkan status kesehatan penduduk melalui akses pelayanan, membangun kembali lingkungan perumahan melalui kemitraan antara Dinas Kesehatan, Departemen Pekerjaan Umum, Pihak Swasta, dan Perguruan Tinggi .

Kata kunci: Abepantai, Masalah Kesehatan, Kelurahan, Penduduk

ABSTRACT

The aim of this study was to identify health problem of people Rukun Wilayah 01 Sub District Abepantai Abepura Jayapura city. Research design was descriptive cross sectional approach through survey. Population consisted of 54 household used questionnaire which adopted from professional nursing practice at community level Ners Faculty of Medicine University of Cenderawasih to identify people characteristics, household characteristics, and environment hygiene, clean water and latrine, the diseases that infected people in one year, under five years old of childrens' services, and family planning services. Research was conducted August 2014 to August 2015. Statistical analysis found most of people always infected Tuberculosis 35%, Acute Upper Tract Infection 31.5%, Dermatitis, Malaria, and Rheumatoid 9.3%,

DHV and Diarrhea 5.6%; live in semi permanent house 20.4%, land floor 27.8%, no has ventilation 75.1%, dirty environment 63 %, put rubbish on the river 54.5%; sours of water from spring 100%, danger vector mosquito 38 %; toileting at general water close 42,6%; put waste in any places 51.5%, weighted child regularly 58.1%, has identity healthy card 51.25%, completely immunization 41.9%, artificial breast feeding 89.4%, absent of family planning 72.2%. Source of information at public health center/integrated heath post 46.3%, health care services at the hospital 74.1%. Nursing problem of community RW 01 consisted of: High risk upper tract infections, diarrhea; Ineffective community health management; Ineffective health management of children under five years old. Health status of people at low level. Its needed to improve health status of people by access health services, rebuild houses environment through partnership between Health Department, General Worker Department, Private sector, and University institution.

Key word: Abepantai, Health problem, Pupulation, Subdistric

PENDAHULUAN

Kelurahan Abepantai merupakan wilayah kerja Puskesmas Abepantai, terletak di Kecamatan Abepura Kota Jayapura Povinsi Papua. Kelurahan Abepantai terbentuk berdasarkan Peraturan Daerah Kota Jayapura Nomor 9 Tahun 2006, merupakan pemekaran dari Kelurahan Asano. Pemerintah Kelurahan Abepantai mulai pada tanggal 06 Feruari 2007 yang dipimpin oleh John, A.Awi, S.Sos. Penduduknya merupakan bagian dari pelayanan kesehatan Puskesmas Abepantai termasuk Rw 01 RW 01 dimana 100% penduduknya merupakan etnis asli Papua yang berasal dari wilayah Memberamo Tengah. Selain itu Puskemas Abepantai juga melaksanakan program perawatan kesehatan masyarakat. Data tersebut menunjukkan bahwa RW 01 rentan dan risiko terhadap mengalami masalah kesehatan.

Perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) adalah pelayanan keperawatan professional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditujukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi. Dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal dilakukan melalui peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (peventif) disemua tingkat pencegahan (*level of prevention*) dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra kerja dalam perencanaan, pelaksanaan,

dan evevaluasi pelayanan keperawatan (Depkes, 2006).

Masalah kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dapat dideteksi melalui asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah suatu proses sistemik, rasional, menggunakan metode perencanaan dan pemberian asuhan perawatan individu. Tujuan asuhan keperawatan adalah untuk mengidentifikasi masalah atau kebutuhan kesehatan aktual atau potensial untuk mengidentifikasi kebutuhan klien. Klien mencakup individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Terdapat enam tahapan proses keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosis, identifikasi tujuan, perencanaan, dan evaluasi. Identifikasi dilaksanakan pada level pertama melalui pengkajian. Pengkajian adalah pengumpulan, pengorganisasian, validasi, dan dokumentasi data secara sistematis. Pada kenyataan pengkajian adalah suatu proses secara kontinyu dilaksanakan selama seluruh tahap proses keperawatan (Kozier & Erb's, 2012). Kuesioner yang digunakan mengumpulkan data terdiri dari kuesioner data karakteristik penduduk; data karakteristik rumah, dan kebersihan lingkungan; air bersih dan jamban, penyakit yang pernah dialami dalam satu tahun terakhir, pelayanan kesehatan balita, dan pelayanan keluarga berencana bersumber dari bukua panduan praktek profesi keperawatan komunitas Program Studi Ilmu keperawatan

Fakultas Kedokteran Uncen Universitas Cenderawasih (2014).

Pada tahun 2013 teridentifikasi 10 besar penyakit di wilayah Kota Jayapura yaitu ISPA sebagai peringkat pertama 75,179%, Penyakit Kulit, 19,61%, Penyakit Rongga Mulut 15,891%, Malaria, 15,541 Penyakit Sistem Otot dan Jaringan Pengikat, 14,375%, Gastritis 7,886%, Diare 7,165%, Hipertensi 4,483%, Kecelakaan/Ruda Pakasa, 4,436%, Penyakit lainnya, 37,003%. Disamping 10 penyakit tersebar tersebut juga teridentifikasi kasus lain seperti Kasus Diare pada Balita 23% mengalami penurunan dibandingkan tahun 2012 sebesar 42,3%. Disampaikan juga kasus lepra di 12 Puskesmas yang berada di Kota Jayapura 415 orang, 12 orang diantaranya di Puskesmas Abepantai; kasus HIV dilaporkan sebanyak 431 penderita dan AIDS sebanyak 3438 penderita. Sebagian besar kasus terjadi pada populasi umum. Sementara penderita Infeksi Menular Seksual (IMS) berjumlah 2584 kasus dan 100 % ditangani; Cakupan penemuan penderita TB Paru BTA (+) baru tahun 2013 adalah sebanyak 621 kasus, kasus ini meningkat dibanding tahun 2012 yaitu 437 kasus. Sementara BTA (+) yang diobati sebanyak 621 kasus. Untuk kasus TB Paru kambuh ditemukan sebanyak 44 kasus pada tahun 2013, kasus ini tetap dibanding tahun 2012 sebanyak 44 kasus juga. Adapun CDR TB Paru pada tahun 2013 ini adalah 104 % dengan SR 40% (sampai triwulan I tahun 2013); Penemuan kasus Pneumonia pada semua kelompok umur pada tahun 2013 sebanyak 185 pasien, dimana 50% diantaranya adalah balita. Penemuan kasus Pnemonia Balita di Puskesmas pada tahun 2013 sebanyak 101 pasien dan 100 % dapat ditangani. Sementara data dari Rumah sakit tidak didapat. Jika dibandingkan dengan tahun 2012 sebanyak 39 pasien, terjadi peningkatan kasus; DBD sebanyak 139 penderita tanpa kematian, terjadi peningkatan kasus dibanding tahun 2012 kasus DBD sebanyak 72 kasus dengan kematian 4 orang (Dinkes Kota Jayapura, 2013).

Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Abepantai bulan. Agustus 2014 teridentifikasi 10 penyakit utama , yaitu: Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) 40% lebih tinggi dari angka nasional 25%, papua 31,2%; diikuti oleh penyakit lain 19,5%; Mialgia 10,%, Diare 7,4% sedikit lebih tinggi dari prevalensi nasional 3,5% 6.2%, *Dermatitis* 4,7%, *conjunctivitis* 4.4%; Malaria tertiana 27%; Farisela 2. %; Caries 2,1% ; Malaria lebih tinggi dari angka nasional 1,9%, Papua: Insidensi 9,8% dan prevalensi 28,6 % (Risksdas, 2013). Sementara menurut petugas penduduk di RW 01 memiliki berbagai masalah kesehatan, diantaranya diare, malaria, dan ISPA, dan TBC, warga juga jarang berobat ke Puskesmas dan membawa anak ke posyandu karena jarang berada di rumah, tetapi lebih banyak waktunya digunakan berkebun. Hasil observasi Nampak rumah kumuh, beberapa anak Nampak pilek, tidak menggunakan sandal ketika sedang bermain., informasi lain didapatkan penduduk RW 01 cenderung mengkonsumsi minuman beralkohol. Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah diantaranya memperbaiki pemukiman penduduk melalui program kota tanpa kumuh (Kotaku), perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas), promosi kesehatan oleh petugas puskesmas, namun masih ditemukan masalah kesehatan masyarakat di wilayah RW 01. Sehingga perlu diterapkan asuhan keperawatan masyarakat di RW 01 Kelurahan Abepantai Abepura Kota Jayapura.

Berdasarkan hal tersebut dapat dirumuskan hipotesis penelitian bahwa ada masalah kesehatan penduduk RW 01 Kelurahan Abepantai Abepura Kota Jayapura. Tujuan penelitian mengidentifikasi masalah kesehatan penduduk RW 01 Kelurahan Abepantai Abepura Kota Jayapura mencakup karakteristik rumah dan kebersihan lingkungan, sarana air bersih dan jamban; penyakit yang sering dialami penduduk, sumber informasi dan tempat pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan balita, dan pelayanan keluarga berencana.

METODE

Desain penelitian descriptive *cross sectional* melalui survey. Sampalnya sebanyak 54 kepala keluarga menggunakan purposive sampling. Alat ukur yang menggunakan kuesioner yang diadopsi dari panduan parkatek profesi stase keperawatan komunitas Ners Fakultas Kedokteran Universitas Cenderawasih untuk mengetahui karakteristik penduduk; data karakteristik rumah, dan kebersihan lingkungan; air bersih dan jamban, penyakit yang pernah dialami dalam satu tahun terakhir, pelayanan kesehatan balita, dan pelayanan keluarga berencana. Pengumpulan data dilaksanakan setelah peneliti mendapat ijin dari Dinas Kesehatan Kota. Data yang dikumpulkan terdiri dari data sekunder tentang profil puskesmas dan data Jumlah kepala keluarga diperoleh dari ketua RW dan ketua rukun tetanga (RT) setempat. Penelitian ini menggunakan mahasiswa praktek Profesi sebagai pengumpul data sehingga sebelum dilakukan pengumpulan data dilakukan persamaan persepsi dengan melatih mahasiswa mengisi kuesioner sebelum melaksanakan penelitian dengan cara survey untuk mendapatkan data primer dimana setiap mahasiswa mendatangi rumah penduduk didampingi aparat setempat untuk mendapatkan data primer. Sedangkan data sekunder diperoleh dari data Profil Puskesmas Abepantai, Kelurahan Abepantai dan Ketua RA 01 Abepantai. Populasi seluruh rumah tangga 54 kepala keluarga (KK) di RW 01. Sampel adalah seluruh rumah tangga 54 dan anggotanya di RW 01.

Instrumen penelitian yang digunakan terdiri dari demografi keluarga berisi tentang karakteristik penduduk mencakup usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, etnis, pendapatan; karakteristik rumah dan kebersihan lingkungan, sarana air bersih dan jamban; penyakit yang sering dilami penduduk, sumber informasi dan tempat pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan balita, dan pelayanan keluarga berencana. Pengumpulan data dengan cara interview dan

observasi menggunakan kuesioner yang telah disiapkan. Seluruh data diperoleh berdasarkan laporan responden, dan observasi. Pengolahan data dengan cara univariate menggunakan program SPSS dengan computer.

Untuk melindungi hak asasi manusia, penelitian ini mendapatkan ijin dari Dinas Kesehatan Kota Jayapura. Kepala Puskesmas, Kepala Kelurahan, Ketua RW 01 serta tokoh agama bersama diberi informasi penjelasan mengenai tujuan serta prosedur, dan manfaat penelitian. Keluarga yang berpartisipasi pada penelitian ini menandatangani surat persetujuan (*Inform consent*). Bila ditemukan ada anggota keluarga yang mengalami masalah gangguan kesehatan dirujuk ke Puskesmas atas persetujuan ketua aparat setempat.

HASIL

Karakteristik Penduduk

Table 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Penduduk

Karakteristik	n	%
Usia dalam tahun		
0-5	19	8,2
6-12	35	15
13-18	24	10,3
19-35	44	18,9
36-54	83	35,6
> 55	28	12
Jenis Kelamin		
Laki-laki	117	50,2
Perempuan	116	49,8
Etnis		
Papua	233	100
Agama		
Cristian Protestant	233	100
Pekerjaan		
Tani	92	67,2
Tidak bekerja	26	19,0
PNS	18	13,1
Swasta	1	0,7
TNI/Polri	0	0
Pendidikan		
Tidak sekolah	63	31,8

Taman-kanak-kanak	3	1,5
Sekolah Dasar	59	29,8
SMP	14	7,1
SMA	48	24,2
Ademik/Diploma	11	5,6
Pendapatan (Rp)		
< 500.000	37	68,6
500.000 – 1.000.000	13	24,0
> 1.000.000	4	7,4

Tabel 1 menunjukkan mayoritas penduduk RW 01 Kelurahan Abepantai berada pada rentang usia produktif. Untuk kelompok usia 26–50 tahun 35,6%, laki-laki 50,2%, petani 67,2%, tidak sekolah 31,8%, Etnis Papua: Mambramo Tengah 100%, Kristen Protestan 100%, penghasilan perbulan Rp.< 500.000 68,6% dari total penduduk 233 jiwa.

Karakteristik Rumah, dan Kebersihan Lingkungan

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Rumah

Karakteristik	n	%
Kepemilikan Rumah		
Milik Pribadi	54	100
Tipe Rumah		
Non Permanen	26	48,1
Permanen	11	20,4
Semi Permanen	17	31,4
Jenis Lantai		
Papan	33	61,1
Plester	6	11,1
Tanah	15	27,8
Ventilasi Rumah		
Ada	13	61,1
Tidak Ada	41	75,9

Tabel 2,3 menunjukkan 100% penduduk memiliki rumah pribadi, 48,1% memiliki tipe rumah non permanen, jenis lantai papan 61,1%, tanah 27,8%, berventilasi 75,9%.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kebersihan Lingkungan

Karakteristik	n	%
Kebersihan Lingkungan		
Bersih	20	37,0
Tidak Bersih	34	63,0
Tempat Pembuangan Sampah		
Ditimbun dalam tanah	10	20
Dikumpul dan dibakar	14	25,5
Disungai	30	54,5
Vektor Yang Membahayakan		
Lalat	39	25
Nyamuk	36	38
Anjing	22	14
Kecoa	23	23

Tabel 3 menunjukkan mayoritas penduduk lingkungan tidak bersih, 63%, membuangan sampah 54,5% di sungai Vektor yang membahayakan kesehatan terbanyak nyamuk 38%, lalat 25%, kecoa, 23%, dan anjing 14% dari total kepala keluarga 54.

Sarana Air Bersih dan Jamban

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Keadaan Air Bersih

Karakteristik	n	%
Sumber Air Minum		
Mata Air	54	100
Pengelolaan Air Minum		
Dimasak	54	100
Tempat Penyimpanan Air		
Terbuka	26	48,2
Tertutup	28	51,8
Keadaan Fisik Air		
Jernih	54	100

Tabel 4 menunjukkan 100% Air minum bersumber dari mata air, 100% dimasak

tempat penyimpanan air tertutup 100%, keadaan fisik air yang jernih sebanyak 100%.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Sarana Jamban

Karakteristik	n	%
Tempat Pembuangan		
Air Besar		
Di Sungai	7	14,5
Diselokan	4	7,3
Di WC	43	78,2
Kepemilikan Jamban		
WC Umum	23	42,6
WC Pribadi	20	37,1
Tidak punya	11	20,4
Pembuangan Air		
Limbah		
Selokan	14	25,9
Sembarang tempat	28	51,9
Sungai	12	22,2

78,2% menggunakan WC, 14,5% di sungai, dan 7,3% parit., 42,6% jamban umum, 37,1% tidak memiliki jamban, 20,4% memiliki jamban, Pembuangan air limbah 51,9% di sembarang tempat, 22,2% di sungai, dan 25,9% parit dari total kepala keluarga 54.

Penyakit Yang Sering Dialami Penduduk

Tabel 6. Penyakit Yang Sering Dialami Penduduk

Kategori	n	%
DBD	3	5,6
Diare	3	5,6
Dermatitis	6	9,3
ISPA	17	31,5
Malaria	5	9,3
Rheumatik	2	3,7
TB Paru	19	35,0

Tabel 6 menunjukkan penyakit yang sering dialami penduduk dalam 1 tahun terakhir (2013-2014) yaitu Tuberkulosis (TB) Paru 35,0%, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)

31,5%, Dermatitis seimbang dengan Malaria 9,3%, Demam Berdarah Dengue (DBD) seimbang dengan Diare 5,6%, Reumatik 9,3% dari total penduduk 233 jiwa.

Sumber Informasi dan Tempat Pelayanan Kesehatan

Tabel 7. Sumber Informasi, dan Tempat Pemeriksaan Kesehatan

Karakteristik	n	%
Sumber Informasi Kesehatan		
Penyuluhan	25	46,3
PKM/Posyandu		
Radio	14	25,9
TV	15	27,8
Tempat Pemeriksaan Kesehatan		
RS	40	74,1%
Puskesmas	8	14,8%
Tidak memeriksakan	6	11,1%

Tabel 7 menunjukkan distribusi frekuensi penduduk memperoleh informasi kesehatan bersumber dari Puskesmas/Posyandu 46,3%, Rumah Sakit 74,1%. Pemeriksaan kesehatan menggunakan Rumah Sakit 74,1% lebih tinggi dari Puskesmas 14,8%, Tidak memeriksakan kesehatan ketika sakit 11,1% dari total keluarga 54..

Pelayanan Kesehatan Balita

Tabel 8. Pelayanan Kesehatan Balita Setiap Bulan

Karakteristik	n	%
Penimbangan Bayi/Balita Setiap Bulan		
Ya	25	58,1
Tidak	18	41,9
Kepemilikan KMS		
Ada	22	51,2
Tidak Ada	21	48,8
Imunisasi Dasar		
Lengkap	18	41,9
Belum Lengkap	8	18,6
Tidak Lengkap	17	39,5
Pemberian Makanan		

Tambahan		
Ya	38	89,4
Tidak	5	11,6

Tabel 8. menunjukkan balita yang ditimbang setiap bulan 58,1%, memiliki kartu menuju sehat (KMS) hanya 51,2%, mendapatkan imunisasi dasar baru 41,9%, pemberian makanan tambahan 89,4% balita

Tabel 9. Penyakit Yang Sering dialami Balita

Karakteristik	n	%
Demam	10	23,3
Diare	8	18,6
ISPA	18	41,9
Penyakit kulit	3	7,0
TB Paru	4	9,3

Tabel 9. menunjukkan penyakit yang sering dialami balita tertinggi ISPA 41,9%, demam 23,3%, diare 18,6%, TBC 9,3%, dan penyakit kulit 7,0% dari total balita 43 jiwa

Pelayanan Keluarga Berencana

Tabel 10. Pelayanan Keluarga Berencana

Karakteristik	n	%
Pasangan Usia Subur Yang Menggunakan Aseptor KB		
Ya	16	29,8
Tidak	38	70,2
Jenis Penggunaan Aseptor KB		
Implant	1	1,9
Kalender	1	1,9
Pil	1	1,9
Suntik	13	24,1
Tidak menggunakan	38	70,2

Tabel 10 menunjukkan distribusi frekuensi pasangan usia subur yang tidak menggunakan akseptor KB 70,2% jauh lebih tinggi dari yang menggunakan KB 29,8%. Jenis kontrasepsi terbanyak menggunakan kontrasepsi

suntik 24,1%, implant, pil dan kalender seimbang 1,9%. Dari total kepala keluarga 54.

PEMBAHASAN

Karakteristik penduduk

Tabel 1 menunjukkan mayoritas masyarakat berada pada rentang dewasa, dan perempuan, pekerjaan petani, tidak sekolah, dan Etnis Papua, agama Kristen Protestan, dan penghasilan perbulan Rp.< 500.000. Keadaan ini merupakan faktor yang mempengaruhi kesehatan penduduk di RW 01 kelurahan Abepantai. Faktor kunci yang mempengaruhi kesehatan, yaitu keadaan individu: genetik, jenis kelamin, dan umur; status sosial ekonomi, pendidikan; jender (Public Health Agency of Canada, 2010 dalam Skolnic, 2012).

Genetik menandai suatu penyakit tertentu, misalnya penyakit Huntington yang merupakan gangguan system saraf, cancer payudara. Jenis kelamin mempunyai hubungan dengan penyakit tertentu, misalnya wanita berisiko terhadap melahirkan, cancer serviks, dan tyroid. Usia memiliki hubungan dengan kesehatan, anak-anak di negara berkembang sering meninggal akibat diare, sementara lansia meninggal karena penyakit jantung.

Isu sosial dan budaya juga berperan penting dalam menentukan kesehatan. Status sosial penting dalam menentukan kesehatan. Orang dengan status sosial tinggi lebih sering memeriksakan kesehatan dibandingkan orang berstatus sosial ekonomi lemah, orang berstatus sosial tinggi juga memiliki pendapatan dan pendidikan tinggi, kesemua itu memiliki hubungan yang kuat dengan kesehatan yang baik. Budaya juga memiliki hubungan yang kuat dengan kesehatan. Budaya membantu menentukan bagaimana seseorang merasakan sehat dan sakit, bagaimana cara menggunakan pelayanan kesehatan, dan praktek kesehatan dimana mereka berada.

Pendidikan merupakan faktor kuat berhubungan dengan kesehatan karena berbagai alasan. Pertama menjembatani pengetahuan terhadap praktek kesehatan. Kedua, memberi

kesempatan memperoleh keterampilan, dan pekerjaan terbaik, meningkatkan pendapatan seseorang, dan meningkatkan status sosial. Ada hubungan yang kuat antara level pendidikan dengan seluruh indikator kesehatan. Orang yang berpendidikan baik akan makan baik, sedikit merokok, sedikit gemuk, memiliki sedikit anak, dan melakukan perawatan kesehatan anak dengan baik dibandingkan orang yang berpendidikan kurang. Oleh sebab itu anak mereka berusia panjang dan hidup dengan sehat daripada yang dilakukan oleh orang yang berpendidikan rendah (Skolnic, 2012).

Program Indonesia Sehat yaitu meningkatkannya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Juga sasaran program rencana pembangunan jangka menengah (RPJPM) 2015/2019, yaitu: (1) meningkatkan kesehatan dan gizi ibu dan anak; meningkatkannya pengendalian penyakit; (2) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (3) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan sistem jaminan kesehatan nasional (SJKN) kesehatan; terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat, dan vaksin; serta meningkatnya responsibilitas sistem kesehatan. Khusus untuk etnis papua pemerintah Provinsi Papua juga telah menetapkan kebijakan tentang jaminan kesehatan khusus bagi orang asli Papua (Jamkespa).

Karakteristik Rumah, dan Kebersihan Lingkungan

Tabel 2,3 menunjukkan risiko tinggi kejadian penyakit ISPA, malaria, Diare, dan DBD, dan kulit. Hal ini ditunjukkan dengan kondisi lingkungan dan tempat tinggal penduduk belum sesuai dengan rumah sehat. Syarat rumah sehat yaitu (1) tidak terbuat dari bahan yang berbahaya, (2) tidak ada genangan

air, (3) kamar tidur tidak gelap di siang hari, (4) dapur bersih dan bebas tikus, (5) berventilasi, (6) televisi berada di ruangan yang cukup cahaya, (7) memiliki tempat penyimpanan makanan yang bersih, (8) kamar mandi kedap air, (9) langit-langit bersih dan aman, (10) cukup air (Swastantika, 2017). Kondisi rumah penduduk di RW 01 belum sesuai dengan 10 syarat rumah sehat. Ukuran rumah yang kecil sekitar 2,5 meter x 3 meter, ada rumah beralaskan karpet yang langsung diletakkan diatas tanah tanpa diplester, dan tanpa kayu atau papan, ventilasi dan pencahayaan yang kurang memadai, didukung dengan rumah tidak memiliki plapon sangat tidak layak dihuni bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga lebih dari 3 orang, memasak dalam rumah menggunakan tungku kayu. Kondisi rumah yang tidak layak huni disebabkan oleh masalah kepemilikan tanah (hak ulayat) dimana 100% penduduk di RW 01 merupakan pendatang dari kabupaten Mamberamo. Mereka sulit memiliki tanah karena tidak mendapatkan izin dari pemilik tanah adat setempat untuk mendirikan rumah yang layak huni. Oleh sebab itu perlu kebijakan pemerintah agar ada kesepakatan bagi pemilik tanah adat (Ondoafi) untuk pembebasan lahan sehingga masyarakat di RW 01 dapat menempati rumah yang sesuai standar kesehatan.

Kebersihan lingkungan masyarakat RW 01 Kelurahan Abepantai dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu perilaku masyarakat yang membuang sampah sembarangan, tidak tersedianya sarana kebersihan dan saluran air limbah yang memadai, serta daya beli masyarakat rendah akibat penghasilan yang rendah, dan waktu untuk menata lingkungan terbatas, sebab sebagian waktu berada di kebun dimana warga mulai berangkat ke kebun sekitar jam 5.00 pagi dan kembali ke rumah pada pukul 14.00 dan langsung menjual hasil kebunnya ke pasar. Mereka akan berada dirumah berkumpul dengan anggota keluarga sekitar jam 19.00. Bagi mereka yang belum memetik hasil kebun akan berada di kebun sejak jam 5.00 pagi

hingga jam 17.00. Untuk mendukung kebersihan lingkungan diperlukan kebijakan dan peraturan pemerintah serta dukungan segenap komponen masyarakat untuk menata kebersihan lingkungan sebagai salah satu cara menurunkan angka kejadian penyakit seperti diare, malaria, dan tuberculosis.

Lingkungan fisik: air, sanitasi, polusi udara; serta kebijakan pemerintah dan intervensi merupakan faktor yang mempengaruhi kesehatan (*Public Health Agency of Canada*, 2010 dalam Skolnic, 2012). Baik lingkungan dalam gedung maupun luar gedung kuat mempengaruhi kesehatan. Polusi didalam dan diluar gedung berpengaruh terhadap kesehatan. Di beberapa Negara berkembang wanita memasak dalam rumah yang dipenuhi dengan asap memicu terjadinya penyakit sistem pernafasan dan asma. Sanitasi merupakan suatu masalah utama yang berkontribusi terhadap kesehatan buruk negara. Juga, beberapa orang bekerja di lingkungan yang sangat tidak sehat. Karena mereka tidak terampil, status sosial rendah, dan kesempatan, mereka bekerja dengan zat kimia berbahaya, atau pulusi udara, tanpa perlindungan yang memadai atau berbagai peristiwa paparan terhadap kecelakaan kerja (Skolnic, 2012).

Rumah yang padat dengan penghuni, konstruktinya kurang baik, kotor, penuh dengan serangga, terpapar asap rokok, kondisinya buruk berisiko terhadap penyakit infeksi, cedera, penyenyakit system cardiovasculadan gangguan system pernafasan, kanker, alergi, sakit kepala dan gangguan kesehatan mental, serta risiko kebakaran (The U.S. *Departmenet of Human Servives*, 2000., *Environment Protection Agency*, dalam Nies., & McEwen, 2007). Kesemuanya ini merupakan masalah kesehatan lingkungan. Kesehatan lingkungan adalah semua aspek dari kesehatan manusia, penyakit, dan cedera yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Semua aspek ini mencakup penelitian dari dampak lansung patologi dari agen kimia, pisika, dan biologi dan berdampak terhadap kesehatan secara luas dari fisik,

lingkungan social yang mencakup rumah, pengembengan kota, penggunaan lahan, transportasi, industry, dan pertanian (The U.S Department oh Human Services, 2000 dalam Nies., & McEwen, 2007).

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Lingkungan menegaskan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Lingkungan sehat mencakup lingkungan pemukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum, harus bebas dari unsur-unsur yang menimbulkan gangguan diantaranya limbah (cair, padat, dan gas), sampah yang tidak diproses sesuai dengan persyaratan, vektor penyakit, zat kimia berbahaya, kebisingan yang melebihi ambang batas, radiasi, air, yang tercemar, udara yang tercemar dan makanan yang terkontaminasi (Kemekes RI, 2009).

Sarana Air Bersih dan Jamban

Tabel 4 dan 5 menunjukkan 100% penduduk menggunakan air bersih untuk keperluan memasak, mencuci dan mandi bersumber dari mata air. Hasil penelitian ini bertentang dengan hasil Riskesdas bahwa jenis sumber air untuk seluruh kebutuhan rumah tangga di Indonesia pada umumnya adalah sumur gali terlindung 29,2%, sumur pompa 24,1%, dan air ledeng/PDAM 19,7% (Riskesdas 2013 dalam Angka). Di perkotaan, lebih banyak rumah tangga yang menggunakan air dari sumur bor/pompa 32,9% dan air ledeng/PDAM(28,6%, sedangkan di perdesaan lebih banyak yang menggunakan sumur gali terlindung 32,7%. (Riskesdas 2013).

Sementara penggunaan jamban masih ada di sungai, dan parit karena tidak memiliki jamban. Demikian juga pembuangan air limbah belum tertata dengan rapi sesuai satandar, sebagian besar penduduk membuang di sembarang tempat, yang lain di sungai dan parit.

Sumber air bersih yang digunakan oleh penduduk RW 01 berasal dari mata air pegunungan, namun belum dikelolah dengan baik. Masyarakat di RW 01 semuanya (10%) memanfaatkannya sebagai sumber air minum, diamping menggunakan air minum dari air gallon atau mineral yang dibeli di Toko atau warung setempat Oleh sebab itu perlu dikelola oleh perusahaan air mimun daerah (PDAM), koperasi, atau masyarakat agar dapat terjamin kualitasnya. Sesuai dengan standar.

Air dibutuhkan untuk seluruh kehidupan. 75% tubuh manusia terdiri dari air Air digunakan untuk memasak. (Stanhope & Lancaster, 2004). Ketersediaan sumber air bersih memberikan manfaat bagi masyarakat dalam menata kebersihan lingkungan dan rumah tempat tinggal. Air dan sanitasi merupakan salah faktor yang berhubungan dengan masalah kesehatan (*Public Health Agency of Canada*, 2010 dalam Skolnic, 2012). Kekurangan air minum yang aman merupakan suatu masalah utama yang berkontribusi terhadap kesehatan buruk Negara (Skonic, 2010). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010 tentang Persyarakatan Kualitas Air Mimun, dijelaskan bahwa air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Air minum aman bagi kesehatan apabila memenuhi persyaratan fisika, mikrobiologi, kimiawi dan radiaktif yang dimuat dalam parameter wajib dan parameter tambahan. Secara fisik air minum yang sehat adalah tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna, serta memiliki total zat padat terlarut dan suhu sesuai ambang batas. Secara mikrobiologis air minum yang sehat harus terbebas dari *E.coli* dan total bakteri koliform. Secara kimiawi zat kimia yang terkandung dalam air minum besi, almunium, klor, arsen, dan lain-lain harus dibawah ambang batas yang ditentukan. Secara radioaktif, kadar *gross alpha activity* tidak boleh melebihi 0,1 per liter (Bq/l) dan kadar *gross beta activity* tidak boleh melebihi 1 Bq/l (Setyoningsih, 2010). Oleh

sebab itu disarankan kepada puskesmas untuk melakukan pemeriksaan air yang bersumber dari mata air dan digunakan masyarakat sebagai kebutuhan sehari-hari.

Masih adanya masyarakat yang tidak menggunakan jamban kerena faktor kemiskinan, dan penggunaan lahan yang terbatas karena masalah kepemilikan lahan oleh pemangku adat dimana tidak semua orang dapat memiliki lahan baik dengan cara diperjualbelikan sehingga ada masyarakat yang hanya boleh tinggal diatas tanah dengan ukuran 3x 4 meter. Oleh sebab itu perlu ada kebijakan dan kesepakatan aanatara pemangku kebijakan, pemangku adat untuk membelikn tempat tinggal yang layak bagi penduduk di Rw 01. Masyarakat juga perlu diberdayakan dalam pengelolaan sumber air bersih secara maksimal. Perlu kebijakan dan perturan pemerintah setempat berkerjasama dengan pimpinan Puskesmas Abepanatai mewajibkan bagi semua penduduk menggunakan jamban untuk toileting. Buang air besar disembarang tempat berisiko terhadap kajadian diare (*Public Health Agency of Canada*, 2010 dalam Skolnic, 2012).

Beberapa penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara kepemilikan jamban dan ketersediaan sarana air bersih dengan kejadian diare. Rachmawati (2012) melaporkan sekitar 66,7% balita mengalami diare yang tidak memiliki jamban lebih tinggi dari yang memiliki jamban 11,3%; yang memiliki jamban tidak diare 88,9% lebih tinggi daripada yang tidak memiliki jamban 33,4%; Ada hubungan signifikan antara kepemilikan jamban dengan kejadian diare ($p=0,000$; $\alpha < 0,05$). Fajriani (2016) melaporkan 40% balita tidak mengalami diare dengan adanya ketersediaan air bersih, sedangkan yang tidak tersedia sarana air bersih 85,7% balita mengalami diare; Ada hubungan signifikan antara ketersediaan sarana air bersih dengan kejadian diare ($p=0,000$; $\alpha < 0,05$). Perlu dilakukan promosi kesehatan secara terus menerus untuk meningkatkan perubahan perilaku masyarakat, bisa melalui media massa,

social marketing, pendidikan kesehatan, dan bantuan biaya Menurut (Skolnik, 2010) media massa, sering digunakan untuk mempromosikan perubahan perilaku. Pada kebanyakan orang di Negara dengan ekonomi rendah mengakses promosi perubahan kesehatan melalui radio. Disamping social marketing, pendidikan kesehatan, bantuan biaya.

Penyakit Yang Sering Dialami Penduduk Dalam Satu Tahun Terakhir

Tabel 6 menunjukkan ketidakefektifan pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini ditunjukkan dengan adanya penyakit yang sering dialami penduduk dalam 1 tahun terakhir (2013-2014) yaitu Tuberkulosis (TB) Paru 35,0% separuh dari perkiraan insidensi nasional kasus hilang 68% antara tahun 2010 dan 2014 (Kemenkes, 2006); Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), Dermatitis. Malaria, Demam Berdarah Dengue (DBD), Diare; dan Reumatik.

Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit *plasmodium* yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia, ditularkan oleh nyamuk malaria (*Anopheles*) betina, dapat menyerang semua orang baik laki-laki ataupun perempuan pada semua golongan umur dari bayi, anak-anak, dan orang dewasa. Kasus malaria yang ditemukan pada penduduk RW 01 Kelurahan Abepantai 9,3% lebih rendah dari angka Papua tahun 2015 sebesar 31,93% (Kemenkes, 2016). Namun kejadian malaria perlu mendapat perhatian serius sebab masih merupakan salah satu penyebab kematian di Papua. Malaria disebabkan karena kondisi lingkungan perumahan dimana rumah tidak tertutup rapat, seperti tidak ada penutup jendela, ada celah antara dinding dan lantai rumah, tidak menggunakan plafon, kurang cahaya, lembab, dan pakaian bergelantungan.

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang tergolong *Artroda-Borne Virus*, genus *Flavivirus*, dan family *Plaviridea*. DBD ditularkan melalui gigitan nyamuk dari genus *Aedes*,

terutama *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Penyakit DBD dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur. Penyakit ini berkembang dengan kondisi lingkungan dan perilaku masyarakat. Kejadian DBD di RW 01 sebesar 5,6% . Angka ini lebih rendah dari angka Papua 20,54% dan Nasional 84,74% tahun 2014 dan 86,77% tahun 2015 (Kemkes, 2016).

Penyakit diare menurut (Kemenkes, RI, 2016) merupakan penyakit endemis di Indonesia dan merupakan penyakit potensial kejadian luar biasa (KLB) yang sering disertai dengan kematian. Pada tahun 2015 terjadi 18 kali KLB Diare yang tersebar di 11 provinsi, 18 kabupaten/kota dengan jumlah penderita 1.213 orang dan kematian 30 orang (CFR 2,47%). Kejadian diare di RW 01 sebesar 5,6%. Angka ini lebih rendah dari angka Papua 166,6% dan nasional 74,4%. Kejadian diare akibat perilaku masyarakat jamban di kali, selokan, karena belum memiliki jamban serta terbatasnya kepemilikan lahan akibat kepemilikan adat (hak ulayat).

Dermatitis adalah peradangan kulit epidermo-dermitis dengan gejala subyektif pruritis. Objektif tampak inflamasi eritema, vesikulasi, eksudasi, dan pembentukan sisik. Tanda-tanda tersebut tidak selalu timbul pada saat yang sama. Penyakit bertendensi residif dan menjadi kronik (Djunda, 1993). Adanya kejadian dermatitis pada penduduk RW 01 diduga karena kurang kebersihan, namun perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang penyebabnya. Berdasarkan pengamatan dilapangan beberapa keluarga yang ditemukan ketika survey pakaian nampak kotor, sementara anak-anak mandi di saluran air saat hujan.

Reumatik atau Artritis merupakan penyakit yang menyerang persendian dan struktur disekitarnya . Jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan anggota tubuh berfungsi tidak normal, mulai dari benjol-benjol, sendi kaku, sulit berjalan, bahkan kecacatan seumur hidup (Olwin, 2009). Jumlah kasus Reumatik di RW 01 sebanyak 3,7% . Angka ini lebih rendah

dibandingkan angka Papua 28,8% dan nasional 32,7% tahun 2007 (Olwin, 2009). Kejadian reumatik diduga ada hubungannya dengan faktor usia dan pekerjaan, dimana semua pasien reumatik telah berusia diatas 50 tahun dan bekerja sebagai nelayan. Bagi penduduk RW 01 Kelurahan Abepantai. Namun untuk mengetahui penyebab pasti keadian reumatik pada penduduk RW 01 perlu dilakukan penelitian tentang faktor risiko kejadian reumatik Walaupun angka reumatik di RW 01 rendah namun perlu dilakukan penanganan sedini mungkin untuk mencegah kecacatan dikemudian hari.

Tingginya masalah kesehatan menunjukkan status kesehatan masyarakat di RW 01 Kelurahan Abepantai masih rendah. Status kesehatan merupakan istilah umum yang merujuk pada kesehatan (baik atau buruk) dari seseorang, kelompok atau populasi dalam suatu area khusus, khususnya bila dibandingkan dengan data nasional (*Segen's Medical Dictionary*, 2012).

Pencapaian indikator sehat bagi penduduk di RW 01 Kelurahan Abepantai belum sesuai harapan. Sehat bagi penduduk 2010 menetapkan 10 indikator sehat dan penyakit, yaitu perilaku individu (misalnya aktivitas fisik, kelebihan berat badan dan kegemukan, pemakaian tembakau, penggunaan alcohol, perilaku seksual); faktor lingkungan sosial dan fisik (misalnya kualitas lingkungan, cedera, dan kekerasan); dan sistem kesehatan (misalnya akses terhadap pelayanan kesehatan); kesehatan mental, imunisasi. Setiap indikator ini berhubungan dengan penyebab kesakitan dan kematian. Misalnya pemakaian tembakau berhubungan dengan penyakit jantung, strok, dan kanker; penyalahgunaan obat berhubungan dengan kecelakaan, cedera, dan kekerasan; perilaku seksual bebas berhubungan dengan penyakit menular seksual mencakup HIV/AIDS; dan kurang jangkauan pelayanan kesehatan berkontribusi terhadap hasil kehamilan yang buruk, penyakit tidak diobati, dan kecacatan (Nies; & Mc.Ewen, 2007).

Belum tercapainya indikator sehat bagi penduduk di RW 01 Abepantai karena berbagai faktor risiko. Faktor risiko adalah suatu keadaan atau perilaku yang dihubungkan dengan peningkatan frekuensi penyakit tetapi bukan sebagai penyebab (Whitney & Rolfes, 2011), mencakup faktor paparan spesifik seperti: merokok, stress berat, suara yang terlalu keras, atau lingkungan kimia (Nies & McEwen, 2007). Menurut (Edeleman & Mandle, 2011; Stanhope dan Lancaster, 2004), faktor risiko kesehatan keluarga yaitu: gaya hidup, biologi, lingkungan, sosial psikologi, budaya, dan spriritual; dan 5) sistem pelayanan kesehatan. Nies dan McEwen (2007) menjelaskan bahwa faktor risiko meliputi karakteristik individu seperti: umur, jenis kelamin, atau genetik, dan gaya hidup.

Faktor risiko yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat (penyakit, angka kesakitan dan kematian) yaitu: demografi, psikologi, psikososial, dan lingkungan, misalnya umur, gender, ras, letak geografis, pola konsumsi, kurangnya pelayanan kesehatan (Edelman., & Mandle, 2010). Faktor risiko kejadian TBC dan ISPA, malaria, diare, DBD, dan penyakit kulit pada penduduk RW 01 yaitu perilaku penduduk merokok dalam rumah, konsumsi minuman beralkohol, konstruksi rumah dimana pencahayaan kurang, ventilasi, tidak menggunakan plafond, memasak menggunakan tungku kayu dalam rumah, tidak tersedia saluran air limbah rumah tangga yang memadai, perilaku pencarian kesehatan dimana apabila ada anggota keluarga yang TBC dan ISPA enggan berobat ke Puskesmas, dan bila ada yang berobat tidak tuntas (putus minum obat TBC). perilaku masyarakat buang besar di sungai dan parit, membuang sampah ke sungai dan disembenrang tempat, keterbatasan kepemilikan jamban, serta vector yang membahayakan kesehatan seperti nyamuk dan hewan peliharaan lainnya, akses terhadap informasi kesehatan.

Untuk mencegah faktor risiko diperlukan dukungan dan peran serta masyarakat. Peran

tokoh masyarakat dan tokoh agama sangat penting dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat. Sehingga dapat dijadikan mitra dalam pengambilan kebijakan pembangunan kesehatan. Adanya kerjasama dari segenap komponen yang ada di masyarakat RW 01 berpeluang dilakukan pemberdayaan masyarakat melalui kerjasama berbagai lintas program dan sektor. Namun, pelayanan kunjungan ke rumah perlu lebih ditingkatkan dalam rangka pelaksanaan perkesmas sesuai Keputusan Menkes RI No: 27/Menkes/SK/IV/2006 Tgl 21 April 2006 tentang perkesmas. Disamping, perlu proaktif dari petugas Puskesmas untuk melakukan kunjungan rumah kunjungan rumah.

Sumber Informasi dan Tempat Pelayanan Kesehatan

Tabel 7 menunjukkan mayoritas penduduk memperoleh informasi kesehatan bersumber dari Rumah Sakit lebih tinggi dari Puskesmas/Posyandu. Pelayanan kesehatan menggunakan Rumah Sakit, lebih tinggi dari Puskesmas. Masih ada yang tidak melakukan pelayanan kesehatan ketika sakit. Tingginya informasi masyarakat memperoleh informasi dan mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit disebabkan waktu pelayanan Puskesmas terbatas dari jam 7.30 hingga jam 15.00, sebagian besar warga bertani dan berada sehingga tidak memiliki waktu untuk berobat ke Puskesmas, tetapi langsung ke rumah sakit. Sementara penduduk yang tidak berobat karena ada persepsi yang salah akan masalah kesehatan seperti ketika sakit dianggap sebagai buatan orang yang iri, benci, dan tidak senang, atau takut dengan keputusan dokter tentang diagnosis penyakit yang dialami. Oleh sebab itu perawat puskesmas perlu meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat RW 01 melalui kunjungan rumah dan penyuluhan kesehatan di gereja.

Untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan. Informasi kesehatan

dilakukan melalui system informasi dan melalui lintas sektor. Pemerintah memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk memperoleh akses terhadap informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2009).

Pelayanan kesehatan merupakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan dan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit. Dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan meliputi kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan perorangan ditujukan untuk penyembuhan penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan dan keluarga. Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan memelihara dan meningkatkan kesehatan kesehatan serta serta mencegah penyakit suatu kelompok masyarakat (Kemenkes, 2009).

Perawat dapat memberikan informasi kesehatan bagi klien ketika melakukan kunjungan rumah. Misalnya ketika melakukan kunjungan rumah bagi klien dengan malaria, maka perawat memberikan informasi tentang malaria mencakup pengertian, penyebab, tanda, gejala dan pencegahan. Perawat juga dapat melakukan pemeriksaan sederhana ketika melakukan kunjungan rumah pada klien dengan malaria dan melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang memadai. Kementerian Kesehatan (Kemkes, 2016) telah menetapkan kebijakan pendekatan keluarga dalam pencapaian prioritas pembangunan kesehatan. Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di

dalam gedung melainkan juga di luar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Pelayanan Kesehatan Balita

Tabel 8 menunjukkan ketidakefektifan pelayanan kesehatan Balita, dan Risiko tinggi infeksi saluran pernafasan akut, dan diare. Hal ini ditunjukkan dengan pelayanan kesehatan balita mencakup penimbangan setiap bulan, pemberian kartu menuju sehat (KMS), pemberian imunisasi dasar masih rendah, kecuali pemberian makanan tambahan sudah baik Pelayanan kesehatan balita setiap bulan dilaksanakan di Posyandu. Penyakit yang dialami balita ISPA, demam, diare, TB Paru, dan kulit.

Cakupan penimbangan balita di posyandu (D/S) adalah jumlah balita yang ditimbang di seluruh posyandu yang melapor di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Peran serta masyarakat dalam penimbangan balita sangat penting dalam deteksi dini kasus gizi kurang dan gizi buruk. Dengan rajin menimbang balita, maka pertumbuhan balita dapat dipantau secara intensif. Sehingga bila berat badan anak tidak naik ataupun jika ditemukan penyakit akan segera dilakukan upaya pemulihan dan pencegahan supaya tidak menjadi gizi kurang atau gizi buruk akan semakin baik. Penanganan yang cepat dan tepat sesuai tatalaksana kasus gizi buruk akan mengurangi risiko kematian sehingga angka kematian akibat gizi buruk dapat ditekan. Cakupan balita yang ditimbang setiap bulan di Rw 01 Kelurahan Abepantai baru mencapai 58,1% lebih rendah dari cakupan nasional tahun 2015 73,0%, namun lebih tinggi dari Papua 25,0% (Kemkes, 2016).

Program imunisasi pada balita bertujuan agar setiap bayi mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap. Keberhasilan seorang bayi dalam mendapatkan imunisasi tersebut diukur melalui indikator imunisasi dasar lengkap. Capaian imunisasi lengkap di RW 01 Kelurahan Abepantai 41,9% sedikit rendah dari angka

Provinsi 47,27% dan nasional pada tahun 2015 sebesar 86,5% serta target Renstra 2015 91%. Sementara menurut indikator keberhasilan pelaksanaan imunisasi *Universal Child Immunisation* (UCI) desa/kelurahan $\geq 80\%$ dari jumlah bayi 0-11 bulan yang ada di desa atau kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap (Kemenkes, 2016).

Belum maksimalnya pelayanan kesehatan balita disebabkan berbagai faktor diantaranya pendidikan ibu yang rendah, serta kurangnya kesadaran akan pentingnya membawa balita ke posyandu dan imunisasi dasar. Hal ini didukung dengan peran ganda ibu sebagai pengasuh balita adan pencari nafkah bagi keluarga sebagai petani yang selanjutnya menjajakan hasil kebun ke pasar untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Untuk mengatasi hal tersebut Puskesmas harus bisa mengatur waktu kegiatan Posyandu sesuai dengan kegiatan masyarakat RW 01.

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) menurut *World Health Organization* (WHO) umumnya ditularkan melalui *droplet*. Namun pada sebagian pathogen ada juga kemungkinan penularannya melalui cara lain seperti kontak dengan tangan atau permukaan yang terkontaminasi (WHO, 2008). Kasus ISPA pada balita sebesar 41,9% sedikit lebih tinggi dari seluruh kasus ISPA di RW 01 sebesar 35,1%, dan Puskesmas Abepantai sebesar 40%. Sehingga, pencegahan akan kejadian ISPA sangat penting dilakukan promosi kesehatan oleh petugas Puskesmas seperti perilaku Hidup Bersih dan Sehat: mencuci tangan, menggunakan masker ketika batuk), disamping panataan lingkungan rumah. WHO (2008 telah mengeluarkan Pedoman Ringkas tentang Pencegahan dan pengendalian ISPA di fasilitas pelayanan kesehatan yang berisi tentang rekomendasi penting yaitu: laporkan segera setiap kasus suspek ISPA yang dapat menimbulkan kekuatiran termasuk *severe acute respiratory syndrome* (SARS), dan infeksi flu burung pada manusia kepada dinas kesehatan yang berwenang; segera isolasi pasien

suspek ISPA dari pasien dan pastikan mereka mendapat perawatan dan terapi yang tepat; lakukan kewaspadaan standar saat memberikan pelayanan kepada pasien baik diagnosis confirm ataupun suspek. Tindakan kewaspadaan Standar adalah langkah dasar pencegahan dan pengendalian infeksi dalam pelayanan kesehatan dan harus selalu dilakukan saat memberikan pelayanan pada pasien; lakukan kewaspadaan transmisi droplet; lakukan kewaspadaan transmisi kontak lakukan kewaspadaan transmisi *airborne*; Upayakan ventilasi pada lingkungan pasien untuk mengurangi risiko penularan penyakit melalui aerosol pernafasan.

Demam adalah keadaan suhu tubuh di atas 30⁰ Celsius. Suhu tubuh adalah suhu visera, hati, otak, yang dapat diukur lewat rektal, dan aksila. Cara pengukuran suhu menentukan tinggi rendahnya suhu tubuh. Suhu tubuh adalah hasil produksi metabolisme tubuh yang diperlukan untuk aliran darah dan menjaga agar reaksi kimia tubuh dapat berjalan baik (enzim hanya bekerja pada suhu tertentu). Penyebab demam merupakan akibat dari kenaikan set point (oleh sebab *infeksi*) atau oleh adanya ketidakseimbangan antara produksi panas dan pengeluarannya (Lubis., & Lubis, 2011).

Diare merupakan kondisi yang ditandai dengan encernya tinja yang dikeluarkan dengan frekuensi buang air besar yang lebih sering dibandingkan dengan biasanya. Pada umumnya diare terjadi akibat konsumsi makanan atau minuman yang terkontaminasi bakteri, virus, atau parasite. Biasanya diare hanya berlangsung beberapa hari, namun pada sebagian kasus memanjang hingga berminggu-minggu (Alodokter.com, 2016). Kejadian diare pada balita sebesar 18,6% lebih tinggi dari angka RW 01 sebesar 5,6%, dan Puskesmas 7,4%. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor risiko kejadian diare bagi penduduk di Kelurahan Abepantai dan kebijakan tentang pencegahan diare melalui penataan kebersihan lingkungan sarana air minum, pembuangan limbah, dan penagadaan jamban bagi penduduk

yang belum memiliki jamban melalui kerjasama lintas sector dan lintas program.

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Sumber penularan yaitu pasien TB BTA (bakteri tahan asam) positif melalui percikan dahak yang dikeluarkannya. TB dengan BTA negative juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil. Kasus TB paru berdasarkan riwayat penyakit dan telah mendapatkan pengobatan pada balita di RW 01 Kelurahan Abepantai sebesar 9,3% lebih rendah dari total kasus TB di RW 01 sebesar 35,0% dan mendekati angka Papua tahun 2013 sebesar 45,4% (Abubar, 2015), Papua tahun 2015 sebesar 37,0% dan target minimal Nasional 70% (Kemenkes, 2016). Untuk mencegah penularan TB paru perlu penataan kembali pemukiman penduduk agar sesuai dengan standar kesehatan.

Pelayanan Keluarga Berencana

Tabel 9 menunjukkan pelayanan kesehatan keluarga berencana masih rendah dimana peserta baru mencapai 29,8% lebih rendah dari angka Papua 52,99% dan angka nasional 75,10%. Rendahnya pelayanan KB karena kesadaran masyarakat masih kurang akibat kurang terpapar informasi serta persepsi masyarakat bahwa bila mengikuti KB penduduk asli Papua akan berkurang bahkan punah, waktu terbatas karena separuh waktu habis digunakan di Kebun dan berjualan ke pasar. Selain, peserta harus membeli sendiri obat suntik atau pil jika tidak tersedia di Puskesmas. Untuk meningkatkan motivasi masyarakat pentingnya mengikuti KB perlu ada kebijakan dan peraturan perundang-undangan tentang pelaksanaan KB. Disamping, petugas puskesmas bersama kader memberikan informasi kesehatan secara terus-menerus baik di Puskesmas maupun di Posyandu atau melalui kunjungan rumah.

Metode kontrasepsi terbanyak adalah suntik 24,1%, mendekati angka Papua 36,82%

dan namun masih rendah angka nasional 49,93%. implant, pil dan kalender seimbang 1,9% jauh dibawah angka Papua 6, 16% dan nasional 9,63% (Kemenkes RI, 2016). Pelayanan kesehatan dalam KB dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas (Kemenkes RI, 2009).

KESIMPULAN

Status kesehatan penduduk di RW 01 01 Kelurahan Abepantai Abepura Kota Jayapura masih rendah.

SARAN

Disarankan untuk meningkatkan status kesehatan penduduk dalam mengakses kesehatan, memperbaiki lingkungan pemukiman penduduk melalui kerjasama Departemen Pekerjaan Umum Kota Jayapura, Pemangku Adat (*Ondoafi*), Pihak Swasta, dan Akademik atau institusi pendidikan.

KEPUSTAKAAN

Abubar, M. 2015. Kasus TBC di papua tercatat sebanyak 5550 kasus. Antara papua.[online]. <https://papua.antarnew.com>. Diakses 19 Juni 2018.

Allodokter.com. 2016. Diare, gejala, dan penyebab. [Online]. <https://www.alodokter.com>. Diakses 19 Juni 2018.

Anderson, E.T., & McFarlane, J. 2011. Community As Partner. Theory and Nursing Practice. (6th ed). USA. Lippincott Williams & Williams.

Depkes. 2006. Keputusan menteri kesehatan RI. No.279 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas. [Online]. <http://www.scrib.com>

Dinas Kesehatan Kota Jayapura. (2013). Profil dinkes kota Jayapura, 2013). [Online]. www.depkes.go.id. Diunduh 23 Juni 2018.

Djuanda, S. 1993. Editor Djuanda., A, Djunada,S.,Hamzah, M., & Aisah, S. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi 2. Jakarta. Fakultas kedokteran Universitas Indonesia.

Edelman; & Mandle. 2010. Health Promotion Throughout The Life Span. (7nt ed). Canada. Mosby Elsevier. Evolve learning system. ISBN:-978-0-323-05662-5

Fajriani. 2016. Hubungan ketersediaan dan pemanfaatan sarana air bersih dan jamban dengan kejadian diare pada balita di wilayah kerja puskesmas Tunong kabupaten Aceh Timur. [Online]. Suwa.stikesbinusa.ac.id. Diunduh 18 Juni 2018

IPKKI. 2017. Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP,NOC, da NIC di Puskesmas dan Masyarakat.

Kelurahan Abepantai. 2015. Kelurahan Abepantai. [Online]. <https://abepura.id> > abepantai.Diunduh 24 Juni 2018.

Kemenkes RI 2016. Pedoman umum program Indonsia sehat dengan pendekatan keluarga. [Online]. www.pipk.kemkes.go.id. Diakses 11 Februari 2018.

Kemenkes RI.2016. Profil kesehatan tahun 2015. Pusat data dan informasi Kementerian kesehatan RI 2016. (Online). <http://www.kemkes.go.id>. Diakses 11 Februari 2018.

Kemenkes, RI..2013. Riset kesehatan Dasar. Balai penelitian dan pengembangan kesehatan.

Kemenkes RI. 2009. Undang-undang no.26 tahun 2009 tentang kesehatan. [Online]. sireka.pom.go.id. diakses 19 Juni 2018.

Kesehatan RI (2014). Riset kesehatan dasar nasional (Riskesda, 2013).Online]. www.kemkes.go.id. Diunduh 10 April 2015.

- Kemenkumham RI. 2005. Peraturan pemerintah Republik Indonesia. Nomor 73 tahun 2005. Tentang Kelurahan. [Online] www.jdih.kemkeu.go.id. Diakses 24 Juni 2018.
- Kozier, AB., Erb's, SJN. 2012. Fundaental of Nursing. Concepts, Process and Praktice. Vol 1. 9th.ed. Berman E., & Syder, S.USA. Pearson.
- Kozier.G., & Erb,G. `1979. Fundamental of Nursing. Cocept and Procedure. 2nd.ed. California. Addison Wesley Publissing Company.
- Lubis, IND.,& Lubis , CP. 2011. Penagangan demam pada anak. Departemen ilmu kesehatan anak, RS.H.Adam Malik. Medan Fakultas Kedokteran Universitas Sumataera Uatara. [Online]. <https://saripediatri.org>. Diakses 19 Juni 2018.
- Lundy, K.S.,and Janes, S. 2009. *Community Health Nursing. Caring for The Public's Health*. 2nd ed. Vo. 2. USA. Jones and Bartlett Publisher.
- Maurer,FA., & Smith, CM. 2005. Community Public Health Nursing. Helath for families & Populatons. 3rd.Ed. Evolve. USA. Elsevier Saunders.
- Nainggolan, O. 2009. Prevalendi dan faktor diterminan reumatik di Indonesia. Maj Kedokteran Indonesia. Vol 59. Nomor 12. Desember 2009. [Online]. <https://kucrietzlophbatman.files.wordpress.com>. Diakses 19 Juni 2018.
- Nies, M.A., & McEwan, M. 2007. *Community Health Nursing: Promoting The Health of Population*. 3nd ed., Philadelphia: Davis Company.
- Rachmawati, FA. 2012. Hubungan kepemilikan jamban dengan kejadian diare pada balita di Desa Jatisobo Kecamatan Polokarto Kabupaten Sukoharjo. Surakarta. Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta. [Online]. eprints.ums.ac.id. Diakses 18 Juni 2018.
- Segen's Medical Dictionary. 2010. Health status definition. [Online]. <http://medicaldictionary.com>. Diakses 22 Agustus 2016.
- Setyoningsih, ER. 2010. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492//Menkes/Per/IB/2010. Menkes. [Online]. www.mapurna.id. Diakses 18 Juni 2018
- Stanhope., M and Lancaster, J. 2004. *Community and Publick Health Nursing*. Sixth Ed. USA. Mosby.
- Swastantika, D. 2017. 10 Ciri-ciri rumah sehat. [Online]. <https://www.homify.co.id>. Diakses 2 Juni 2018.
- Skolnic, R. 2012. Global health. (Second Edition). Series editor: Riegelman, R. USA. Jones & Bartlett Learning.
- UHHS. 2011. Leading Health indicators healthy people 2020. [Online]. <http://www.iom.edu/>. Diakses 1 April 2013 Institute of medicine of the national academic.
- Vovabulary. Com.?. Health problem definition.[Onlin]. <https://www.vocabulary.com> > dictionary. Diakses 18 Juni 2018.
- Witney.E., & Rolfes, SD.2011. Understanding Nutrition.USA. Wardsworth Cengage Learning.www.cengage.com/wardwotr.
- World Health Organization (WHO). 2008. Infeksi Saluran pernafasan akut ISPA) yang cenderung menjadi epidemic dan pandemic. Pedoman ringkas. [Online] www.who.int. Diakses 19 Juni 2018.

**STUDI KOMPARASI TERAPI KOMPLEMENTER YOGA DAN TERAPI
MODALITAS AKTIVITAS KELOMPOK TERHADAP KEMAMPUAN
MENGENDALIKAN HALUSINASI PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT KHUSUS
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Indirawaty^{1*}, Rahman², Sumirah BP³, Khaerunnisa⁴

^{1,2}Dosen Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Makassar

³Dosen Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang

⁴Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Makassar

*e-mail: indirawaty13@gmail.com

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi komplementer dari meditasi yoga pada pasien stres di jiwa psikis Rumah Sakit Daerah Khusus Provinsi Sulawesi Selatan. Rancangan penelitian *True Experimen Design True Experimental Design*. Populasi dalam penelitian ini semua pasien stres yang datang untuk mengunjungi di rumah sakit khusus poliklinik Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 60 responden yang terdiri dari 30 responden pada kelompok tanpa intervensi 30 orang untuk kelompok intervensi. Tes statistik meliputi: Tes Mann Whitney dan uji Wilcoxon. Hasil uji analisis ini diperoleh data bahwa nilai hasil menunjukkan bahwa H_a ditolak dan H_o diterima yang artinya tidak ada perbedaan tingkat stres rata-rata pada kelompok tanpa intervensi dan intervensi kelompok selama pretest. Hasilnya menunjukkan bahwa H_a diterima dan H_o ditolak yang berarti ada perbedaan rata-rata tingkat stres dalam kelompok tanpa intervensi dan kelompok intervensi pada posttest. Hasil uji statistik di atas memberikan kita gambaran bahwa ada dua kelompok dalam penelitian ini, kelompok responden diobati hanya dengan terapi farmakologi, dan satu kelompok responden yang diobati dengan terapi farmakologis dan terapi komplementer meditasi yoga. Yoga meditasi adalah latihan mental yang dapat menyeimbangkan fisik, emosional, mental, dan spiritual seseorang. Orang bermeditasi untuk mengurangi kecemasan, stres, dan depresi. Kedamaian jiwa yang diperoleh melalui meditasi yang baik akan meringankan stres dan memungkinkan seseorang untuk berpikir lebih jernih. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok yang diberikan terapi farmakologis dan terapi komplementer memiliki tingkat kesembuhan yang jauh lebih tinggi daripada kelompok responden yang hanya menerima terapi farmakologis.

Kata Kunci: Terapi Komplementer, Meditasi Yoga, Stress

ABSTRACT

This study aims to determine the effect of complementary therapies of yoga meditation on stress patients in the psychic soul of the Regional Special Hospital of South Sulawesi Province. True Experiment Design Design True Experimental Design design. The population in this study all the stress patients who came to visit in polyclinic special hospital of South Sulawesi province amounted to 60 respondents consisting of 30 respondents in the group without intervention 30 people for the Sugiono intervention group. The statistical tests include: Mann Whitney test and Wilcoxon test. Result of analysis test using Mann Whitney got data that result value indicated that H_a rejected and H_o accepted which mean there is no difference of average of stress level in group without intervention and intervention group during pretest. Result of analysis test The result shows that H_a accepted and H_o is rejected which means there is difference of average of stress level in group without intervention and intervention group at posttest. The above statistic test result give us picture that there are two

groups in this research, that is group of respondents treated only with pharmacological therapy, and one group of respondents treated with pharmacological therapy and complementary therapies of yoga meditation. The results showed that the group given pharmacological therapy and complementary therapies had a much higher cure rate than the group of respondents who received only pharmacological therapy.

Keywords: Complementary therapies, Yoga meditation, Stress

PENDAHULUAN

Menurut data WHO (2011), orang dengan gangguan mental menempati tingkat yang luar biasa. Lebih dari 24 juta orang mengalami gangguan mental yang parah. Indonesia menjadi peringkat pertama dengan gangguan mental terbanyak. Berdasarkan data penelitian kesehatan dasar (Riskesdas, 2013), prevalensi gangguan jiwa berat pada populasi Indonesia 1,7 permil. Gangguan mental berat utama di Yogyakarta (2,7%), Aceh (2,7%), Sulawesi Selatan (2,6%), Bali (2,3%) dan Jawa Tengah (2,3%). Gangguan jiwa di Sulawesi Utara saja 0,8%.

Salah satu gangguan mental yang dimaksud adalah skizofrenia. Gangguan perseptual utama pada pasien skizofrenia adalah halusinasi, jadi halusinasi adalah bagian dari kehidupan pasien. Pasien yang mengalami halusinasi biasanya mengalami gangguan dalam menilai dan memilih sehingga perilaku pasien sulit dipahami. Pasien dengan gangguan psikotik psikotik mengalami gangguan dalam mengidentifikasi rangsangan internal dan eksternal, tidak dapat membedakan delusi dan fakta dan percakapan pasien tidak sesuai dengan kenyataan. Ini menyebabkan pasien merasa asing dan memicu terjadinya kecemasan pada pasien (Keliat, 2004).

Terapi aktivitas kelompok adalah salah satu modalitas terapi yang dilakukan oleh perawat untuk sekelompok pasien yang memiliki masalah keperawatan serupa. Terapi aktivitas kelompok sering digunakan dalam praktek kesehatan mental, bahkan terapi kelompok saat ini adalah kegiatan penting dari keterampilan terapeutik dalam keperawatan (Keliat, 2004). Hasil penelitian yang dilakukan

oleh Isnaeni (2008) tentang "Efektifitas Kegiatan Kelompok Terapi Stimulasi Persepsi Hallucinations Terhadap Penurunan Kecemasan Mendengar Pasien Pasien", didapatkan perbedaan tingkat kecemasan pasien sebelum dilakukan terapi aktivitas Kelompok dan setelah dilakukan Terapi Kegiatan Kelompok.

Terapi yoga dalam dunia keperawatan dikenal sebagai terapi komplementer. Terapi komplementer adalah cara mengobati penyakit sebagai dukungan untuk Pengobatan Medis Konvensional atau sebagai Pengobatan Pilihan Lain di luar Pengobatan Medis Konvensional. Berdasarkan data yang bersumber dari Organisasi Kesehatan Dunia pada 2005, 75-80% populasi dunia pernah mengalami perawatan non-konvensional. Menurut Majalah Kompas, Maret (2013). Data di Amerika Serikat menunjukkan bahwa 3% pasien di sana melakukan terapi keseimbangan jiwa dan raga karena rekomendasi dokter mereka. Pada 2007, 38% orang Amerika menggunakan pengobatan alternatif dan komplementer. Terapi keseimbangan tubuh dan jiwa, seperti yoga atau tai-chi yang mulai dikenal sejak tahun 2002. Saat ini, popularitas telah meningkat menjadi 75%. Setelah disurvei, ternyata lebih dari 3% orang melakukan terapi atas saran dokter mereka. Penelitian ini dilakukan berdasarkan Survei Wawancara Kesehatan Nasional 2007 dari 23.000 rumah tangga. Hasil survei menunjukkan bahwa 6,3 juta orang menggunakan terapi keseimbangan jiwa dan raga berdasarkan rekomendasi dokter dan 34,8% melakukannya atas inisiatif mereka sendiri. Kelompok yang mengikuti saran dokter umumnya memiliki kesehatan yang lebih buruk. "Para dokter menyarankan pasien untuk melakukan

terapi komplementer sebagai upaya terakhir ketika terapi konvensional gagal, jadi kami menduga jika terapi komplementer dilakukan sejak awal mereka mungkin lebih baik," kata Dr Aditi Nerurkar dari Harvard Medical School yang melakukan penelitian.

Sekarang semakin banyak dokter yang tidak hanya mengandalkan obat-obatan farmasi untuk menyembuhkan pasien mereka, tetapi juga terapi komplementer seperti yoga atau meditasi. Kecenderungan yang sama juga bisa dilihat di daerah perkotaan di Indonesia.

Meski tidak dianjurkan dokter, terapi komplementer seperti yoga atau meditasi kini makin mudah ditemukan, bahkan termasuk dalam program di pusat kebugaran. Menurut dr. Surjo Dharmono, Sp.KJ (K) dari Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, terapi meditasi seperti itu dianjurkan kepada pasien untuk tidak mengobati penyakit, tetapi tujuannya adalah untuk mengurangi stres karena penyakit yang diderita. Ketika stres berkurang, sistem kekebalan tubuh akan meningkat sehingga penyakit ini diharapkan dapat sembuh lebih cepat.

Meditasi yoga adalah latihan mental yang dapat menyeimbangkan fisik, emosional, mental, dan spiritual seseorang. Orang bermeditasi untuk mengurangi kecemasan, stres, dan depresi. Kedamaian jiwa yang diperoleh melalui meditasi yang baik akan meringankan stres dan memungkinkan seseorang untuk berpikir lebih jernih. Jadi ketika seseorang menghadapi masalah di mana diperlukan untuk dapat menemukan solusi. Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa orang secara rutin melakukan meditasi Yoga dalam kehidupan sehari-hari terlihat percaya diri dan berwibawa. Para ahli di bidang medis percaya bahwa jika meditasi secara klinis terbukti menormalkan tekanan darah, detak jantung dengan menurunkan frekuensi pernapasan sehingga kebutuhan oksigen dapat dikurangi. Seiring dengan relaksasi

pikiran, jiwa, dan emosi seseorang, tingkat stres juga akan berkurang. Meditasi adalah teknik untuk menormalkan fungsi otak yang memengaruhi suasana hati dan perasaan atau perasaan kita. Dengan meditasi penyakit yang paling tepat yang berasal dari pikiran manusia dapat dikendalikan dengan baik.

Menurut catatan medis Rumah Sakit Khusus Provinsi Sulawesi Selatan jumlah pasien gangguan jiwa telah meningkat dari tahun ke tahun ini dibuktikan pada tahun 2005 ada sekitar 400 orang dengan gangguan mental, pada tahun 2006 naik menjadi 563 pasien dan pada tahun 2007 meningkat menjadi 592 orang. Dan yang paling mengejutkan adalah data tahun 2011 dimana peningkatan presentasi gangguan mental sebanyak 11.353 orang.

Rumah Sakit Daerah Khusus Provinsi Sulawesi Selatan terdiri dari rumah sakit pusat stroke dan rumah sakit jiwa dengan tipe A, dan merupakan rumah sakit rujukan Indonesia Timur. Rumah Sakit Jiwa Makassar terletak di tengah kota dan merupakan rumah sakit tertua di Indonesia.

Berdasarkan data yang digambarkan di atas gangguan mental telah meningkat dari tahun ke tahun yang membutuhkan penanganan serius, untuk mencari solusi kemudian, peneliti ingin membuktikan bahwa terapi komplementer yoga meditasi dapat membantu pasien psikiatri, terutama mereka yang mengalami gangguan kognitif: halusinasi pendengaran.

METODE

Metodologi penelitian ini ialah peneliti menguraikan tentang jenis penelitian, subjek atau objek, variable, cara pengumpulan data dan teknik analisis data, serta waktu dan lokasi penelitian secara jelas. Metode penelitian harus menjelaskan secara utuh tahap penelitian yang jelas, luaran indikator, capaian yang terukur disetiap tahap. Terdapat penjelasan yang lebih rinci pada bagian instrument

pengumpulan data, bahan dan prosedur kerja dan teknik analisisnya.

Desain penelitian yang digunakan adalah Quasi experimental dengan rancangan perbandingan kelompok statis (statis group comparism) yaitu kelompok intervensi pertama menerima perlakuan (X1), kemudian dilakukan pengukuran, hasilnya dibandingkan dengan kelompok intervensi kedua yang menerima perlakuan (X2). Pada penelitian ini, membandingkan dua kelompok intervensi, satu kelompok intervensi penerima perlakuan pemberian Yoga, dan satu lagi menerima perlakuan pemberian terapi aktivitas kelompok. Desain Penelitian Quasi Experiment dengan kelompok statis.

Populasi adalah seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti. Subjek penelitian ini adalah seluruh pasien halusinasi pendengaran yang dirawat di bangsal. Subjek dalam penelitian ini sebanyak 60 orang.

Sampel penelitian adalah sebagian objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi, Notoatmodjo (2008). Objek dalam penelitian ini berjumlah 60 responden, teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik non probability sampling dengan pendekatan consecutive dengan cara semua subjek yang ada dan memenuhi kriteria sampel akan dipilih dalam penelitian ini sampai semua jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2009) sampel penelitian ini mempunyai kriteria inklusi dan eksklusi.

HASIL

Gambaran terapi komplementer yoga terhadap kemampuan mengendalikan halusinasi sebelum dan sesudah diberikan intervensi Yoga.

Sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 responden yang diberikan intervensi Yoga yang hasilnya dapat tergambar pada Tabel 5.4. menunjukkan nilai P sebesar 0,000 ($< 0,05$), yang berarti bahwa ada perbedaan kemampuan mengendalikan halusinasi pada saat pretest

dan posttest pada kelompok Yoga. Dimana variabel pretest memiliki nilai minimum 7, maksimum 14 dan median 9. Sedangkan variabel posttest memiliki nilai minimum 16, maksimum 26 dan median 30. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa kemampuan mengendalikan halusinasi setelah diberikan intervensi Yoga terjadi kenaikan minimum dari 7 menjadi 16, maksimum dari 14 menjadi 26, dan mediannya dari 9 menjadi 30, yang berarti ada kemajuan klien dalam mengendalikan halusinasi setelah pelaksanaan terapi komplementer Yoga. Hal ini sejalan dengan hasil review yang dilakukan terhadap 16 responden yang dilakukan menunjukkan bahwa jika melakukan yoga secara efektif memiliki efek positif bagi orang-orang dengan keluhan depresi dan susah tidur. Begitu juga dengan orang-orang yang menderita skizofrenia dan ADHD. Dari kajian studi tersebut, praktek yoga mempengaruhi proses membawa pesan kimia dalam otak, peradangan tubuh dan faktor biologis lainnya. "Manfaat ini ternyata sama dengan obat antidepresan dan psikoterapi," kata peneliti Dr. P. Murali Doraiswamy, seorang profesor psikiatri dan kedokteran di Medical Centre Universitas Duke.

Gambaran terapi modalitas Terapi AKTivitas Kelompok terhadap kemampuan mengendalikan halusinasi sebelum dan sesudah diberikan intervensi Terapi aktivitas kelompok modifikasi kuis siapa berani.

Sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 pasien yang menderita halusinasi pendengaran hal ini dapat tergambar pada Tabel 5.3. Hasil uji Wilxoson memberikan gambaran bahwa kemampuan mengendalikan halusinasi sebelum dan sesudah diberi intervensi pada kelompok Terapi Aktivitas Kelompok menunjukkan nilai P sebesar 0,000 ($< 0,05$), yang berarti bahwa ada perbedaan kemampuan mengendalikan halusinasi pada saat pretest dan posttest pada kelompok Terapi Aktivitas Kelompok, dimana variabel pretest memiliki nilai

minimum 7, maksimum 14 dan median 8. Sedangkan variabel posttest memiliki nilai minimum 12, maksimum 23 dan median 19.

Dari hasil penelitian ini menggambarkan bahwa sebelum pelaksanaan terapi aktivitas kelompok ke 30 pasien dilaksanakan pretest, dimana hasil pretes menunjukkan nilai minumun sebanyak 7, sedangkan setelah diadakan intervensi terapi aktivitas kelompok terjadi kenaikan nilai minimum sebanyak 23, nilai minimum ini diperoleh dari jawaban hasil pengisian kuesioner yang menunjukkan kemampuan menjawab pertanyaan yang paling rendah 7 yang memberi gambaran bahwa ada kemajuan mengendalikan hallusinasi setelah pasien mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok modifikasi metode kuis siapa berani.

PEMBAHASAN

Terapi Komplementer merupakan cara penanggulangan penyakit yang dilakukan sebagai pendukung pengobatan medis konvensional atau sebagai pengobatan pilihan lain diluar pengobatan medis yang konvensional. Terapi Komplementer adalah semua terapi yang digunakan sebagai tambahan untuk terapi konvensional yang direkomendasikan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan individu. WHO mendefinisikan Pengobatan Komplementer adalah pengobatan non konvensional yang bukan berasal dari Negara yang bersangkutan. Meditasi adalah latihan olah jiwa yang dapat menyeimbangkan fisik, emosi, mental dan spiritual seseorang. Dewasa ini, orang melakukan meditasi untuk mengurangi kecemasan, stress, dan depresi. Budi Payitno (2014) mengemukakan bahwa ketenangan jiwa yang diperoleh melalui meditasi yang baik oleh sebagian orang diyakini akan meredakan stress dan memungkinkan seseorang menghadapi suatu masalah, dimana ia dituntut untuk bisa menemukan sebuah solusi, ia akan memberikan solusi terbaik. Ananda Krisna mengemukakan

meditasi adalah kegiatan mental terstruktur dan dilakukan selama jangka waktu tertentu untuk menganalisis, menarik kesimpulan, dan mengambil langkah-langkah lebih lanjut untuk menyikapi, menentukan tindakan atau menyelesaikan masalah pribadi hidup dan perilaku, Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, kata meditasi diartikan sebagai pemusatan pikiran dan perasaan untuk mencapai sesuatu. Dari segi etimologi meditasi berasal dari bahasa Latin yaitu *meditatio* artinya hal bertafakur, hal merenungkan, memikirkan, mempertimbangkan; atau latihan, pelajaran persiapan. Budi Prayitno (2014) mengemukakan bahwa dari segi terminology meditasi adalah penggunaan pikiran terus menerus untuk merenungkan beberapa kebenaran, misteri atau objek penghormatan yang bersifat keagamaan sebagai latihan ibadah. Kata yoga merupakan bahasa sanskerta. Berasal dari kata “Yuj”, konon perkataan “Yoke” dalam bahasa Inggris atau “Juk”, juga berasal dari kata kerja “Yuk”. Jadi dapat dimaksudkan “Yuj” ini berarti sesuatu yang “menyatukan”. Dengan demikian orang memerlukan “penyatuan” atau pemusatan tenaga dan pikiran untuk mencapai tujuan yang didambakan. Atau dengan kata lain berarti mengendalikan, mengatur, berkonsentrasi dan berfungsi menyelaraskan tubuh, jiwa dan pikiran kita. Yoga yang berarti penggabungan atau penyatuan (Kresna GL,2014). Menurut Widagdo (2013) bahwa Yoga merupakan latihan memperbaiki postur tubuh, memperkuat otot, melindungi tulang-tulang punggung, mencegah osteoporosis, memperlancar aliran darah, melindungi jantung, membersihkan limfa, menurunkan tekanan darah, dan menurunkan gula darah.

Gangguan jiwa atau penyakit jiwa merupakan penyakit dengan multi kausal, suatu penyakit dengan berbagai penyebab yang sangat bervariasi. Kausa gangguan jiwa selama ini dikenali meliputi kausa pada area organobiologis, area psikoedukatif, dan area sosiokultural.

Dalam konsep stress-adaptasi penyebab perilaku maladaptive dikonstruksikan sebagai tahapan mulai adanya factor predisposisi, factor presipitasi dalam bentuk stressor pencetus, kemampuan penilaian terhadap stressor, sumber coping yang dimiliki, dan bagaimana mekanisme coping yang dipilih oleh seorang individu. Dari sini kemudian baru menentukan apakah perilaku individu tersebut adaptif atau maladaptive.

Banyak ahli dalam kesehatan jiwa memiliki persepsi yang berbeda-beda terhadap apa yang dimaksud gangguan jiwa dan bagaimana gangguan perilaku terjadi. Perbedaan pandangan tersebut tertuang dalam bentuk model konseptual kesehatan jiwa. Pandangan model psikoanalisa berbeda dengan pandangan model social, model perilaku, model eksistensial, model medical, berbeda pula dengan model stress-adaptasi. Masing-masing model memiliki pendekatan unik dalam terapi gangguan jiwa. Berbagai pendekatan penanganan klien gangguan jiwa inilah yang dimaksud dengan terapi modalitas. Suatu pendekatan penanganan klien gangguan yang bervariasi yang bertujuan mengubah perilaku klien gangguan jiwa dengan perilaku maladaptifnya menjadi perilaku yang adaptif. (Stuart & Sundenn, 1998) Halusinasi adalah gangguan penyerapan (persepsi) panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan dimana terjadi pada saat individu sadar dengan baik. (Townsend, 2002) Halusinasi atau salah persepsi indrawi yang tidak berhubungan dengan stimulus eksternal yang nyata, mungkin melibatkan salah satu dari lima indra. Halusinasi yaitu gangguan persepsi (proses penyerapan) pada panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar, pada pasien dalam keadaan sadar.

Pada gangguan jiwa skizofrenia, halusinasi pendengaran merupakan hal yang paling sering terjadi, dapat berupa suara-suara bising atau kata-kata yang dapat mempengaruhi tingkah laku, sehingga dapat menimbulkan respon

tertentu seperti bicara sendiri, marah, atau berespon lain yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Hal serupa dapat bersikap mengamati orang lain yang tidak bicara atau benda mati yang seakan-akan berbicara padanya. (Nasution, 2003) Halusinasi merupakan tanda khas dari gangguan skizofrenia dan merupakan manifestasi dari metankolia involusi, psikosa, depresi, dan sindrom otak organik.

KESIMPULAN

Terapi komplementer adalah terapi yang digunakan secara bersama-sama dengan terapi lain dan bukan untuk menggantikan terapi medis. Meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Terapi komplementer bertujuan untuk mengendalikan hallusinasi pada pasien, sehingga meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, menghindari atau meminimalkan efek samping, gejala-gejala, dan atau mengontrol serta menyembuhkan penyakit.

SARAN

Diharapkan Peran Perawat dalam Terapi Komplementer ialah sebagai pelaku dari terapi komplementer selain dokter dan praktisi terapi, sehingga diharapkan terapi komplementer meditasi yoga dan Task diprogram (dimasukkan sebagai intervensi keperawatan jiwa yang ada di setiap tatanan pelayanan kesehatan jiwa sebagai terapi nonfarmakologi), yang meliputi pendekatan perilaku, pendekatan kognitif, serta relaksasi. salah satu jenis terapi yang dapat menimbulkan relaksasi sehingga dapat mengontrol hallusinasi pendengaran

Dengan penelitian ini diharapkan menghasilkan pedoman (modul untuk perawat) sebagai pedoman dalam pelaksanaan terapi komplementer meditasi yoga dan modul terapi komplementer aktivitas kelompok dengan modifikasi metode kuis siapa berani.

KEPUSTAKAAN

- Daley, Debra. 2011. *30 Menit Untuk Bugar dan Sehat*. Penerbit: Bhuana Ilmu Gramedia
- Hidayat, Aziz Alimul. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Penerbit: Salemba Medika.
- Lebang, Erikar. 2014. *Yoga Sehari-hari*. Penerbit: Pustaka Bunda.
- Notoatmodjo, Soekijo. 2010. *Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Gramedia Pustaka Utama
- Notoatmodjo, Soekijo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Gramedia Pustaka Utama.
- Prayitno, Budi. 2014. *Meditasi Penyembuhan dari Dalam*. Penerbit: Flashbooks.
- Riduwan. 2009. *Skala Pengukuran Variabel-variabel Penelitian*. Penerbit: Alfabeta Bandung.
- Rokhmah, R, N. 2010. *Hubungan Meditasi dalam Yoga dengan Daya Tahan Terhadap Stress Pada Paguyuban Yogiswaran Surakarta*. <http://etd.eprints.ums.ac.id/858/>. Diakses jumat 7 Februari 2015.
- Saryono. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan: Penuntun Praktis Bagi Pemula*. Bandung: PT Refika Aditama
- Setiadi. 2007. *Riset Keperawatan*. Surabaya: Penerbit Graha Ilmu.
- Sindhu, P. 2009. *Yoga Untuk Kehamilan Sehat, Bahagia dan Penuh Makna*. Bandung: Penerbit Mizan Pustaka.
- Siska, Connie. 2010. *Statistik Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sugiyono, 2011, *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: PT Refika Aditama
- Yosep I. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE STRATAGEM DENGAN MEDIA AUDIOVISUAL TERHADAP PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

(THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION THROUGH AUDIOVISUAL MEDIA STRATAGEM METHOD TOWARD THE KNOWLEDGE OF TEENAGE REPRODUCTIVE HEALTH)

Reza Riyady Pragita^{1*}, Retno Purwandari², Lantin Sulistyorini³

^{1,2,3}Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp/Fax. (0331) 323450

*e-mail: rezariyadypragita1142@gmail.com

ABSTRAK

Pendidikan kesehatan reproduksi melalui *cooperative learning* tipe *group cooperative game stratagem* media *audiovisual* merupakan inovasi dalam pemberian pesan-pesan kesehatan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pemberian pendidikan kesehatan melalui metode stratagem media audiovisual terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja dan menganalisis perbedaan pengaruh dari pemberian pendidikan kesehatan metode stratagem. Variabel penelitian disini adalah pendidikan kesehatan dengan metode stratagem media audiovisual dan pendidikan kesehatan metode ceramah sebagai variabel independent. Variabel dependent dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja. Penelitian ini melibatkan 15 orang sebagai kelompok eksperimen, dan 15 orang sebagai kelompok kontrol dengan menggunakan proporsional stratified random sampling. Uji statistik yang digunakan adalah Wilcoxon dan Mann Whitney. Hasil data yang p nilai 0,014 dan 0,016 ($\alpha < 0,05$). Hasil penelitian ini menyatakan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara pendidikan kesehatan melalui metode stratagem media audiovisual pada pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi dan terdapat perbedaan pengaruh dalam pendidikan kesehatan melalui metode stratagem media audiovisual dan metode konvensional ceramah. Kesimpulan dari penelitian ini bahwa metode stratagem mampu meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi. Rekomendasi dari penelitian ini menunjukkan bahwa dalam memberikan pendidikan kesehatan terutama kesehatan reproduksi pada remaja diperlukannya inovasi yang mampu mengajak remaja berperan aktif dalam pendidikan kesehatan salah satunya dengan menggunakan metode kooperatif seperti stratagem dan media audiovisual.

Kata kunci : Remaja, Pendidikan Kesehatan, Kesehatan Reproduksi.

ABSTRACT

Teenagers have experienced changes in biological, psychological and social aspects. Teenagers are lacking of the knowledge regarding reproductive health. The purpose of this research was to analyze the effect of health education through audiovisual media stratagem method toward the knowledge of teenage reproductive health at SMPN 14 Jember. This research involved 15 individuals who served as the experiment group, and 15 individuals who served as the control group by using proportional stratified random sampling. The statistical test used was Wilcoxon and Mann Whitney. Results of the data is p value of 0.014 and 0.016 ($\alpha < 0.05$). The conclusion of this research stated that there is a significant effect between health education through audiovisual media stratagem method on the knowledge of teenagers in SMPN 14 Jember regarding reproductive health and the variance in the effect of

health education through audiovisual media stratagem method and conventional methods. Recommendations of this research suggest that teenagers create reproductive health groups that play an active role in the prevention of teenagers' reproductive health issues by using cooperative methods.

Keywords: Teenagers, Health Education, Reproductive Health

PENDAHULUAN

Remaja dalam masa perkembangannya terjadi banyak perubahan, baik secara biologis, psikologis maupun kognitif, yang pada umumnya menjadi lebih cepat pematangan fisik dari pada proses pematangan kejiwaan atau psikososial dari remaja. Remaja seringkali kekurangan informasi dasar mengenai kesehatan reproduksi, dan keterbatasan dalam mengakses pelayanan kesehatan reproduksi serta terjamin kerahasiaannya (Depkes, 2008; BKKBN, 2011). Banyak remaja terlibat dalam perilaku seksual berisiko pada kesehatan yang tidak diinginkan. Hasil penelitian, diperkirakan 8.300 remaja di 40 negara melaporkan ke CDC memiliki infeksi HIV pada tahun 2009, hampir setengah dari 19 juta PMS baru setiap tahun diantaranya remaja. Lebih dari 400.000 gadis remaja berusia 15-19 tahun melahirkan pada tahun 2009 (CDC, 2013). Hasil Studi Pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2014), Puskesmas Sumbersari merupakan puskesmas yang melaporkan kasus kesehatan remaja secara rutin ke kabupaten Jember dengan sasaran kesehatan reproduksi remaja dalam sekolah adalah 13.041 remaja dengan 4932 diantaranya adalah remaja usia 10-14 tahun yakni remaja awal. Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Sumbersari (2014), jumlah total peserta didik di SMP Negeri 14 Jember tahun 2015 adalah 437 peserta didik dengan 3 siswi mengundurkan diri karena menikah di usia dini dan 1 orang meninggal dunia. Hasil data-data yang didapatkan, ternyata masih kurangnya informasi mengenai kesehatan reproduksi remaja pada peserta didik di SMP Negeri 14 Jember. Upaya yang mampu menerangkan pengetahuan mengenai

kesehatan reproduksi pada remaja adalah melalui pendidikan kesehatan. Perawat sebagai pemberi layanan asuhan keperawatan memiliki peran sebagai pendidik (*educator*). Perawat memiliki fungsi memberikan pelayanan serta meningkatkan kesehatan individu dan memberikan pendidikan kesehatan kepada populasi remaja sekolah, termasuk tentang kesehatan reproduksi remaja (Nursalam, 2008). Pendidikan kesehatan tidak lepas halnya dari proses belajar mengajar. Strategi yang berkembang dan mampu meningkatkan motivasi, pengetahuan, dan perubahan sikap pada peserta didik terhadap sebuah pembelajaran.

Stratagem merupakan teknik permainan belajar akademik yang dikembangkan oleh Bell Gredler pada tahun 1994 (Susilana dan Riyana, 2009). Metode stratagem sesuai dengan tahap perkembangan kognitif remaja, dimana remaja telah mencapai puncak berpikir kognitif, yakni remaja telah mencapai periode operasional formal. Metode mampu meningkatkan pengetahuan, namun diperlukannya media sebagai penunjang dalam performa dalam proses belajar mengajar. Salah satu media yang dapat dipergunakan saat ini adalah media *audiovisual*. Penggunaan media yang menyingkronkan dua media yakni media audio dan media visual yang dapat menimbulkan komunikasi dua arah antara pendidik dan peserta didik dalam proses belajar mengajar. Kelebihan media video adalah memberikan pesan yang dapat diterima lebih merata, lebih baik untuk menerangkan sebuah proses, mengatasi keterbatasan ruang dan waktu, lebih realistis, dapat diulang-ulang dan memberikan kesan yang mendalam (Arikunto, 2006).

Pendidikan kesehatan reproduksi melalui *cooperative learning* tipe *group cooperative game: stratagem* media *audiovisual* merupakan inovasi dalam pemberian pesan-pesan kesehatan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan. Maka peneliti memiliki hipotesis bahwa ada pengaruh pemberian Pendidikan Kesehatan menggunakan Metode *Stratagem* dengan media *audiovisual* terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja dan terdapat perbedaan pengaruh antara pemberian Pendidikan Kesehatan menggunakan Metode *Stratagem* dengan media *audiovisual* dan pemberian Pendidikan Kesehatan menggunakan Metode Konvensional terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja.

METODE

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian *quasi eksperiment design* pendekatan *non-equivalent control group*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua remaja di SMP Negeri 14 Jember yang berjumlah 437 remaja. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Proportional stratified random sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 30 sampel dengan 15 remaja kelompok kontrol dan 15 remaja kelompok eksperimen dengan kriteria inklusi siswa berstatus aktif di SMP N 14 Jember, berusia remaja awal mengikuti proses pendidikan kesehatan dari awal sampai akhir, sudah mengalami pubertas dan kriteria eksklusi yaitu mengundurkan diri dan tidak mengikuti proses pendidikan kesehatan sesuai prosedur.

Uji statistik yang digunakan adalah *wilcoxon rank test* untuk menguji perbedaan tingkat pengetahuan remaja sebelum dan sesudah diberikan perlakuan pendidikan kesehatan dan *mann withney* untuk menguji perbedaan hasil antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha < 0,05$).

Penelitian ini menggunakan alat ukur kuesioner yang dikutip dari BKKBN (2011) dan dimodifikasi menjadi Hasil penilaian ini diklasifikasikan menjadi tiga kategori yaitu baik ($>76\%$), cukup (56-76%), dan kurang ($<56\%$) (Arikunto, 2006). Penelitian dilaksanakan di SMP Negeri 14 Jember yang terletak di Jalan Koptu Berlian No. 14 Jember, Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur. Pengambilan data pretest dilakukan serentak bersama dengan informed consent yang dilakukan pada tanggal 7 Mei 2015, dilanjutkan dengan penjelasan mengenai penelitian selama 50 menit. Pada hari ke dua dilanjutkan dengan pendidikan kesehatan dengan materi Kesehatan Reproduksi Remaja selama 200 menit pada masing-masing kelompok. Pada kelompok perlakuan dilakukan pendidikan kesehatan metode *Stratagem* dan media *audiovisual*. Pada control dilakukan metode konvensional ceramah. Pengambilan data post test pada tanggal 15 Mei 2015. Berikut skema pendidikan kesehatan metode *stratagem* media *audiovisual*.

Persiapan:

Remaja dibagi ke dalam kelompok kecil berjumlah 4-5 orang;
Pemateri berperan sebagai *Banker*;
Setiap kelompok diberikan modal yang sama;

Permainan *Stratagem*:

Peneliti menampilkan video tentang kesehatan reproduksi remaja;
Setelah melihat video, setiap kelompok mendapat 1 pertanyaan ingatan, 1 pertanyaan aplikasi, dan 2 pertanyaan analisis;
Setiap kelompok diberikan kesempatan melakukan taruhan dari modal yang diberikan;
Setiap kelompok diberikan kesempatan berdiskusi maksimal 2 menit sebelum menjawab pertanyaan;
Apabila jawaban benar, maka kelompok berhak mendapat kelipatan dari taruhannya;
Apabila kelompok salah atau tidak mampu menjawab, maka dipersilahkan kelompok lain untuk menjawab dan mendapatkan taruhan yang telah ditaruhkan oleh kelompok sebelumnya.
Terakhir, pemateri bertanggung jawab menjelaskan dan memberikan tambahan-tambahan terhadap jawaban yang kurang tepat.

Gambar 1. Skema Pendidikan Kesehatan Metode Stratagem Media Audiovisual

HASIL

Pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi remaja sebelum dan sesudah diberikan di SMP Negeri 14 Jember

Tabel 1. Pengetahuan Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Sebelum Dan Sesudah

Pengetahuan		Sebelum		Sesudah		p value
		n	%	n	%	
Kelompok Stratagem audiovisual	Kurang	4	26.7	0	0	0,014
	Cukup	10	66.7	12	80	
	Baik	1	6.7	3	20	
	Total	15	100	15	100	
Kelompok ceramah	Kurang	5	33.3	3	20	0,083
	Cukup	10	66.7	12	80	
	Baik	0	0	0	0	
	Total	15	100	15	100	

Tabel 2 menjelaskan bahwa hasil penelitian sebelum perlakuan didapatkan lebih dari setengah remaja pada kedua kelompok berpengetahuan cukup. Setelah diberikan masing-masing perlakuan, sebagian besar remaja pada kedua kelompok pendidikan kesehatan berada pada kategori berpengetahuan cukup.

Hasil penelitian didapatkan nilai uji beda *Wilcoxon match pairs test* didapatkan p value pada kelompok metode stratagem dengan media audiovisual adalah sebesar 0,014. Pengambilan keputusan dilakukan dengan melihat derajat kesalahan ($\alpha=0,05$) dan karena p value <0,05 maka dapat disimpulkan H_a diterima yang berarti terdapat pengaruh yang sangat bermakna antara *stratagem* dan media *audiovisual* terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di SMP Negeri 14 Jember. Pada kelompok pendidikan kesehatan metode konvensional ceramah p value sebesar 0,083, karena p value >0,05 maka dapat disimpulkan H_a ditolak yang berarti tidak ada pengaruh antara metode konvensional *ceramah*

terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di SMP Negeri 14 Jember. Pengaruh *stratagem* dan media *audiovisual* terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di SMPN 14 Jember dapat diketahui dengan menggunakan uji *Wilcoxon*.

Tabel 2. Pengetahuan Remaja Berdasarkan Indikator Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Sebelum

Indikator Pengetahuan	Sebelum			
	Kelompok Stratagem audiovisual		Kelompok ceramah	
	n	%	n	%
Pengetahuan tentang organ-organ reproduksi (2 pertanyaan).	2	13,33	7	46,67
Pengetahuan tentang pemeliharaan organ-organ reproduksi (3 pertanyaan).	9	57,78	7	46,67
Pengetahuan tentang kematangan seksual (9 pertanyaan).	9	60	8	53,33
Pengetahuan tentang akibat hubungan seksual pada masa remaja (8 pertanyaan).	12	79,17	12	76,67
Pengetahuan tentang kekerasan seksual (3 pertanyaan).	8	55,56	8	51,11
Pengetahuan tentang keterampilan hidup (1 pertanyaan).	11	73,33	11	73,33

Tabel 3. Pengetahuan Remaja Berdasarkan Indikator Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Sesudah

Indikator Pengetahuan	Sesudah			
	Kelompok Stratagem audiovisual		Kelompok ceramah	
	n	%	n	%
Pengetahuan tentang organ-organ reproduksi (2 pertanyaan).	4	26,67	8	53,33
Pengetahuan tentang pemeliharaan organ-organ reproduksi (3 pertanyaan).	9	62,22	7	48,89
Pengetahuan tentang kematangan seksual (9 pertanyaan).	9	61,48	8	56,30
Pengetahuan tentang akibat hubungan seksual pada masa remaja (8 pertanyaan).	13	84,17	12	80
Pengetahuan tentang kekerasan seksual (3 pertanyaan).	9	60	8	55,56
Pengetahuan tentang keterampilan hidup (1 pertanyaan).	15	100	11	73,33

Tabel 2 dan 3 menjelaskan bahwa remaja sebelum diberikan pendidikan kesehatan metode *stratagem* dengan media *audiovisual* sebagian besar remaja mengetahui tentang pokok bahasan akibat hubungan seksual masa remaja. Hasil nilai *posttest* didapatkan bahwa remaja sesudah diberikan pendidikan kesehatan metode *stratagem* dengan media *audiovisual* terjadi peningkatan pengetahuan dalam indikator materi pendidikan kesehatan reproduksi remaja yakni, seluruh remaja mengetahui tentang keterampilan hidup.

Hasil penelitian pada kelompok remaja sebelum mendapatkan pendidikan kesehatan menggunakan metode konvensional ceramah diketahui sebagian

besar remaja mengetahui tentang akibat hubungan seksual masa remaja. Hasil pengetahuan remaja setelah diberikan pendidikan kesehatan metode konvensional ceramah adalah remaja sebagian besar mengetahui tentang akibat hubungan seksual masa remaja dan keterampilan hidup.

Tabel 4. Perbedaan Pengetahuan remaja Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Sesudah Diberikan Intervensi Pada Kelompok Metode Ceramah Dan Kelompok Metode Stratagem Dengan Media Audiovisual

Kelompok	Pengetahuan						p value
	Kurang		Cukup		Baik		
	n	%	n	%	n	%	
Metode stratagem dengan media audiovisual	0	0	12	80	3	20	0,016
Metode Ceramah	3	20	12	80	0	0	

Tabel 4 menjelaskan bahwa hasil penelitian dengan uji statistik *Mann Whitney* didapatkan p value sebesar 0,016. Pengambilan keputusan dilakukan dengan melihat derajat kemaknaan ($\alpha = 0,05$). Nilai p value yang didapat dari hasil uji statistik adalah $\leq 0,05$ maka H_a diterima, artinya terdapat perbedaan pengaruh metode pendidikan kesehatan dengan *stratagem* media *audiovisual* dan metode ceramah terhadap pengetahuan antara kelompok metode *stratagem* dengan media *audiovisual* dan kelompok metode ceramah di SMP Negeri 14 Jember.

PEMBAHASAN

Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan dengan Cooperative Learning Tipe Group Cooperative Game: Stratagem Media Audiovisual

Pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap *pengetahuan* remaja terhadap kesehatan reproduksi remaja yang diasumsikan karena penggunaan metode cooperative berkelompok yakni stratagem dengan media audiovisual mengenai kesehatan reproduksi remaja. Pengajaran yang baik bertujuan untuk menciptakan komunikasi yang efektif dan hasil pembelajaran yang tepat. Penggunaan media yang menyingkrankan dua media yakni media audio dan media visual yang dapat menimbulkan komunikasi dua arah antara pendidik dan peserta didik dalam proses belajar mengajar (Soetjiningsih, 2007).

Metode stratagem siswa dapat melakukan diskusi dan saling menanyakan sesuatu yang belum dimengerti sambil bermain dengan kelompok sebayanya tanpa tertekan dalam belajar karena permainan merupakan kegiatan yang ringan, menyenangkan dan kompetitif (Mubarak, Chayanti, Rozikin, dan Supradi, 2007). Pembelajaran dengan metode stratagem terjadi komunikasi dua arah. Mereka dapat menyelesaikan soal-soal dengan bekerja sama, berdiskusi dalam kelompok yang heterogen. Remaja yang pandai dan telah menyimpulkan hasil diskusi tersebut menjelaskan pada teman kelompoknya yang belum paham dan remaja mulai terbiasa mengkomunikasikan ide dan gagasannya dalam sebuah diskusi serta menyimpulkan ide dan gagasan orang lain.

Metode permainan ini mempunyai batas waktu dan aturan-aturan tertentu, dimana siswa dibagi menjadi beberapa kelompok yang saling berkompetisi untuk mencapai tujuan tertentu. Metode ini juga dapat membentuk keterampilan sosial dari peserta didik, sehingga dapat meningkatkan nilai-nilai sosial. Peneliti berpendapat bahwa teknik stratagem dan media audiovisual ini dapat meningkatkan motivasi remaja untuk belajar dan aktif mengemukakan pendapat sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dari remaja.

Media yang digunakan adalah audio visual yang menggabungkan media yang dapat didengar sekaligus dapat dilihat, sehingga komunikasi dapat ditangkap dalam dua indera, yakni pendengaran dan penglihatan. Hal ini meningkatkan motivasi dan komunikasi dalam pembelajaran menjadi menarik dan dapat dimengerti karena remaja tidak hanya mengerti, namun juga memiliki gambaran mengenai permasalahan kesehatan reproduksi remaja.

Penerapan metode berkelompok sangat cocok digunakan pada remaja. Metode berkelompok dapat menjelaskan materi untuk menambah informasi atau materi baru kepada para remaja serta kegiatan berdiskusi dengan kelompok memiliki tujuan yaitu untuk melatih kerjasama dari para remaja dan membentuk nilai-nilai sosial dan kesetiakawanan sosial dalam kerjasama dengan kelompok (Universitas Kristen Satya Wacana, 2012). Remaja perkembangan psikososial menganggap bahwa memiliki kelompok atau dapat bekerjasama dengan orang lain adalah hal yang penting karena mereka akan menganggap bahwa dirinya merupakan bagian dari kelompok tersebut dan termotivasi dalam dirinya melalui kelompok (Yunita, 2009).

Gambaran hasil penelitian dapat diketahui bahwa remaja memiliki pengetahuan yang belum baik dalam kesehatan reproduksi remaja terutama mengenai organ-organ reproduksi sehingga remaja masih belum mengenali alat dan fungsi organ-organ reproduksinya, dan hasil penelitian dikaitkan dengan kasus *drop out* siswa akibat terjadinya pernikahan dini di sekolah tersebut, dapat diketahui bahwa masih belum siapnya remaja dalam melakukan pernikahan di usia dini. Kesehatan reproduksi adalah keadaan yang bukan hanya berorientasi terhadap terbebasnya dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi namun keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara menyeluruh yang

berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya. Seorang yang dikatakan kesehatan reproduksinya baik adalah ketika seseorang mampu memiliki kehidupan seks yang memuaskan, aman, dan memiliki kemampuan untuk bereproduksi serta bebas untuk memutuskan, kapan dan seberapa sering melakukannya (Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises, 2010). Pengetahuan yang perlu diketahui remaja mengenai kesehatan reproduksi remaja adalah reproduksi yang bertanggungjawab, informasi persiapan pranikah yakni informasi yang diperlukan guna persiapan mental, dan emosional dalam kehidupan berkeluarga setelah menikah, serta kesiapan kehamilan, karena remaja akan menghadapi permasalahan kehamilan dalam masa berkeluarga (Depkes, 2008).

Remaja dalam hal ini harus memiliki pengetahuan dan sikap yang baik mengenai kesehatan reproduksinya karena kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan reproduksi remaja dan sebelum mendapatkan kesehatan reproduksi remaja yang baik dan kehidupan seks yang memuaskan, serta aman, remaja seharusnya memiliki kemampuan dan pengetahuan mengenai organ, fungsi, proses, sehingga nanti mampu dalam memutuskan perihal aktivitas seksualnya.

Remaja belum siap dalam melakukan pernikahan pada usia dini. Remaja dalam usia dini masih dalam status emosi yang masih kurang stabil dan sering berubah-ubah, misalnya dalam waktu tertentu mereka mampu bahagia dan waktu lainnya mereka bisa marah ataupun menangis hingga menarik diri. Remaja dalam kejiwaannya lebih sensitif (mudah menangis, cemas, frustrasi dan tertawa), agresif dan mudah bereaksi terhadap rangsangan luar yang berpengaruh (Wong, 2009). Secara keseluruhan, remaja pada usia pertengahan seharusnya tidak melakukan pernikahan dini karena dalam

hal ini remaja masih belum siap dalam menentukan aktivitas seksualnya.

Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Sebelum dan Sesudah diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Metode Ceramah

Tidak adanya pengaruh metode konvensional ceramah terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di SMP Negeri 14 Jember. Metode ceramah merupakan sebuah bentuk interaksi komunikasi penyampaian materi pembelajaran secara verbal oleh pengajar kepada remaja yang dalam prosesnya sering terjadinya informasi yang kurang jelas karena biasanya hanya terjadi proses komunikasi satu arah yakni pengajar ke penerima dan pemberian gambaran mengenai materi yang diterangkan. Terjadinya banyak hambatan dalam komunikasi proses pembelajaran, salah satunya verbalisme, salah tafsir, gangguan pemahaman dan perhatian yang tidak berpusat. Verbalisme atau yang dapat diartikan bahwa remaja hanya mampu mengerti menyebutkan tanpa tahu arti dan maknanya (Palupi, 2014).

Kelas dengan metode ceramah yang merupakan metode konvensional, sering terjadinya komunikasi satu arah yang mengakibatkan kebiasaan remaja hanya terbiasa menunggu penjelasan dari pemberi materi (Santrock, 2007). Remaja dalam pembelajaran tidak punya inisiatif untuk melakukan komunikasi yang berhubungan dengan materi pembelajaran yang sedang berlangsung. Remaja mengalami kesulitan dalam mengkomunikasikan ide karena mereka khawatir jawabannya salah.

Perbedaan Tingkat Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Remaja

Terdapat perbedaan pengaruh metode pendidikan kesehatan dengan *stratagem* media *audiovisual* dan metode ceramah terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di SMP Negeri 14

Jember. Peneliti berasumsi bahwa terdapat pengalaman yang berbeda antara kedua kelompok tersebut. Faktor yang mempengaruhi dalam peningkatan pengetahuan adalah pengalaman (Mubarak, Chayanti, Rozikin, dan Supradi, 2007). Peneliti berasumsi bahwa perbedaan yang terjadi karena pengalaman yang berbeda yang dialami oleh kedua kelompok dalam penelitian ini. Pengalaman yang kurang baik cenderung akan membuat seseorang untuk melupakan, akan tetapi pengalaman yang menyenangkan akan suatu objek cenderung akan menimbulkan kesan mendalam dan membekas dan akhirnya dapat membentuk sikap positif dalam kehidupannya. Pengalaman yang berbeda antara metode ceramah yang menggunakan metode satu arah, dan metode metode stratagem dengan media audiovisual stratagem media audiovisual yang mengedepankan komunikasi dua arah.

Pendidikan kesehatan melalui metode stratagem memberikan pengalaman menyenangkan bagi remaja karena pembelajaran permainan kelompok kooperatif *stratagem* ini didesain untuk mengubah gambaran bahwa belajar itu harus individual dan tidak dapat dilakukan sambil bermain. Permainan ini dilakukan secara berkelompok dengan membentuk kelompok-kelompok yang akan bersama-sama berkompetisi melalui permainan kooperatif yang akan menimbulkan proses berpikir remaja, jiwa kompetitif remaja, dan komunikasi bagi remaja. Media audiovisual dalam pendidikan kesehatan memberikan pengalaman berkesan bagi remaja. Media audiovisual dapat memberikan kesan yang mendalam dan efisien dalam penggunaan waktu serta dapat menjadi fokus remaja saat pendidikan kesehatan, yang mampu mempengaruhi pengetahuan dan sikap remaja.

Metode konvensional memberikan pengalaman memberikan kesan kurang menyenangkan sehingga muncul kecenderungan tidak mengingat pokok

pembahasan. Salah satu hal yang terjadi pada penelitian adalah gangguan pemahaman, perhatian yang tidak berpusat atau teralihkan, munculnya verbalisme, salah tafsir dan tidak terjadinya proses berpikir logis. Sedikit terjadinya proses berpikir, tidak munculnya jiwa kompetitif, dan komunikasi pada remaja karena dalam proses belajar mengajar remaja tidak mendapatkan peran banyak dalam metode ini.

Remaja dengan pendidikan kesehatan metode stratagem dengan media audiovisual memiliki pengetahuan yang lebih baik dan siap untuk mencegah diri dari masalah kesehatan reproduksi remaja dan memungkinkan untuk terhindar dari masalah kesehatan reproduksi remaja seperti pernikahan dini, kehamilan di luar nikah dan seks bebas. Terjadinya perilaku seksual pada remaja tergantung dari pengetahuan yang dimiliki remaja, sehingga semakin baik pengetahuan remaja mengenai hubungan seksual maka kecenderungan remaja untuk menghindari perilaku-perilaku masalah kesehatan reproduksi di kalangan remaja, dan sebaliknya pada remaja yang kurang mengetahui maka kecenderungannya akan mendekati ke arah perilaku-perilaku beresiko tersebut (Santayasa, 2007; Santrock, 2013).

Remaja terjadi perbedaan peningkatan pengetahuan pada indikator pengetahuan organ-organ reproduksi, dimana remaja pada kelompok stratagem audiovisual mengalami peningkatan 13,34% dan 6,66% pada remaja kelompok ceramah. Perbedaan terjadi karena remaja pada kelompok stratagem audiovisual mendapatkan gambaran baik secara visual maupun audio, sehingga terjadi peningkatan lebih tinggi dari metode ceramah yang sulit mengilustrasikan mengenai organ-organ reproduksi. Salah tafsir dapat terjadi pada ceramah karena metode konvensional ceramah hanya mampu menjelaskan tanpa mampu mengilustrasikan dan memberikan remaja

untuk menjelaskan dan mempraktekkan langsung mengenai pembelajaran yang diterangkan (Mertia, Hidayat, dan Yuliadi, 2011).

KESIMPULAN

Kesimpulan dari hasil penelitian adalah adanya pengaruh yang bermakna antara pendidikan kesehatan metode stratagem dan media audiovisual terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja dan adanya perbedaan pengaruh metode pendidikan kesehatan dengan *stratagem* media *audiovisual* dan metode ceramah terhadap pengetahuan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

SARAN

Hasil ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan dengan metode *stratagem* media *audiovisual* dapat di diberikan kepada remaja untuk meningkatkan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi remaja. Rekomendasi penelitian ini adalah membentuk kelompok peduli kesehatan reproduksi remaja yang berperan aktif dalam pencegahan masalah kesehatan reproduksi remaja dengan metode *cooperative*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti menyampaikan terima kasih kepada remaja, dan masyarakat di SMP Negeri 14 Jember yang membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian.

KEPUSTAKAAN

Arikunto S, 2006. *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

BKKBN, 2011. *Policy brief pusat penelitian dan pengembangan kependudukan*. 2011. (Online) [http://www.bkkbn.go.id/litbang/pusdu/Hasil%20Penelitian/Karakteristik%20Demografis/2011/Kajian%20Profil%20Penduduk%20Remaja%20\(10%](http://www.bkkbn.go.id/litbang/pusdu/Hasil%20Penelitian/Karakteristik%20Demografis/2011/Kajian%20Profil%20Penduduk%20Remaja%20(10%20-%202024%20tahun).pdf)

[20-%2024%20tahun\).pdf](http://www.bkkbn.go.id/litbang/pusdu/Hasil%20Penelitian/Karakteristik%20Demografis/2011/Kajian%20Profil%20Penduduk%20Remaja%20(10%20-%202024%20tahun).pdf) (diambil tanggal 19 Januari 2015).

Centers for Disease Control (CDC), 2013. (Online)

<http://www.cdc.gov/HealthyYouth/sexualbehaviors/> (Diambil tanggal 20 Februari 2015).

Depkes, 2008. *Pedoman operasional pelayanan terpadu kesehatan reproduksi di Puskesmas*. Jakarta: Depkes.

Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises, 2010. *Buku pedoman lapangan antar lembaga kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana*. Australia: Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises.

Laksmiwati IAA. 2013. *Transformasi sosial dan perilaku reproduksi remaja*. [internet]. 2008. [Diambil tanggal 23 Mei 2015] dari: <http://ejournal.unud.ac.id/>

Mertia I, Hidayat T, Yuliadi EN, 2011. *Hubungan antara pengetahuan seksualitas dan kualitas komunikasi orang tua dan anak dengan perilaku seks bebas pada remaja siswa-siswi MAN Gondangrejo Karanganyar*.

Mubarak WI, Chayanti N, Rozikin K, Supradi, 2007. *Promosi kesehatan, sebuah pengantar proses belajar mengajar dalam pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Nursalam, Effendi F, 2008. *Pendidikan dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Palupi D. C. A, 2014. *Pengaruh teknik talking stick terhadap pengetahuan dan sikap dalam pencegahan hiv/aids pada remaja di SMP Negeri 1 Puger Kabupaten Jember*.

Rianto et al, 2006. *Pendekatan, strategi, dan metode pembelajaran*. Malang: Depdiknas.

Santayasa, IW, 2007. *Landasan Konseptual Media Pembelajaran*. Singaraja: Universitas Pendidikan Ganesha.

- Santrock JW, 2007. Remaja Jilid 1 Edisi 11. Jakarta : Erlangga.
- Soetjiningsih, 2007. Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Susilana R, Riyana C, 2009. Media pembelajaran hakikat pengembangan, pemanfaatan, dan penilaian. Bandung: Wacana Prima.
- Universitas Kristen Satya Wacana, 2012. Efektifitas penggunaan media audio visual (VCD pembelajaran) berdasarkan teori Bruner dalam pembelajaran matematika siswa kelas IV SD Negeri 1 Mojowetan Kecamatan Banjarejo Kabupaten Blora Semester II tahun Pelajaran 2011/2012.
- Wong et al, 2009. Buku ajar keperawatan pediatrik. Volume 1. Jakarta: EGC.
- Yunita A., 2009. Pengaruh penerapan metode stratagem melalui pembelajaran kooperatif terhadap kemampuan komunikasi matematika siswa kelas VIII SMP Negeri 20 Padang. Padang: STKIP PGRI.

PEMANFAATAN LIMBAH KELAPA SAWIT SEBAGAI PEWARNA ALAMI KAIN BATIK DENGAN FIKSASI

(UTILIZATION OF PALM OIL WASTE AS NATURAL DYES BATIK CLOTH WITH FIXATION)

Nurul Nofiyanti^{1*}, Ismi Eka Roviani², Rina Dias Agustin³,
^{1,2,3}Jurusan Teknologi Hasil Pertanian, Fakultas Teknologi Pertanian, Universitas Jember
Jl. Kalimantan 37, Kampus Tegal Boto Jember 68121
*e-mail: nofiantinurul@gmail.com

ABSTRAK

Indonesia adalah salah satu penghasil kelapa sawit terbesar di dunia. Cangkang sebagai salah satu limbah dari pengolahan kelapa sawit dapat dimanfaatkan sebagai pewarna coklat alami. Dalam proses pewarnaan kain batik, perlu dilakukan fiksasi untuk mempertahankan warna. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik fisik dan organoleptik kain batik setelah dilakukan pewarnaan menggunakan pewarna alami cangkang kelapa sawit. Penelitian ini menggunakan dua faktor (2 kali ulangan). Faktor-faktor yang digunakan yaitu metode mordanting (pemanasan 1 jam dan pendiaman 24 jam) dan jenis fiksator (jeruk, kapur, dan tawas). Pembuatan pewarna alami dilakukan secara ekstraksi dengan pelarut air (100 °C, 1 jam). Selanjutnya dilakukan proses fiksasi. Data dianalisa dengan menghitung rata-rata dan standar deviasi. Nilai *lightness* kain batik berkisar antara 71 sampai 88. Nilai *hue angle* berkisar antara 120 sampai 153. Sampel M1F2 (mordanting pendiaman 24 jam, fiksator kapur) adalah sampel yang paling disukai, sedangkan sampel M2F2 (mordanting 1 jam, fiksator kapur) adalah sampel yang tidak disukai. Sampel M2F2 memiliki *lightness* 88,3, *hue angle* 120,14 (*yellow*), dan tahan dari uji ketahanan gosok. Penggunaan metode mordanting dan jenis fiksator berpengaruh terhadap pewarnaan kain batik. Metode mordanting 24 jam dan fiksator kapur direkomendasikan dalam pewarnaan kain batik menggunakan pewarna alami cangkang kelapa sawit berdasarkan uji kesukaan dan sifat fisik kain batik yang dihasilkan.

Kata kunci: Batik, Cangkang Kelapa Sawit, Pewarna Alami

ABSTRACT

Indonesia is one of the largest palm oil producers in the world. The shell as one of the waste of palm oil processing could be used as a natural brown dye. On the process of dyeing batik cloth, need to be done fixation to maintain the color. The aim of this study was to know the physical and organoleptic characteristic of batik cloth after dyeing process using natural dye of palm shell. The study design used two factors (2 repetitions). The factors used were mordanting method (1 hour heating and 24 hour shelter) and type of fixator (orange, lime, and alum). Natural dye processing was done by extraction using water as solvent (100 °C, 1 hour). Furthermore, the process of fixation. Data were analyzed by calculating the average and standard deviation. The lightness value of batik cloth was about 71 to 88. The hue angle value was about 120 to 153. The M1F2 sample (mordanting 24 hour shelter, lime as fixator) was the most preferred sample, while the M2F2 sample (mordan 1 hour, lime fixator) was the disliked sample. The M2F2 sample had lightness of 88.3, hue angle of 120.14 (yellow), and had resistant to abrasion test. Method mordanting and type of fixator against batik dyeing cloth. Mordanting 24 hour and lime fixation fixtures in batik cloth dye using natural palm

shell was recommended based on hedonic test and physical properties of batik cloth produced.

Keywords: Batik, Oil Palm Shell; Natural Dye

PENDAHULUAN

Batik merupakan kerajinan tangan hasil pewarnaan secara perintang menggunakan malam (lilin batik) panas sebagai perintang warna dengan alat utama pelekat lilin batik berupa canting tulis atau canting cap untuk membentuk motif tertentu yang memiliki makna (Badan Standardisasi Nasional, 2014). Pembuatan batik dapat dilakukan melalui beberapa tahapan, diantaranya pembentukan motif, pewarnaan/pencelupan, fiksasi, dan pelorodan. Proses pewarnaan merupakan salah satu faktor yang dapat menentukan kualitas, daya tarik, dan arah warna batik. Dalam proses ini, dapat dilakukan menggunakan bahan pewarna alam karena pewarna sintesis memiliki kandungan kimia yang membahayakan kesehatan manusia dan secara tidak langsung mencemari lingkungan (Tocharman, 2009). Penggunaan warna alam pada batik menggunakan beberapa jenis tanaman pembawa warna, salah satunya adalah tanaman kelapa sawit.

Industri kelapa sawit merupakan salah satu industri strategis yang bergerak pada sektor pertanian yang banyak berkembang di negara-negara tropis seperti Indonesia, Malaysia, dan Thailand. Perkembangan industri kelapa sawit saat ini sangat pesat, dimana terjadi peningkatan jumlah produksi kelapa sawit seiring meningkatnya kebutuhan masyarakat. Limbah yang dihasilkan dari proses pengolahan minyak kelapa sawit adalah limbah padat, cair dan gas (Agustina, 2006). Limbah padat yang dihasilkan yaitu tandan kosong, cangkang, dan serat. Sedangkan limbah cair yang dihasilkan dari kegiatan industri pengolahan minyak kelapa sawit merupakan sisa dari proses pembuatan minyak kelapa sawit yang berbentuk cair (Pardamean, 2014). Apabila limbah ini

diproses secara tepat akan memberikan manfaat yang cukup besar bagi industri dan dapat memberikan nilai tambah. Menurut Badan Pusat Statistik (2017), produksi cangkang kelapa sawit pada tahun 2015 adalah 2.033.479 ton dihitung dari 6,5% produksi kelapa sawit sebanyak 31.284.300 ton. Limbah cangkang kelapa sawit jumlahnya cukup besar dan mempunyai potensi untuk dimanfaatkan sebagai boiler, makanan ternak, pengganti aspal dan pewarna alami pada kain batik karena adanya kandungan pigmen.

Pewarna merupakan salah satu bahan yang cukup luas penggunaannya dalam kehidupan sehari-hari, misalnya pada makanan, cat, tekstil, lukisan, kain dan lain sebagainya. Oleh karena itu, kebutuhan bahan pewarna diduga akan terus berkembang dan berkelanjutan. Penggunaan pewarna alami dapat menjadi alternatif untuk menggantikan pewarna sintesis dan juga untuk menggali sumber daya alam limbah perkebunan kelapa sawit yang belum dimanfaatkan serta mencoba bahan baku baru untuk pewarna batik. Hal ini mengingat penggunaan zat warna sintesis yang memiliki efek samping yang dapat merugikan kesehatan manusia seperti merangsang pertumbuhan kanker. Pewarna alami dapat diperoleh dari berbagai tumbuhan. Salah satunya tumbuhan yang dapat dijadikan pewarna alami kain batik adalah kelapa sawit. Bagian yang dapat digunakan sebagai pewarna alami yaitu cangkangnya. Cangkang kelapa sawit akan menghasilkan warna coklat yang alami. Hal ini dikarenakan cangkang kelapa sawit mengandung pigmen yang merupakan senyawa flavanoid sehingga memberikan warna coklat (Mussak dan Bechtold, 2009).

Menurut Paryanto dkk (2012), pigmen tanaman tidak permanen sehingga warna cepat memudar apabila terkena deterjen atau cahaya matahari. Agar zat warna alam mempunyai ketahanan luntur yang baik maka diperlukan proses fiksasi. Proses fiksasi adalah mengkondisikan zat pewarna yang telah terserap dalam bahan pada waktu tertentu agar terjadi reaksi yang kompleks antara bahan dengan zat pewarna dan bahan fiksator (Shofwan, 2015). Bahan fiksator berguna untuk meningkatkan daya serap kain terhadap zat warna alam, pada penelitian ini digunakan tawas, kapur tohor, dan ekstrak jeruk nipis.

Penggunaan pewarna alami kini mulai banyak diminati untuk berbagai industri pabmatikan. Hal ini mengingat penggunaan zat warna alami dipandang lebih murah karena bahan baku banyak diperoleh di Indonesia dan tidak memiliki efek samping yang membahayakan kesehatan manusia. Penelitian ini bertujuan untuk memanfaatkan limbah kelapa sawit sebagai sumber bahan baku baru zat warna alam dan sebagai alternatif pengganti pewarna sintetis. Zat warna alam yang diperoleh diharapkan dapat diaplikasikan dalam proses pewarnaan kain batik sutera.

METODE

Penelitian ini dilakukan di Laboratorium Rekayasa Teknologi Pangan dan Hasil Pertanian, Laboratorium Biokimia dan Laboratorium Engineering Hasil Pertanian Fakultas Teknologi Pertanian Universitas Jember. Waktu Penelitian dimulai pada April 2018 -Juni 2018.

Bahan yang digunakan yaitu 1 kg bubuk cangkang kelapa sawit, 90 cm kain katun, 5 L air, 74 g/L tawas (Al_2SO_4)₃.H₂O, 50g/L kapur tohor (CaOH), ekstrak jeruk nipis, deterjen dan soda api. Alat yang digunakan yaitu kompor, panci, spatula, kain saring, gelas ukur, baskom, ember,

kamera, neraca analitik, *colour reader*, *scanner* dan pisau.

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental (*experimental research*) menggunakan Rancangan Acak Lengkap (RAL) dengan dua faktor yaitu beda perlakuan pada proses mordanting (M) dan perbedaan bahan fiksator (F). Macam dan kombinasi perlakuannya sebagai berikut :

- Faktor M : Mordanting
- M1 : Perendaman 24 jam
- M2 : Pemanasan 1 jam
- Faktor F : Bahan fiksator
- F1 : Kapur tohor
- F2 : Jeruk
- F3 : Tawas

Rancangan diatas menggunakan model persamaan model sebagai berikut:

Tabel 1. Kombinasi Rancangan Percobaan

Fiksator (F)	Mordanting (M)	
	M1	M2
F1	F1M1	F1M2
F2	F2M1	F2M2
F3	F3M1	F3M2

Masing-masing kombinasi rancangan percobaan dilakukan sebanyak dua kali ulangan. Menurut Sugiyono (2012), Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah Mahasiswa- Mahasiswi Universitas Jember yang aktif.

Penelitian dilakukan dengan 7 tahap yaitu pengambilan zat warna pada cangkang kelapa sawit dengan proses ekstraksi menggunakan 3 L air. Tahap kedua proses mordanting dengan dua perlakuan yaitu kain katun perendaman menggunakan larutan tawas yang sudah dipanaskan selama 24 jam (M1) dan pemanasan larutan tawas bersama kain selama 1 jam dengan suhu ± 80 °C (M2).

Tahap ketiga pewarnaan kain katun hasil proses mordanting dengan zat warna yang didapat dengan cara pencelupan selama 5 menit sebanyak 10 kali. Tahap keempat pembuatan bahan fiksator dengan menggunakan 3 bahan fiksator yaitu $\text{Al}_2(\text{SO}_4)_3 \cdot \text{H}_2\text{O}$ (tawas), CaOH (kapur tohor) dan ekstrak jeruk nipis. Tahap kelima fiksasi dengan mencelupkan sebanyak 10 kali kain berwarna pada larutan fiksator. Tahap keenam pelorodan lilin batik dengan air panas yang tercampur soda api. Tahap terakhir yaitu pengujian meliputi uji warna menggunakan *colour reader*, uji organoleptik dan uji ketahanan luntur terhadap gosokan dan pencucian.

a. Ekstraksi

Ekstraksi merupakan proses untuk mengambil zat warna dari cangkang kelapa sawit. Proses ekstraksi diawali dengan menimbang 1 kg bubuk cangkang kelapa sawit menggunakan neraca analitik, kemudian dilakukan ekstraksi selama 1 jam dengan menambahkan 3 L air hingga mendidih. Setelah proses ekstraksi, didapatkan ekstrak warna dari cangkang kelapa sawit. Ekstrak tersebut kemudian dilakukan penyaringan menggunakan kain saring untuk didapatkan zat pewarna halus yang terpisah dari ampas dan kotoran

b. Proses Mordanting

Proses mordanting berguna untuk menghasilkan kerataan dan ketajaman zat pewarna saat diaplikasikan pada kain serta menghasilkan warna yang permanen. Bahan yang digunakan yaitu 18 gram tawas yang dilarutkan pada masing-masing 1 L air sehingga tawas yang digunakan pada setiap perlakuan sebanyak 9 gram. Pada perlakuan pertama, larutan tawas dilakukan pemanasan selama 1 jam kemudian didinginkan dan dilakukan perendaman kain katun selama 24 jam (M1) untuk selanjutnya dikering anginkan. Pada perlakuan kedua, larutan tawas dilakukan pemanasan

selama 1 jam dengan kain katun 30 cm yang dimasukkan pada proses pemanasan. Setelah dilakukan pemanasan selama 1 jam, dilakukan pendinginan (M2).

c. Proses Pewarnaan

Proses pewarnaan kain dilakukan dengan sistem pencelupan, yaitu kain katun hasil dari proses mordanting dilakukan pencelupan pada zat pewarna dari cangkang kelapa sawit selama 5 menit sebanyak 10 kali pengulangan dan pada setiap pencelupan dilakukan pengeringan menggunakan angin. Hal ini dilakukan untuk menghasilkan warna yang lebih tajam dan rata pada kain. Pada proses pewarnaan ini menghasilkan kain katun yang telah terwarnai dengan zat pewarna dari ekstrak cangkang kelapa sawit.

d. Pembuatan Bahan Fiksator

Bahan fiksator yang digunakan pada penelitian ini ada 3 jenis yaitu 50 gram tawas, 70 gram kapur tohor dan 30 gram jeruk nipis. Fungsi dari bahan fiksator untuk mengunci zat warna alam pada kain agar tidak mudah luntur. Proses pembuatan bahan fiksator yaitu dengan mencampurkan masing-masing bahan fiksator dengan 1 L air. Setelah dicampur, dilakukan pendiaman selama 24 jam untuk mengendapkan cairan dan padatnya. Padatan tersebut yang dimaksud bahan fiksator dan digunakan pada proses selanjutnya.

e. Proses Fiksasi

Proses fiksasi bertujuan untuk mengkondisikan zat pewarna yang telah terserap pada kain pada waktu tertentu. Proses pertama yaitu 3 lembar kain katun yang telah terwarnai dilakukan pencelupan pada masing-masing bahan fiksator selama 15 menit. Setelah dicelupkan, kain diangkat dan dikeringkan menggunakan angin. Pengeringan menggunakan angin bertujuan untuk

menjaga warna pada kain tidak mudah mudar dibandingkan dengan pengeringan menggunakan sinar matahari.

f. Proses Pelorodan

Proses pelorodan merupakan proses untuk melepaskan lilin batik pada kain katun yang terwarnai dengan cara memanaskan kain katun yang telah terwarnai dengan 1L air dan 5 gram soda api selama 5-10 menit hingga lilin yang menempel pada kain kaun terlepas. Hasil dari proses pelorodan yaitu kain katun batik terwarna tanpa lilin.

Proses Pengujian

a. Uji Organoleptik

Uji organoleptik yang dilakukan meliputi warna, kenampakan dan keseluruhan. Cara pengujian dilakukan uji hedonik atau kesukaan. Pada penilaian uji kesukaan, panelis tidak terlatih berjumlah 26 orang diminta untuk memberikan kesan terhadap warna, kenampakan dan keseluruhan dari sampel pewarnaan kain batik dengan 6 kode sampel acak (457; 281; 973; 618; 594; 705) dan menggunakan skala sebagai berikut :

1 = sangat tidak suka; 2 = tidak suka
3 = agak suka; 4 = suka; 5 = sangat suka

b. Uji warna dengan *color reader*

Uji warna menggunakan alat *color reader* dengan cara menempelkan bagian pembaca warna pada kain yang akan diuji. Pengukuran warna dibaca pada parameter dL, da dan db pada 3 titik yang berbeda. Sebelum dilakukan pengukuran, *color reader* dikalibrasi terlebih dahulu menggunakan kain hitam untuk mengetahui nilai standar.

c. Uji ketahanan luntur terhadap gosokan dan pencucian

Uji ketahanan luntur terhadap gosokan dan pencucian menggunakan deterjen. Cara pengujian dilakukan dengan mencuci kain katun batik yang telah terwarna menggunakan deterjen dan

dilakukan gosokan sebanyak tiga kali gosokan serta penjumlahan tersebut dilakukan sebanyak tiga kali ulangan.

Analisis Data

Data hasil pengamatan dianalisis secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel atau grafik.

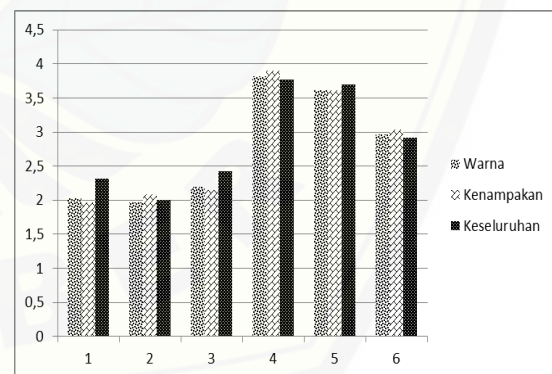
HASIL

Industri batik belum ada yang membuat dan memanfaatkan pewarna alam dari limbah perkebunan yang berupa cangkang kelapa sawit sebagai bahan pewarna batik. Penelitian ini merupakan pemanfaatan sumber daya alam limbah perkebunan yang berupa cangkang kelapa sawit untuk pewarnaan pada batik dari bahan katun. Hasil uji kualitas pewarnaan yaitu meliputi uji organoleptik, uji ketahanan luntur terhadap gosokan dan pencucian serta pengujian kecerahan warna menggunakan *color reader*.

Hasil Uji Organoleptik

Hasil analisis organoleptik pewarnaan kain batik dapat dilihat pada

Grafik 1



Gambar 1. Hasil Uji Organoleptik

Keterangan :

- 457 = mordanting pemanasan 1 jam, fiksator kapur
- 281 = mordanting pemanasan 1 jam, fiksator tawas
- 973 = mordanting pemanasan 1 jam, fiksator jeruk

618 = mordanting 24 jam perendaman, fiksator kapur

594 = mordanting 24 jam perendaman, fiksator tawas

705 = mordanting 24 jam perendaman, fiksator jeruk

a. Warna

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perlakuan berbeda berpengaruh nyata terhadap tingkat kesukaan panelis. Rerata skor penilaian panelis terhadap warna kain batik hasil pewarna alami cangkang kelapa sawit dengan perlakuan mordanting pemansan 1 jam dan mordanting 24 jam perendaman dengan perbedaan bahan fiksator tawas, kapur dan jeruk dapat dilihat bahwa rerata warna panelis lebih suka dengan kode sampel 618 dengan nilai skor tertinggi (3,81) hasil warna yang dihasilkan cenderung lebih gelap karena perlakuan mordanting perendaman 24 jam difiksasi kapur memiliki warna paling gelap yang diasumsikan warna yang paling baik. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sulaeman (2000) bahwa adanya Ca^{2+} dari larutan kapur menyebabkan ikatan antara ion-ion dan tanin yang di dalam serat berikatan dengan serat lain, sehingga molekul zat warna tetap di dalam serat menjadi lebih kuat dan tidak mudah keluar. Berbeda dengan kode sampel 281 memiliki nilai terendah dengan skor (1,96) karena warna yang dihasilkan terang mendekati warna putih sehingga rerata panelis tidak menyukainya. Hal ini menunjukkan bahwa perlakuan kode sampel 618 yaitu mordanting perendaman 24 jam difiksasi kapur merupakan perlakuan terbaik untuk menghasilkan warna kain batik yang disukai panelis.

b. Kenampakan

Hasil penelitian menunjukkan pada setiap kode sampel memiliki tingkat kesukaan panelis yang berbeda. Rerata nilai kenampakan tertinggi

pada sampel dengan kode 618 sebesar 3,9 sedangkan nilai kenampakan terendah pada sampel dengan kode 457 sebesar 1,96. Menurut Handayani dan Maulana (2013), kenampakan warna yang dihasilkan terjadi karena adanya reaksi dari senyawa flavanoid dengan logam Al^{3+} pada tawas dan Ca^{2+} pada kapur tohor sebagai bahan fiksator, sehingga memberikan arah warna yang berbeda pada proses mordan yang diaplikasikan pada kain katun. Artinya, setiap perbedaan perlakuan akan memberikan tingkat kecerahan warna yang berbeda pada kain hasil pewarna alami kelapa sawit. Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa kenampakan suatu kain batik dapat dipengaruhi oleh proses mordanting dan bahan fiksator yang digunakan.

c. Keseluruhan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perlakuan pada setiap sampel dengan kode yang berbeda berpengaruh nyata terhadap tingkat kesukaan panelis. Rerata skor penilaian panelis terhadap tingkat keseluruhan kain hasil pewarna alami cangkang kelapa sawit dengan perbedaan proses mordanting dan fiksator yang berbeda dapat dilihat bahwa sampel dengan kode 618 lebih disukai panelis karena lebih halus dengan rerata nilai skor tertinggi 3,77 (menyukai) sedangkan pada sampel dengan kode 281 tingkat keseluruhan kain dengan rerata nilai skor terendah sebesar 2 dengan deskripsi kain yang tidak terlalu kasar, tidak kaku, cenderung lebih terang dan warna tidak merata. Hal ini didukung dengan pernyataan Suheryanto (2010), bahwa kapur memiliki warna putih atau putih keabu-abuan, dan kadang-kadang bernoda kekuningan atau kecokelatan yang disebabkan oleh adanya unsur besi. Sifat-sifat fisik kapur adalah berbentuk gumpalan yang tidak teratur,

memiliki warna putih. Penggunaan larutan kapur sebagai fiksator merupakan penambahan garam-garam klorida atau oksalat dari basa-basa organik yang dapat meningkatkan afinitas zat warna terhadap selulosa/serat/kain katun. Artinya, penggunaan kapur sebagai fiksator dapat meningkatkan tingkat afinitas selulosa/serat/kain menjadi semakin baik.

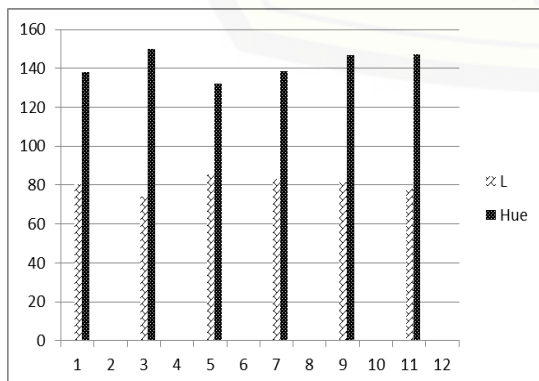
Hasil Uji Kualitas Warna Menggunakan Color Reader

Pengukuran warna dilakukan dengan alat color reader. Prinsip dari *color reader* adalah pengukuran perbedaan warna melalui pantulan cahaya oleh permukaan sampel. Alat ini dapat membedakan warna kain batik berdasarkan *Lightness* (L) dan *Hue* (H). Nilai kecerahan dan *Hue* kain batik dari penelitian disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Hasil uji kualitas warna menggunakan color reader

Sampel	L*	Hue°
F1M1	80,54±6,03	137,84±17,98
F1M2	74,11±3,25	150,12±2,17
F2M1	85,31±4,24	132,08±16,88
F2M2	83,21±1,41	138,50±4,90
F3M1	81,26±3,01	146,56±1,24
F3M2	78,14±3,35	147,15±1,80

Hasil uji kualitas warna bila disajikan menggunakan grafik dapat dilihat pada Gambar 2.



F1 F1 F2 F2 F3 F3
Gambar 2. Uji Kualitas Warna Menggunakan Color Reader

Keterangan :

F1M1 = mordanting perendaman 24 jam, fiksator kapur

F1M2 = mordanting pemanasan 1 jam, fiksator kapur

F2M1 = mordanting perendaman 24 jam, fiksator jeruk

F2M2 = mordanting pemanasan 1 jam, fiksator jeruk

F3M1 = mordanting perendaman 24 jam, fiksator tawas

F3M2 = mordanting pemanasan 1 jam, fiksator tawas

Nilai *lightness* merupakan tingkatan warna berdasarkan pencampuran dengan unsur warna putih sebagai unsur warna yang memunculkan kesan terang atau gelap. Nilai korelasi warna *lightness* berkisar antara 0 untuk warna paling gelap (hitam) dan 100 untuk warna paling terang (putih). Dari grafik tersebut tampak bahwa sampel kain batik F2M1 memiliki nilai L lebih tinggi (paling cerah) dari perlakuan mordanting dengan perendaman 24 jam, fiksator jeruk yaitu sebesar 85,31±4,24 dibandingkan dengan sebesar F1M2 dari perlakuan mordanting dengan pemanasan 1 jam, fiksator kapur yaitu sebesar 74,11±3,25 (paling gelap). Hal ini disebabkan oleh adanya perbedaan lama perlakuan mordanting dan perbedaan bahan fiksator. Perbedaan pada saat proses mordanting mempengaruhi kecerahan warna yang dihasilkan, begitu juga dengan perbedaan bahan fiksator yang digunakan. Proses mordanting yang baik akan menghasilkan warna yang permanen dan menghasilkan kerataan serta ketajaman warna yang baik (Roetjito, 1979). Perlakuan dengan mordanting pemanasan 1 jam (F1M2) lebih menghasilkan warna lebih gelap dibandingkan perlakuan

mordanting perendaman 24 jam (F2M1). Hal ini dikarenakan pada saat proses mordanting pemanasan 1 jam pori-pori kain katun terbuka sehingga meningkatkan daya tarik zat warna alam dan menghasilkan kerataan dan ketajaman warna yang baik pada kain batik. Bahan fiksator menggunakan tawas cenderung menghasilkan warna kearah gelap sedangkan bahan fiksator cenderung menghasilkan warna kearah terang.

Nilai *hue* adalah karakteristik warna berdasarkan cahaya yang dipantulkan oleh objek yang merupakan nilai keseluruhan yang didominasi pada suatu produk atau warna utama produk. Hasil pengukuran nilai *hue* kain batik menunjukkan bahwa nilai *hue* tertinggi terdapat pada sampel F1M2 sebesar $150,12 \pm 2,17$, sedangkan nilai *hue* terendah terdapat pada sampel F2M1 sebesar $132,08 \pm 16,88$. Nilai *hue* yang didapatkan kemudian dimasukkan pada rumus konversi sehingga dapat dideskripsikan warnanya berdasarkan **Tabel 2**.

Tabel 2. Deskripsi warna berdasarkan *hue angle*

°Hue [arc tan (b/a)]	Deskripsi warna
18-54	<i>Red (R)</i>
54-90	<i>Yellow Red (YR)</i>
90-126	<i>Yellow (Y)</i>
126-162	<i>Yellow Green (YG)</i>
162-198	<i>Green (G)</i>
198-234	<i>Blue Green (BG)</i>
234-270	<i>Blue (B)</i>
270-306	<i>Blue Purple (BP)</i>
306-342	<i>Purple (P)</i>
342-18	<i>Red Purple (RP)</i>



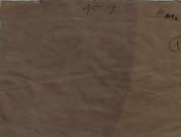



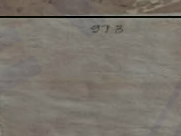
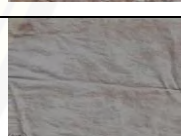

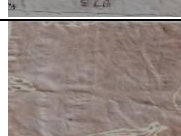


Berdasarkan hasil analisis dari semua sampel menunjukkan bahwa nilai *hue* yang diperoleh dideskripsikan yellow green (YG). Salah satu faktor yang mempengaruhi oleh kandungan flavanoid dan karbon pada cangkang kelapa sawit yang memberikan warna coklat. Proses

fiksasi dengan kapur, tawas dan jeruk nipis akan memberikan warna kuning kehijauan karena pengaruh kandungan kimia yang terdapat dalam bahan fiksasi, yakni Ca^{2+} dan Al^{3+} pada kapur dan tawas yang memberikan warna kearah lebih gelap sedangkan difiksasi dengan ekstrak jeruk nipis akan memberikan warna kearah lebih cerah

Hasil uji ketahanan luntur terhadap gosokan dan pencucian

Berdaskan hasil pengamatan perubahan warna dari hasil ekstraksi cangkang kelapa sawit dengan pengujian tahan luntur terhadap gosokan dan pencucian dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. Hasil uji ketahanan luntur terhadap gosokan dan pencucian

SAMPEL	SEBELUM	SESUDAH
F1M1		
F1M2		
F2M1		
F2M2		
F3M1		
F3M2		

Berdasarkan hasil pewarnaan secara visual diperoleh warna kecoklatan, seperti pada **Tabel 3**. Arah warna yang didapatkan disebabkan oleh kandungan zat cangkang kelapa sawit sehingga memberikan warna coklat kekuningan. Sampel F1M2 hasil mordanting pemanasan 1 jam yang difiksasi dengan kapur memiliki perbedaan yang tidak terlalu terlihat pada saat sebelum dan sesudah dilakukan penggosokan dan pencucian dibandingkan dengan sampel F3M2 dari hasil mordanting perendaman 24 jam difiksasi tawas. Hal ini diduga adanya interaksi dari hasil ekstraksi cangkang kelapa sawit dapat meresap baik ke dalam serat kain dan diikat baik dengan bahan fiksasi sehingga pada saat melakukan pengujian terhadap gosokan dan pencucian deterjen, zat warna yang terdapat pada kain tidak mudah lepas.

KESIMPULAN

Hasil uji organoleptik yang paling banyak disukai panelis yaitu sampel dengan kode 618 dengan perlakuan mordanting perendaman 24 jam (M1) menggunakan bahan fiksator kapur tohor (F1).

Hasil uji warna menggunakan *color reader* menunjukkan hasil *L (lightness)* tertinggi diperoleh pada F2M1 yaitu dengan perlakuan mordanting perendaman 24 jam dan bahan fiksator jeruk nipis, namun dari semua sampel menunjukkan hasil yang tidak jauh yaitu berkisar 74-85 yang menunjukkan hasil yang mendekati warna terang (putih). Nilai Hue dari semua sampel menunjukkan nilai berkisar 132-150 yang menandakan warna *Yellow Green (YG)*.

Hasil uji ketahanan luntur terhadap gosokan dan pencucian menggunakan deterjen menunjukkan hasil dari semua sampel memiliki hasil yang tidak jauh berbeda perubahan warnanya namun ada satu sampel yang sangat terlihat perubahannya yaitu sampel F3M2 dan

yang tidak terlalu terlihat perubahannya sampel F1M2

SARAN

Perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai metode pembuatan pewarna alami kain batik menggunakan cangkang kelapa sawit yang menghasilkan warna tajam dan rata pada pewarnaan kain batik, mengingat banyaknya limbah kelapa sawit yang melimpah dan tidak banyak dimanfaatkan.

KEPUSTAKAAN

- Akhmad Sofwan. (2015). "Belajar PHP dengan Framework CodeIgniter", [online] Available : <http://mcd.bis.telkomuniversity.ac.id/file/CodeIgniter/belajar-php-dengan-framework-code-igniter.pdf>
- Agustina, H. 2006. Land Aplication Sebagai Alternatif 3R Pada Industri Kelapa Sawit. Kementrian Negara Lingkungan Hidup. Pengelolaan Bahan dan Limbah Berbahaya dan Beracun. <http://menlh.go.id>. [diakses pada 06 Juni 2018].
- Bechtold T, Rita Mussak. 2009. "Handbook of Natural Colorant". Leopold-Franzens University : Austria
- BPS, Biro Pusat Statistik. (2015). Nilai Produksi dan Biaya Produksi per Hektar Usaha Perkebunan Kelapa Sawit dan Tebu. <http://www.bps.go.id/linkTabelStatistik/view/id/1853>. Jakarta: BPS
- [BSN] Badan Standarisasi Nasional., 2014. SNI 7182:2015, "Kelapa sawit", Badan Standar Nasional.
- Handayani, P.A., dan Maulana, I. (2013). Pewarna alami batik dari kulit soga tingi (Ceriops tagal) dengan metode ekstraksi. *Jurnal Bahan Alam Terbarukan*. 2(2): 1-6.
- Hutching, J.B. 1999. *Food Color and Appearance*. Aspen publisher Inc., Maryland.

- Roetjito, dkk. Teori Pengujian Tekstil 1, DMPK Jakarta, Depdikbud, 1979.
- Pardamean, Maruli., (2014), Mengelola Kebun dan Pabrik Kelapa Sawit Secara Profesional, Jakarta: Penebar Swadaya
- Paryanto, Purwanto, A., Kwartiningsih, E., dan Mastuti, E. 2012. Pembuatan Zat warna Alami dalam Bentuk Serbuk untuk Mendukung Industri Batik di Indonesia. Jurnal Rekayasa Proses, 6(1): 26-29
- Suheryanto, D dan Haryanto, G. (2008). Pengaruh konsentrasi tawas terhadap ketuaan dan ketahanan luntur warna pada pencelupan kain sutera dengan zat warna gambir. Dinamika Kerajinan dan Batik. (25): 9-16.
- Sugiyono. 2012. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Sulaeman. (2000). Peningkatan Ketahanan Luntur Warna Alam Dengan Cara Pengerjaan Iring. Yogyakarta: Balai Besar Kerajinan Dan Batik.
- Tocharman, M. 2009. Seri Pembelajaran. Diklat/BIMTEK KTSP DIT. Pembinaan SMA : DEP-DIKNAS

**PROFIL KESEHATAN SPIRITUAL TENAGA PENDIDIK AKPER PEMKAB
LUMAJANG**

**(PROFILE OF SPIRITUAL HEALTH OF EDUCATORS LUMAJANG NURSING
ACADEMY)**

Laili Nur Azizah

Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Jl Brigjen Katamso Lumajang Kode Post 67311

e-mail: lailinurazizah3@gmail.com

ABSTRAK

Pendidikan keperawatan merupakan bagian dari pendidikan kesehatan sebagaimana halnya pendidikan kedokteran, kesehatan masyarakat, farmasi, kedokteran gigi dan lain-lain. Sebagaimana halnya bahwa pendidik adalah juga sebagai pemimpin, maka terdapat beberapa cara agar seseorang bisa memiliki karakter Powerful Leader. Diantaranya adalah membangun seorang powerful leader berbasis spiritualitas, atau dengan kata lain, seorang pemimpin yang tangguh dan berhati nurani. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan profil kesehatan spiritual tenaga pendidik Akper Pemkab Lumajang. Jenis penelitian yang dipilih adalah deskriptif. Sedangkan rancangan penelitian yang digunakan adalah cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga pendidik Akper Pemkab Lumajang, dengan teknik sampling menggunakan total sampling. Sampel yang digunakan adalah 21 orang. Tempat penelitian di Akper Pemkab Lumajang dengan waktu yang dibutuhkan untuk pengambilan data adalah selama 2 minggu. Instrument yang digunakan adalah menggunakan kuesioner Indonesia Spiritual Health Assessment (ISHA) dari C-Net (centre for neuroscience health and Spirituality) UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada responden, 11 orang mempunyai pengalaman spiritual excellent, 10 orang mempunyai pengalaman spiritual optimal, 14 orang mempunyai emosi positif excellent, 7 orang mempunyai emosi positif optimal, 17 orang mempunyai makna hidup excellent, 4 orang mempunyai makna hidup optimal, 13 orang mempunyai ritual excellent, 8 orang mempunyai ritual optimal. Kesimpulan hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden menunjukkan mempunyai pengalaman spiritual, emosi positif, makna hidup dan ritual berada pada kategori excellent. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesehatan spiritual tenaga pendidik pada Akper Pemkab Lumajang sebagian besar excellent.

Kata kunci: Kesehatan Spiritual, tenaga pendidik

ABSTRACT

Nursing education is part of health education as well as medical education, public health, pharmacy, dentistry and others. Just as the educator is also a leader, there are several ways that a person can have a Powerful Leader character. Among them is building a powerful leader based on spirituality, or in other words, a leader who is tough and conscientious. The purpose of this study is to explain the profile of spiritual health of educators Lumajang Nursing Academy. The research type chosen is descriptive. While the research design used is cross sectional. Population in this research is all educator Lumajang Nursing Academy, using total sampling. The sample used is 21 people. The research site in Lumajang Nursing Academy with the time required for data collection is for 2 weeks. The instrument used is the Indonesian Spiritual Health Assessment (ISHA) questionnaire from C-NET (center for neuroscience health and Spirituality) UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta. The result is 11

people have experience of spiritual excellent, 10 people have optimal spiritual experience, 14 people have excellent positive emotion, 7 people have optimal positive emotion, 17 people have the meaning of life is excellent, 4 people have optimal life meaning, 13 people have excellent ritual, 8 people have optimal ritual. The conclusion of the research shows that most of the respondents show that they have spiritual experience, positive emotion, life meaning and ritual are in the excellent category. The results showed that the spiritual health of educators at Lumajang Nursing Academy mostly excellent.

Keywords: Spiritual Health, Educators

PENDAHULUAN

Pendidikan keperawatan merupakan bagian dari pendidikan kesehatan sebagaimana halnya pendidikan kedokteran, kesehatan masyarakat, farmasi, kedokteran gigi dan lain-lain. Perkembangan pendidikan keperawatan sudah dimulai sejak lokakarya tahun 1983 dengan dibenahi sistem pendidikan melalui peningkatan sistem pendidikan ke jenjang pendidikan tinggi sebagai syarat pendidikan profesional. Pada proses transformasi perilaku pendidikan keperawatan mampu merubah peserta didik untuk mencapai profesional perawat dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan benar dan baik. Sebagai institusi pendidikan tinggi keperawatan harus mampu membina dan menumbuhkan sikap dan tingkah laku profesional sesuai dengan kemampuan profesi, memberi landasan ilmu pengetahuan yang kokoh baik kelompok ilmu keperawatan atau kelompok ilmu dasar atau penunjang asuhan keperawatan, membina ketrampilan profesional yang mencakup ketrampilan intelektual, teknikal dan interpersonal serta membina landasan etik keperawatan sebagai dasar dalam kehidupan keprofesian (Aziz Alimul H, 2002).

Disamping itu, pihak-pihak yang mengelola pendidikan tinggi keperawatan dan pihak-pihak yang berkepentingan atau berhubungan dengan pendidikan tinggi keperawatan agar benar-benar memahami arti dan makna pendidikan keperawatan sebagai pendidikan profesi dan melaksanakan pendidikan keperawatan secara keseluruhan. Perkembangan keperawatan Indonesia di masa depan sangat tergantung pada keberhasilan dalam

membina pendidikan tinggi keperawatan (Nursalam dan Ferry E, 2012).

Dalam pengembangan standar kompetensi perawat, dibutuhkan 25 karakter diantaranya adalah berperilaku etis. Dalam penguasaan soft skill berperilaku etis, pendidik diharapkan dapat memotivasi (berbagi pengalaman, studi kasus, kisah sukses), memberi tugas yang bersifat tantangan, memberi teladan, serta memberi penghargaan atas prestasi mahasiswa (Nursalam dan Ferry E, 2012).

Pendidik ialah orang yang memikul pertanggungjawaban untuk mendidik. Pengertian pendidik ini meliputi: orang dewasa, orang tua, guru, pemimpin masyarakat, dan pemimpin agama. Secara umum dikatakan bahwa setiap orang dewasa dalam masyarakat dapat menjadi pendidik, sebab pendidikan merupakan suatu perbuatan sosial, perbuatan fundamental yang menyangkut keutuhan perkembangan pribadi anak didik menuju pribadi dewasa susila (Hasbullah, 2009). Sebagaimana halnya bahwa pendidik adalah juga sebagai pemimpin, maka terdapat beberapa cara agar seseorang bisa memiliki karakter Powerful Leader. Diantaranya adalah membangun seorang powerful leader berbasis spiritualitas, atau dengan kata lain, seorang pemimpin yang tangguh dan berhati nurani. Cirinya adalah mereka sangat sadar untuk mempelajari diri mereka sendiri. Seorang powerful leader senantiasa menyadari bahwa fisik, emosi dan spiritual adalah modal dasar yang sangat penting untuk menjalankan kegiatan. Intelektual Quotient (IQ) penting dalam kehidupan agar bisa memanfaatkan teknologi demi efisiensi dan efektifitas. Peran Emotional Quotient (EQ) adalah

untuk membangun hubungan antar manusia yang baik dan efektif. Sedangkan Spiritual Quotient (SQ) mengajarkan nilai-nilai kebenaran. Spiritualisme mampu menghasilkan lima hal, yaitu: integritas atau kejujuran, energy atau semangat, inspirasi atau ide dan inisiatif, wisdom atau kebijaksanaan, serta keberanian dalam mengambil keputusan dalam kehidupan sebagai manusia (Agustian, Ary Ginanjar, 2003).

Kesehatan spiritual merupakan keharmonisan antara individu dengan orang lain, alam dan kehidupan yang tertinggi. Keharmonisan ini dicapai ketika seseorang menemukan keseimbangan antara nilai, tujuan dan sistem mereka dengan hubungan mereka di dalam diri dan dengan orang lain. Setiap individu mempunyai tiga kebutuhan yang harus dipenuhi untuk mencapai sehat spiritual, yaitu kebutuhan akan arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan berhubungan, dan kebutuhan untuk mendapatkan pengampunan (Hungelmann et al, 1985, dalam Potter dan Perry, 2005).

Pembangunan karakter dijadikan sebagai motto utama kementerian Pendidikan Nasional sejak setahun lalu, begitu juga dengan pembinaan mental pada pelbagai institusi, tetapi fakta menunjukkan bahwa sebagian besar anak bangsa belum betul-betul mengembangkan dengan baik seluruh potensi yang dimilikinya, terutama potensi spiritual (UIN Sunan Kalijaga, 2012). Realita yang terjadi adalah proses pendidikan banyak menekankan pada segi kognitif saja, apalagi hanya nilai-nilai ujian yang menjadi standart kelulusan, sehingga peserta didik tidak berkembang menjadi manusia yang utuh. Akibat selanjutnya, akan terjadi beragam tindakan yang tidak baik seperti yang akhir-akhir ini terjadi : perkelahian, penghilangan etnis, ketidakadilan, kesenjangan ekonomi, korupsi, ketidakjujuran dan sebagainya (Salamah, 2011). Dari pemberitaan media elektronik banyak menampilkan berita-berita tentang VCD porno mahasiswa, aksi

tawuran dan perkelahian, narkoba, alkohol, seks bebas, demo anarkis sampai dengan tindak kriminalitas. Menurut laporan yang dicetak oleh Kompas Cyber Media pada tanggal 5 Februari 2001, dari 2 juta pecandu narkoba dan obat-obat berbahaya, 90% diantaranya adalah generasi muda, termasuk diantaranya 25.000 adalah mahasiswa (Sinulingga, R, 2008).

Sehingga belum tampak adanya suatu kesehatan spiritual komunitas (*spiritual community health*) yang menjadi kekuatan pendorong bagi perubahan bangsa yang mestinya dimiliki oleh masyarakat Indonesia, melalui titik tumpunya pada kesehatan spiritual individual. Ini artinya, masalah potensi spiritual manusia belum menjadi perhatian penting dibandingkan dengan pengembangan potensi fisik dan mental (UIN Sunan Kalijaga, 2012).

Sebagai satu-satunya perguruan tinggi kesehatan milik Pemerintah Kabupaten Lumajang, Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang mengembangkan ilmu pengetahuan tidak saja bersumber dari metode-metode ilmiah kesehatan, tetapi juga menekankan spiritualitas dalam kehidupan kampus sehari-hari. Akper Pemkab Lumajang menyelenggarakan kajian Islam di sela-sela kegiatan pembelajaran dalam setiap minggunya. Tetapi hal tersebut tidaklah cukup untuk mencetak perawat yang tangguh secara mental dan spiritual. Untuk mewujudkan harapan ini, maka dibutuhkan tenaga pendidik yang mempunyai semangat dan tingkat spiritual yang tinggi pula. Dari fenomena tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Profil Kesehatan Spiritual Tenaga pendidik Pada Akper Pemkab Lumajang Tahun 2016.

Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan profil kesehatan spiritual tenaga pendidik Akper Pemkab Lumajang meliputi pengalaman spiritual, emosi positif, makna hidup, dan ritual.

METODE

Jenis penelitian yang dipilih adalah deskriptif. Sedangkan rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga pendidik Akper pemkab Lumajang, dengan teknik sampling menggunakan total sampling. Sampel yang digunakan adalah 21 orang dengan karakteristik responden tercatat aktif sebagai tenaga pendidik Akper Pemkab Lumajang, memiliki NIDN, serta bersedia menjadi responden penelitian.

Tempat penelitian di Akper Pemkab Lumajang dengan waktu yang dibutuhkan untuk pengambilan data adalah selama 2 minggu.

Instrument yang digunakan untuk mengukur kesehatan spiritual adalah menggunakan kuesioner *Indonesia Spiritual Health Assessment (ISHA)* dari C-Net (centre for neuroscience health and Spirituality) UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta. ISHA terdiri dari total 117 item terdiri dari 90item spiritualitas dan 27 item dominansi otak. Hasil tes berupa profil kesehatan excellent, optimal dan improvement.

Prosedur pengambilan data dengan cara peneliti mendatangi responden berdasarkan kriteria inklusi. Setelah mendapatkan persetujuan responden, maka dilakukan pengisian kuesioner ISHA pada. Kuesioner bisa dibawa pulang dan responden diminta untuk mengisi kuesioner. Lembar jawab kuesioner yang telah terisi diserahkan kepada tim C-NET UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta untuk dilakukan proses skoring, dan hasil skoring ISHA dikirimkan kembali oleh C-NET UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta kepada peneliti untuk dilakukan analisis.

Analisa data dilakukan dengan cara pengkodean data, pemindahan data ke computer dan kemudian hasil pengolahan data ditampilkan dalam bentuk numeric dalam table distribusi frekuensi.

HASIL

Karakteristik sampel yang meliputi umur, jenis kelamin, dan riwayat pendidikan.

Tabel 1. Distribusi umur responden

Umur (tahun)	n	%
18-40	15	71.4
40-60	6	28.6
>60	0	0
Total	21	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada usia dewasa menengah/madya (40-60 tahun).

Tabel 2. Distribusi jenis kelamin responden

Jenis Kelamin	n	%
Laki-laki	8	39.1
Perempuan	13	61.9
Total	21	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan.

Kesehatan Spiritual

Dari hasil skoring kuesioner, didapatkan peta kesehatan spiritual sebagai berikut:

Tabel 3. Peta Kesehatan Spiritual berdasarkan Pengalaman Spiritual, Emosi Positif, Makna Hidup, dan Ritual pada responden

Kesehatan Spiritual	Pengalaman Spiritual		Emosi Positif		Makna Hidup		Ritual	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Excellent	11	52.4	14	66.7	17	80.9	13	61.9
Optimal	10	47.6	7	33.3	4	19.1	8	39.1
Improvement	0	0	0	0	0	0	0	0
Jumlah	21	100	21	100	21	100	21	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada responden, 11 orang mempunyai pengalaman spiritual excellent, 10 orang mempunyai pengalaman spiritual optimal, 14 orang mempunyai emosi positif excellent, 7 orang mempunyai emosi positif optimal, 17 orang mempunyai makna hidup excellent, 4 orang mempunyai makna hidup optimal, 13 orang mempunyai ritual excellent, 8 orang mempunyai ritual optimal.

PEMBAHASAN

Kesehatan Spiritual

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesehatan spiritual tenaga pendidik pada Akper Pemkab Lumajang sebagian besar excellent. Artinya kelompok subyek yang diperiksa, secara umum, memiliki ciri-ciri spiritualitas yang diinginkan kebanyakan orang yang ingin menjadi orang baik. Dalam kaitannya dengan fungsi otak, kelompok subyek menunjukkan fungsi dari 5 sistem otak yang berada pada rata-rata (Average) hingga di atas rata-rata (Optimal). Hal ini berarti kelompok subyek memiliki otak yang berfungsi dengan baik. Kelompok subyek menunjukkan keseimbangan antara kegiatan ritual dan spiritualitas.

Spiritualitas adalah pandangan pribadi dan perilaku yang mengekspresikan rasa keterkaitan ke dimensi transcendental atau untuk sesuatu yang lebih besar dari diri (Rees, 1987, dalam Asy'arie et al, 2012). Spiritualitas merupakan suatu kecenderungan untuk membuat makna hidup melalui hubungan intrapersonal, interpersonal dan transpersonal dalam mengatasi berbagai masalah kehidupan (Yusuf, 2017).

Kesehatan Spiritual atau kesejahteraan adalah "rasa keharmonisan saling kedekatan antara diri dengan orang lain, alam dan dengan kehidupan yang tertinggi" (Hungelmann et al, 1985, dalam Potter & Perry, 2005). Rasa keharmonisan ini dicapai ketika seseorang menemukan keseimbangan antara nilai, tujuan, dan sistem keyakinan mereka dengan

hubungan mereka di dalam diri mereka sendiri dan dengan orang lain. Ketidakseimbangan spiritual (Spirituality Disequilibrium) adalah sebuah kekacauan jiwa yang terjadi ketika kepercayaan yang dipegang teguh tergoncang hebat. Kekacauan ini seringkali muncul ketika penyakit yang mengancam hidup berhasil didiagnosis (Taylor, 2002, dalam Young, 2007). Indikator terpenuhinya kebutuhan spiritual adalah adanya rasa keharmonisan, saling kedekatan antara diri sendiri, orang lain, alam dan hubungan dengan yang Maha Kuasa (Yusuf, 2017).

Kesehatan spiritual adalah kondisi yang dalam pandangan sufistik disebut sebagai terbebasnya jiwa dari berbagai penyakit ruhaniah, seperti syirk (polytheist), kufr (atheist), nifaq atau munafik (hypocrite), dan fusuq (melanggar hukum). Kondisi spiritual yang sehat terlihat dari hadirnya ikhlas (ridha dan senang menerima pengaturan Illahi), tauhid (meng-Esa-kan Allah), tawakal (berserah diri sepenuhnya kepada Allah) (Hendrawan, S., 2010).

Kegiatan spiritual dalam otak manusia menurut Newberg dan D'Aquili dikutip oleh Pasiak 2012 melibatkan sejumlah komponen otak yang disebut operator kognitif yang menghasilkan pengalaman spiritual yang dapat diamati, yang terdiri dari: 1) pre frontal cortex, 2) area asosiasi, 3) system limbic, dan 4) system syaraf otonom (Yusuf, 2017).

Kesehatan spiritual tenaga pendidik pada Akper Pemkab Lumajang berada dalam kategori excellent, hal ini dapat dipengaruhi oleh kesibukan kegiatan spiritualitas tiap personal dalam kesehariannya. Usia responden yang berada dalam rentang 18-40 tahun dimana pada masa usia ini, seseorang sudah mengalami masa-masa pertengahan batin, ajakan/seruan dan sugesti, faktor emosi dan kemauan. Masa ini ditandai dengan adanya perubahan mental (Daradjat, Z, 1996).

Otak dalam melaksanakan tugasnya sebagai kesatuan fungsional

sangat berperan dalam hal ini. Terutama adalah nukleus kaudatus, bersama dengan hipokampus dalam lobus temporalis ternyata berfungsi dalam perilaku yang disebut refleks orientasi. Yakni suatu perilaku yang semula tidak terbiasa, tetapi berangsur-angsur menjadi terbiasa (Markam, 2010). Perilaku manusia sehari-hari sebagian juga berdasarkan pada pembentukan refleks terkondisi. Kegiatan sehari-hari kelompok responden bisa dikaitkan dengan refleks terkondisi ini, dimana responden harus bangun pagi, shalat subuh, mengikuti kajian agama (di TV atau radio atau membaca buku agama), berangkat bekerja, serta mengikuti kajian Islam di kampus (sekali dalam seminggu). Rutinitas dan ritual juga penting bagi pembelajaran yang optimal, karena rutinitas dan ritual dapat menyeimbangkan kekacauan dan ketidakpastian (Jensen, 2008).

Hal ini menguatkan teori bahwa adanya kegiatan keagamaan dapat selalu mengingatkan keberadaan dirinya dengan Tuhan, dan selalu mendekatkan diri kepada Penciptanya (Hidayat, 2006). Agama juga berkontribusi pada rasa perpaduan dan pengalaman hidup seperti yang diharapkan, dan semuanya dihubungkan dengan kesehatan fisik dan mental yang lebih baik (Antonovsky, 1987, dalam Hussain D, 2010).

Faktor lain yang mungkin bisa mempengaruhi adalah pengalaman hidup sebelumnya. Seperti yang diungkapkan oleh Taylor, et al (1997) dan Craven & Hirnle (1996) dalam Hamid (2000) bahwa pengalaman hidup baik yang positif maupun yang negatif dapat mempengaruhi spiritual seseorang dan sebaliknya juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual pengalaman tersebut. Peristiwa dalam kehidupan seseorang dianggap suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia menguji imannya. Hal ini ditunjang pula dengan kondisi rentang usia responden yang homogen yaitu dalam tahap dewasa muda. Pada tahap ini individu menjalani proses

perkembangannya dengan melanjutkan pencarian identitas spiritual, memikirkan untuk memilih nilai dan kepercayaan mereka yang dipelajari saat kanak-kanak dan berusaha melaksanakan sistem kepercayaan mereka sendiri.

Pengalaman Spiritual

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengalaman sebagian besar dari responden mempunyai pengalaman spiritual excellent.

Pengalaman spiritual adalah manifestasi spiritual dalam hubungan intrapersonal, dimana seseorang mengalami suatu pengalaman spesifik dan unik berupa penyatuan dengan Zat Kudus dalam pelbagai tingkatannya, bermula dari suatu pengalaman estetik-inderawi ke pengalaman penyatuan yang lebih hakiki. Pengalaman ini dapat membuat seseorang lebur dan hilang dari dirinya sendiri, menyatu dengan alam sekitarnya, dan merasakan adanya kehadiran Tuhan dalam setiap peristiwa dan entitas. Dimensi pengalaman spiritual ditunjukkan dengan merasakan dekat dan bersahabat dengan alam semesta, menemukan Tuhan dibalik semua peristiwa, merasakan kehadiran Tuhan dalam keseharian, merasakan teguran Tuhan ketika melakukan kesalahan, merasakan kesan istimewa pada semua peristiwa dekat dan bersahabat dengan alam semesta, serta mengalami perasaan menyatu dengan Tuhan (Pasiak, 2012).

Kata kunci dalam pencapaian pengalaman spiritual adalah estetika (pengalaman indrawi biasa yang bersifat estetis), takjub (pengalaman indrawi yang sensasional atau di luar kelaziman), dan penyatuan (pengalaman non indrawi) (Yusuf, 2017).

Cortex Pre Frontalis sangat berperan dalam memperoleh pengalaman spiritual dan pencapaian makna hidup. Cortex Pre Frontal yang sehat umumnya dikaitkan dengan keadaan sadar dimana kemampuan berpikir mendominasi setiap tindakan (Pasiak, 2012). Hal ini dibuktikan

dari hasil skoring kuesioner bahwa separuh dari dua kelompok responden menunjukkan dominansi otak cortex pre frontalis yang optimal (fungsi diatas rata-rata), serta sisa responden menunjukkan dominansi otak cortex pre frontalis yang average (fungsi rata-rata).

Emosi Positif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai emosi positif excellent.

Emosi positif merupakan manifestasi spiritualitas dalam hubungan intrapersonal, dimana seseorang memahami dinamika kehidupan dan persoalan dalam konteks syukur, sabar dan ikhlas. Dalam manifestasi ini pikiran sadar menjadi pengendali setiap ekspresi. Dengan ini, seseorang memiliki nilai-nilai kehidupan yang didasari oleh kemampuan berpikir yang tepat (Pasiak, 2012). Kata kunci pencapaian emosi positif adalah dengan syukur, atas segala sesuatu yang sudah diberikan oleh Tuhan tanpa melalui usaha sendiri. Syukur jika diberi keberhasilan setelah melakukan usaha adalah syukur yang lebih rendah nilainya dibandingkan dengan bersyukur atas sesuatu yang diberikan tanpa adanya usaha sama sekali). Sabar, membuat segala sesuatu yang pahit dan tidak nyaman berada dibawah control diri dan tidak sekedar menahan diri. Dan ikhlas, melepaskan sesuatu secara sadar tanpa ada penyesalan (Yusuf, 2017).

Sistim Limbik berperan dalam ekspresi emosi positif. Sistim Limbik yang sehat umumnya dikaitkan dengan emosi yang sehat. Sistim Limbik yang sehat terjadi jika sistim limbik bekerja sama secara dinamis dengan cortex pre frontalis. Sedangkan gyrus cingulatus berperan penting sebagai fasilitator hubungan sistim limbik dan cortex pre frontalis. Gyrus cingulatus yang sehat dikaitkan dengan emosi yang terkelola dengan baik. Emosi menggerakkan atensi, menciptakan makna, dan memiliki jalur memorinya sendiri (Joseph LeDoux dalam Jensen, 2008).

Disinilah sistim limbik terlibat dalam pengaturan kondisi emosional. Ketika sistim limbik kurang aktif, kondisi pikiran umumnya positif dan lebih berharap. Ketika bagian ini terlalu aktif, pikiran negatiflah yang mengambil alih. Emosi di sistim limbik merupakan penyaring yang menentukan bagaimana emosi/perasaan kita dalam menterjemahkan semua peristiwa yang terjadi dalam sehari (Asy'arie, 2012). Hal ini dibuktikan dengan hasil skoring kuesioner menunjukkan bahwa separuh responden menunjukkan dominansi otak sistim limbik yang optimal (fungsi diatas rata-rata), serta sisa responden menunjukkan dominansi otak sistim limbik yang average (fungsi rata-rata). Sedangkan pada fungsi gyrus cingulatus, sebagian besar dua kelompok responden menunjukkan fungsi average (fungsi rata-rata), dan hanya sebagian kecil saja yang mempunyai fungsi optimal (fungsi diatas rata-rata).

Lamsudin dalam Asy'arie (2012) mengungkapkan bahwa dari hasil penelitian membuktikan bahwa ukuran sistim limbik pada wanita rata-rata lebih besar dibandingkan lelaki. Karena itu, maka perempuan mudah tersentuh dan secara umum lebih mampu mengungkapkan perasaannya daripada lelaki. Mereka lebih mampu membentuk ikatan dan terhubung dengan orang lain. Sistem limbik yang lebih besar membuat perempuan lebih rentan terhadap depresi, terutama saat terjadi perubahan hormon yang signifikan, seperti awal pubertas, sebelum masa haid, setelah melahirkan dan saat menopause. Teori ini menguatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden adalah mempunyai jenis kelamin perempuan.

Emosi adalah aspek integral dari sistem pengoperasian neural. Emosi mempercepat kemampuan berfikir dengan memberikan respon fisik langsung kepada keadaan di sekeliling kita. Emosi dibangkitkan dari jalur yang diotomatisasikan secara biologis. Keenam emosi ini adalah senang, takut,

terkejut/heran, jijik, marah dan sedih. Emosi adalah katalis yang mempengaruhi konversi pikiran ke dalam hal-hal fisik dalam tubuh. Ia mendistribusikan molekul-molekul peptida ke seluruh tubuh seperti sel-sel darah putih. Emosi memicu suasana hati, perilaku dan pada akhirnya kehidupan kita (Jensen, 2008).

Pengaruh emosi terhadap perilaku kita sangatlah besar. Oleh karena itu ia memberikan kepada kita laporan “langsung” setiap saat pada respons tubuh, mereka menerima status prioritas. Jaringan-jaringan penting yang memproses emosi menghubungkan sistem limbik, korteks pre frontal, dan barangkali yang terpenting adalah menghubungkan wilayah-wilayah otak yang memetakan dan mengintegrasikan sinyal-sinyal dari tubuh (Jensen, 2008).

Indikator emosi positif ditunjukkan dengan senang terhadap kebahagiaan orang lain, menikmati dengan kesadaran bahwa segala sesuatu diciptakan atas tujuan tertentu/mengambil hikmah, bersikap optimis akan pertolongan Tuhan, bisa berdamai dengan keadaan sesulit separah apapun, mampu mengendalikan diri, serta bahagia bila melakukan kebaikan (Yusuf, 2017).

Makna Hidup

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden mempunyai makna hidup excellent.

Makna hidup adalah manifestasi spiritualitas berupa penghayatan intrapersonal yang bersifat unik, ditunjukkan dalam hubungan social (interpersonal) yang bermanfaat, menginspirasi dan mewariskan sesuatu yang bernilai bagi kehidupan manusia. Kata kunci dalam pencapaian makna hidup adalah inspiring (menumbuhkan keinginan meneladani dari orang lain) dan legacy (mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan). Indikator makna hidup adalah menolong dengan spontan, memegang teguh janji, memaafkan diri dan orang lain, berperilaku jujur, menjadi

teladan bagi orang lain, serta engutamakan keselarasan dan kebersamaan (Yusuf, 2017).

Cortex pre frontalis berperan utama dalam pencapaian makna hidup. Hal ini dibuktikan dari hasil skoring kuesioner bahwa separuh dari dua kelompok responden menunjukkan dominansi otak cortex pre frontalis yang optimal (fungsi diatas rata-rata), serta sisa responden menunjukkan dominansi otak cortex pre frontalis yang average (fungsi rata-rata). Cortex pre frontal adalah semacam central executive organizer, yang memegang kendali dalam eksekusi, pengambilan keputusan dan menempatkan nilai-nilai dalam setiap tindakan. Salah satu hasil dari kemampuan cortex pre frontal ini adalah makna hidup manusia. Keunikan manusia, keunikan cortex pre frontal dan spiritualitas, membuat makna hidup itu menjadi sangat penting. Ini menjadi tiang penyanggah utama dalam spiritualitas manusia. Seseorang yang mengalami kerusakan pada cortex pre frontal akan mengalami gangguan dalam makna hidup (Pasiak, 2012).

Ritual

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden mempunyai ritual excellent.

Ritual adalah manifestasi spiritualitas berupa tindakan terstruktur, sistematis, berulang, melibatkan aspek motorik-kognisi dan afeksi, yang dilakukan menurut suatu tatacara tertentu baik secara individual maupun komunal. Kata kunci dalam pencapaian ritual adalah kebutuhan (ritual yang didorong oleh kebutuhan, bukan oleh sebab-sebab lain), dan rasa kehilangan sesuatu (jika tidak melaksanakannya). Bentuk ritual antara lain melakukan sembahyang, memanjatkan doa, mengunjungi tempat ibadah, sedekah, dan terlibat aktif dalam komunitas keagamaan. Indikator ritual ditunjukkan dengan merasakan ketergantungan/ membutuhkan Tuhan, (Pasiak, 2012).

Ritual mengaktifkan banyak komponen syaraf yang berujung pada hadirnya suasana psikologis yang memungkinkan terjadinya hubungan penyatuan dengan Tuhan. Penyatuan itu tidak berhenti sebagai akhir dari peristiwa spiritual, tetapi mengejawantah dalam kehidupan social. Dengan cara ini, spiritualitas memiliki makna social dan tidak semata-mata bernilai subyektif bagi individu (Pasiak, 2012).

Ganglia basalis mempunyai peran utama dalam kegiatan ritual. Ritual selalu melibatkan emosi, gerakan motorik dan pikiran sadar. Ganglia basalis yang sehat dikaitkan dengan pelaksanaan ritual yang sadar. Bukan sebagai kegiatan rutin belaka. Terdapat hubungan antara ganglia basalis, sistim limbik dan otak kecil. Sedangkan lobus temporalis berperan penting dalam penggunaan bahasa spesifik dalam kegiatan ritual. Doa yang diucapkan dengan bahasa-bahasa tertentu, atau ritual-ritual spesifik dengan ucapan-ucapan tertentu dikaitkan dengan fungsi lobus temporalis ini.

Hal ini dibuktikan dari hasil skoring kuesioner bahwa sebagian kecil responden menunjukkan dominansi otak ganglia basalis yang optimal (fungsi diatas rata-rata), serta sebagian besar menunjukkan dominansi otak sistim limbik yang average (fungsi rata-rata). Pada sisa responden, sebagian kecil responden menunjukkan dominansi otak ganglia basalis yang optimal (fungsi diatas rata-rata) dan sebagian besar menunjukkan dominansi otak ganglia basalis yang average (fungsi rata-rata). Sedangkan pada fungsi lobus temporalis, separuh dari responden menunjukkan fungsi average (fungsi rata-rata), dan separuh sisanya mempunyai fungsi optimal (fungsi diatas rata-rata).

KESIMPULAN

Kesimpulan hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden menunjukkan mempunyai pengalaman spiritual, emosi positif, makna hidup dan

ritual berada pada kategori excellent. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesehatan spiritual tenaga pendidik pada Akper Pemkab Lumajang sebagian besar excellent.

Artinya kelompok subyek yang diperiksa, secara umum, memiliki ciri-ciri spiritualitas yang diinginkan kebanyakan orang yang ingin menjadi orang baik. Dalam kaitannya dengan fungsi otak, kelompok subyek menunjukkan fungsi dari 5 sistem otak yang berada pada rata-rata (Average) hingga di atas rata-rata (Optimal).

Hal ini berarti kelompok subyek memiliki otak yang berfungsi dengan baik. Kelompok subyek menunjukkan keseimbangan antara kegiatan ritual dan spiritualitas.

SARAN

Saran Bagi ilmu kesehatan dan keperawatan adalah kesehatan spiritual yang optimal, dapat memperbaiki hubungan intrapersonal, interpersonal, lingkungan dan alam serta terhadap sang Pencipta Alam. Sehingga menjadi profesi yang handal tidak hanya dalam kognitif maupun skill, tetapi juga afeksi yang optimal. Untuk mewujudkan hal tersebut, dibutuhkan komunikasi yang baik.

Perawat khususnya, perlu meningkatkan ketrampilan komunikasi terapeutik baik di klinik maupun di komunitas, terutama dalam hubungan intrapersonal maupun hubungan terhadap Tuhan Sang Pencipta Alam, sehingga tercipta hubungan interpersonal yang baik khususnya kepada pasien.

Sedangkan saran bagi ilmu pendidikan adalah profesi guru dan dosen adalah profesi yang dituntut untuk bisa menjadi role model sehingga dapat dijadikan tauladan bagi peserta didik/mahasiswa. Guru/ dosen yang memiliki kesehatan spiritual yang excellent dapat menjadikan dirinya sebagai “pencetak” kader bangsa dan generasi muda yang handal, tangguh secara moral dan spiritual.

KEPUSTAKAAN

- Agustian, Ary Ginanjar, 2009, *Rahasia Sukses Membangkitkan ESQ Power*, Jakarta; Arga Publishing
- Asy'arie et al, 2012, *Tuhan Empirik dan Kesehatan Spiritual*, Editor Taufiq Pasiak, Centre for Neuroscience, Health and Spirituality (C-NET), UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.
- Atkinson, R.L, tt, *Pengantar Psikologi*, Edisi Kesebelas, Jilid 2, Batam: Interaksara
- Aziz Alimul Hidayat, 2002, *Pengantar Pendidikan Keperawatan*, Jakarta; CV Agung Seto
- Blais et al, 2006, *Praktik Keperawatan Profesional, Konsep & Perspektif*, Edisi 4, Jakarta: EGC
- Brignall, M., 2001, *The Perception Process*. Wisc-Online. Diakses tanggal 22 Februari 2016.
- Cahyadi, H, et al, 2004, *Peranan Heat Shock Protein Pada Patogenesis Penyakit Infeksi dan Penyakit Autoimmun*, JKM, Volume 3, Nomor 2.
- Efendi, A, 2008, *Peran Strategis Lembaga Pendidikan Berbasis Islam di Indonesia*, el Tarbawi, *Jurnal Pendidikan Islam*, no 1, vol 1, 2008, diambil dari www.journal.uui.ac.id, diakses tanggal 22 Februari 2016
- Haber, J., 1987, *Comprehensive Psychiatric Nursing*, 3 rd, New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Haningsih, S. 2008, *Peran Strategis Pesantren, Madrasah dan Sekolah Islam di Indonesia*, el-Tabrawi, *Jurnal Pendidikan Islam*, no 1 vol I, 2008, diambil dari <http://journal.uui.ac.id/index.php/JP/article/viewfile/186/175>, diakses tanggal 16 Februari 2016
- Hamid, A, 2000, *Buku Ajar Aspek Spiritual dalam Keperawatan*, Jakarta: Widya Medika.
- Hasanah, A, 2010, *Pendidikan Modern*, Yogyakarta: Diva Press.
- Hasbullah, 2009, *Dasar-Dasar Ilmu Pendidikan*, Edisi Revisi 8, Jakarta; Rajawali Pers
- Hawari, D, 2008, *Integrasi Agama Dalam Pelayanan Medik*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Hendrawan, S., 2010, *Spiritual Management*, Jakarta: Mizan Publika.
- Hidayat, A.A. 2009. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*, Buku 1, Jakarta: Salemba Medika.
- Hussain, D., 2010, *How Religion/Spirituality Effect Health?- Reflectius on Some Possible Mechanisms*, *International Journal of Exixtensial Psychology & Psychotherapy*, vol 3 number 1
- Ibrahim, S. 2010, *Kondisi Pendidikan Tinggi Islam*, bersumber dari <http://edukasi.kompasiana.com/2010/02/06/kondisi-pendidikan-tinggi-islam/> diakses tanggal 16 Februari 2016
- King and Koenig, 2009, *Conseptualising Spirituality for Medical Research and Health Service Provision*, *BMC Health Services Research*, Volume: 9, Publiser: BioMed Central, pages 116, bersumber dari www.discovery.ucl.ac.uk, diakses tanggal 12 Februari 2016
- Kozier, Erb., 2004, *Fundamental of Nursing: Concepts, Process and Practice*, Seventh Edition, New Jersey: Pearson Education Inc.
- Nursalam Dan Ferry E, 2012, *Pendidikan Dalam Keperawatan*, Jakarta; Salemba Medika.
- O'Brien, M.E, 2010, *Spirituality in Nursing*, Jones and Barlett Learning, bersumber dari <http://books.google.co.id>, diakses tanggal 12 Februari 2016
- Pasiak, T, 2012, *Tuhan dalam Otak Manusia*, Bandung: PT Mizan Pustaka
- Potter & Perry, 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*;

- Konsep, Proses dan Praktik, Edisi 4
Volume 1, Jakarta: Penerbit EGC
- Putra, ST, 2011, Psikoneuroimunologi
Kedokteran, Edisi 2, Surabaya:
Airlangga University Press.
- Salamah, H, 2011, Pendidikan Multi
Kultural: Upaya Keberagaman
Inklusif di Sekolah, Thesis S2,
IAIN Sunan Ampel, Surabaya
- Sinulingga, R, 2008. Pendidikan Agama
pada Perguruan Tinggi dalam
Menghadapi Masalah Etis dan
Moral di Era Global dan Teknik
Informasi, Pidato Pengukuhan
Guru Besar Universitas Sumatera
Utara, 15 November 2008, diambil
dari
[http://www.usu.ac.id/id/files/pidato/
ppgb/2008/ppgb_2008_risnawati.p
df](http://www.usu.ac.id/id/files/pidato/ppgb/2008/ppgb_2008_risnawati.pdf) diakses tanggal 16 Februari 2016
- Suprayogo, I., 2010, Minat Masyarakat
atas Pendidikan Islam Meningkat,
Republika.co.id, 29 April 2010,
diakses tanggal 6 Maret 2016,
[http://www.republika.co.id/berita/b
reakingnews/nasional/10/04/29/113
354-minat-masyarakat-atas-
pendidikan-islam-meningkat](http://www.republika.co.id/berita/breakingnews/nasional/10/04/29/113354-minat-masyarakat-atas-pendidikan-islam-meningkat).
- UIN Sunan Kalijaga, 2012. UIN Sunan
Kalijaga Luncurkan Pusat
Kesehatan Spiritual, diambil dari
[http://www.uin-
suka.ac.id/berita/dberita/525](http://www.uin-suka.ac.id/berita/dberita/525),
diakses 16 Februari 2016
- UU Sisdiknas Tahun 2003. Diambil dari
[http://www.dikti.net/file/sisdiknas.
pdf](http://www.dikti.net/file/sisdiknas.pdf). diakses tanggal 22 Februari
2016.
- Wikipedia,2012,Universitas_Universitas_I
slam_Negeri_Maulana_Malik_Ibra
him_Malang.webarchivexml,
www.Wikipedia.com, diakses 23
Januari 2016
- Yusuf, Ah, dkk, 2017, Kebutuhan
Spiritual: Konsep dan Aplikasi
dalam Asuhan Keperawatan,
Jakarta: Mitra Wacana Media

**PENGARUH BEKAM TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA KLIEN DENGAN
TRAPEZIUS MYALGIA PADA PEKERJA ANGKUT DI KECAMATAN JELBUK
JEMBER**

**(THE EFFECT OF CUPPING THERAPY ON DECREASE PAIN IN CLIENTS WITH
TRAPEZIUS MYALGIA ON TRANSPORT WORKERS AT JELBUK SUB DISTRICT
JEMBER)**

Yugi Hari Chandra Purnama
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dr. Soebandi Jember
Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536
e-mail: yuggie90@gmail.com

ABSTRAK

Keluhan pada muskuloskeletal merupakan keluhan pada otot skeletal yang dirasakan dengan intensitas nyeri yang berbeda-beda, dari nyeri yang ringan sampai nyeri yang sangat berat. *Myalgia* atau nyeri otot, merupakan gejala dari beberapa penyakit maupun kelainan. Bekam merupakan suatu metode pengobatan klasik yang telah digunakan dalam perawatan dan pengobatan berbagai masalah kesehatan salah satunya adalah nyeri. Penelitian ini bertujuan untuk Mengetahui pengaruh terhadap penurunan nyeri pada klien dengan *Trapezius Myalgia* pada pekerja angkut di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. Penelitian ini merupakan penelitian pre eksperimen dengan rancangan *pretest-posttest design* yang bertujuan mengetahui pengaruh terapi bekam terhadap penurunan nyeri pada klien dengan *trapezius myalgia* pada pekerja angkut. Populasinya adalah keseluruhan klien *trapezius myalgia* yang melakukan terapi bekam di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember, dengan jumlah sampel 15 responden. Tehnik pengambilan sampelnya menggunakan *consecutive sampling* yang memenuhi kriteria inklusi yang dilakukan pada bulan November 2017 dengan pemberian terapi bekam di 5 titik dengan satu kali perlakuan selama penelitian, dan mengisi lembar observasi nyeri. Pengaruh terapi bekam terhadap nyeri pada klien dengan *trapezius myalgia* pada pekerja angkut di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember didapatkan rerata skala nyeri klien sebelum dibekam 5,20 dan turun menjadi 1,93 setelah dibekam dan di uji menggunakan *paired t-test* didapatkan p -value sebesar 0,00. Dari hasil penelitian ini, terapi bekam terbukti berpengaruh terhadap penurunan nyeri pada klien dengan *trapezius myalgia* pada pekerja angkut di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

Kata kunci: Bekam, Nyeri, *Trapezius Myalgia*, Pekerja Angkut

ABSTRACT

The musculoskeletal complaint is a complaint of the skeletal muscle that is felt by the intensity of different pain, from mild pain to severe pain. Myalgia or muscle pain, is a symptom of several diseases and disorders. Cupping is a classical treatment method that has been used in the treatment and treatment of various health problems one of which is pain. To determine the effect on the decrease of pain in clients with Trapezius Myalgia on transport workers at Jelbuk Subdistrict Jember. This research was a pre experimental study with pretest-posttest design esigned to determine the effect of cupping therapy on decrease pain in clients with trapezius myalgia in transport workers. The population is the whole trapezius myalgia client who performs cupping therapy at Jelbuk Subdistrict, Jember, with 15 respondents. The sampling technique used consecutive sampling that met the inclusion

criteria conducted in November 2017 with the provision of cupping therapy on five points with one treatment during this research and fill pain observation sheet. Effect of cupping therapy on pain in client with trapezius myalgia on transport workers at Jelbuk Subdistrict Jember obtained the average scale of client pain before cupping 5.20 and decrease to 1.93 after used cupping therapy and tested using Paired T-test obtained p value of 0.00. From the results of this study, cupping therapy proved to have an effect on the decrease pain in client with trapezius myalgia on transport workers at Jelbuk Subdistrict Jember.

Keywords: Cupping therapy, Pain, Trapezius Myalgia, Transport Workers

PENDAHULUAN

Setiap pekerjaan selalu berpotensi resiko bahaya dalam bentuk kecelakaan kerja. Keluhan pada muskuloskeletal merupakan keluhan pada otot skeletal yang dirasakan dengan intensitas nyeri yang berbeda-beda, dari nyeri yang ringan sampai nyeri yang sangat berat. Otot yang menerima beban secara berulang-ulang dan dalam waktu yang lama dapat menyebabkan keluhan berupa kerusakan pada sendi, ligamen dan tendon (Tarwaka, 2004). *Trapezius myalgia* atau nyeri otot trapezius, merupakan gejala dari beberapa penyakit maupun kelainan yang terletak pada leher, kedua bahu, dan lainnya melekat di tulang punggung. Penyebab pada kejadian *trapezius myalgia* adalah penggunaan berlebih atau *over stretching* pada otot *trapezius*. Nyeri tersebut berhubungan dengan stress atau strain otot trapezius, tendon dan ligamen yang biasanya terjadi bila melakukan aktivitas sehari-hari secara berlebihan, seperti mengangkat benda berat dengan cara yang salah. Nyeri otot trapezius menjalar di sepanjang punggung atas dan leher, dibelakang telinga serta di pelipis (Sugijanto & Bimantoro, 2008). Banyak penderita yang memilih untuk mengkonsumsi obat penghilang rasa sakit dalam jangka panjang. Padahal terbukti bahwa semua obat pereda nyeri memiliki efek samping yang merugikan jika dikonsumsi berlebihan atau tanpa kontrol dokter.

Penelitian yang dilakukan oleh Khan (2015), menjelaskan bahwa *spasme cervical* dan nyeri *upper trapezius* merupakan salah satu penyakit

muskuloskeletal umum dengan 30%-50% setiap orang per tahun pernah mengalaminya. Ansar (2011) juga menyatakan, pada pekerja pengangkut barang di pertokoan daerah Polowali Sulawesi Selatan terdapat pekerja yang menderita nyeri punggung sebesar 25 pekerja (96,4%) sedangkan yang tidak terdapat 4 pekerja (28,6%). Penelitian yang dilakukan Hastuti (2013) menyatakan dari 239 pekerja di salah satu perusahaan di Jogjakarta, 49 pekerja mengalami nyeri otot (19,7%), 27 pekerja mengeluh nyeri dan kaku sendi (11,3%) dan 10 pekerja mengeluh lelah/lesu (4,2%). Frasetio (2014) menyatakan bahwa buruh kerja di salah satu pabrik tembakau di Jember memiliki aktivitas kerja adalah membawa atau memindahkan beberapa tumpuk tembakau dari satu tempat ke tempat lain secara berulang. Dampaknya adalah 6 dari 10 orang buruh kerja di tempat tersebut mengalami nyeri punggung hingga bahu. Berdasarkan hasil Riskesdas Tahun 2013, proporsi rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tradisional sebesar 30,4% dengan jenis pelayanan yang paling banyak digunakan adalah keterampilan tanpa alat sebesar 77,8% dan ramuan sebesar 49%, keterampilan dengan alat 7,1%, dan keterampilan dengan pikiran 2,6% (Yankestrad, 2017). Situasi tersebut mendeskripsikan bahwa pelayanan kesehatan tradisional mempunyai potensi yang cukup tinggi dan perlu mendapat perhatian yang serius sebagai bagian dari pembangunan kesehatan nasional.

Pembebanan otot statis dan berulang mengakibatkan aliran darah yang

mengangkut oksigen jadi terganggu, sehingga terjadi akumulasi kekurangan oksigen. Hal ini akan mengakibatkan terjadinya metabolisme anaerobik yang akan terus menghasilkan asam laktat dan panas tubuh yang mana akan menimbulkan kelelahan otot skeletal yang dirasakan sebagai bentuk nyeri pada otot (Tarwaka, 2004). Penanganan dalam manajemen nyeri sudah seharusnya menggunakan pendekatan secara menyeluruh, hal ini disebabkan nyeri mempengaruhi keseluruhan aspek kehidupan manusia, oleh karena itu kita tidak boleh hanya terpaku hanya pada satu pendekatan saja tetapi juga menggunakan pendekatan lain yang mengacu kepada aspek biopsikososialkultural dan spiritual, pendekatan non farmakologis dan pendekatan farmakologis tidak akan berjalan efektif bila digunakan sendiri, keduanya harus dipadukan dan saling mengisi dalam rangka mengatasi atau penanganan nyeri klien. Saat ini penggunaan dan popularitas terapi komplementer dan alternatif sedang meningkat di seluruh dunia. Penggunaan terapi tersebut sangat tinggi pada pasien dengan penyakit kronis, dan gangguan muskuloskeletal (Michalsen, 2013)

Pengkajian yang tepat akurat tentang nyeri sangat diperlukan sebagai upaya untuk mencari solusi yang tepat untuk menanganinya, untuk itu pengkajian harus selalu dilakukan secara berkesinambungan, sebagai upaya mencari gambaran yang terbaru dari nyeri pada area trapezius yang dirasakan oleh klien. Praktik keperawatan dilaksanakan melalui kegiatan pelaksanaan asuhan keperawatan berupa upaya promotif, preventif, pemulihan, dan pemberdayaan masyarakat serta pelaksanaan tindakan keperawatan komplementer. penggunaan terapi komplementer sudah menjadi bagian dari pelayanan kesehatan dan perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan diperbolehkan untuk melakukan terapi komplementer dengan memperhatikan keamanan,

manfaat, dan dapat dipertanggungjawabkan. Terapi komplementer dan alternatif untuk mengatasi nyeri adalah terapi bekam. Bekam merupakan cara pengobatan tradisional yang memiliki prinsip kerja mengeluarkan darah di area tertentu di punggung sehingga dapat menyembuhkan penyakit (Widada, 2011). Bekam merupakan suatu metoda pengobatan klasik yang telah digunakan dalam perawatan dan pengobatan berbagai masalah kesehatan seperti hipertensi, penyakit reumatik, sakit punggung, migrain, gelisah atau anxietas dan masalah fisik umum maupun mental (Umar, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Fatahillah (2006) menyimpulkan bahwa terapi bekam bermanfaat membersihkan darah dari racun-racun sisa makanan, melancarkan peredaran darah, mengatasi gangguan tekanan darah yang tidak normal, mengatasi arteriosklerosis, memperbaiki permeabilitas pembuluh darah, menghilangkan kram otot, menghilangkan sakit bahu, dada, punggung dan sebagainya.

METODE

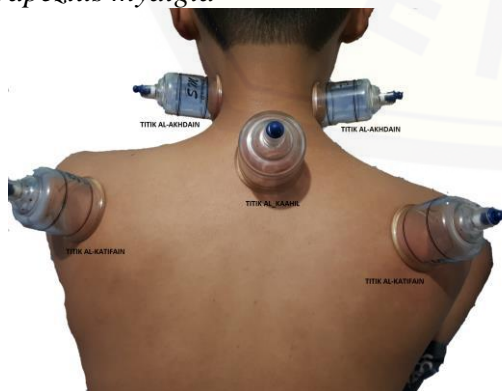
Desain penelitian ini adalah *pre experiment* dengan rancangan *pretest-posttest design*. Pelaksanaan penelitian bertempat di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember pada bulan November 2017. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling*, dengan kriteria inklusi: semua responden dengan keluhan *trapezius myalgia*; dapat mengikuti prosedur penelitian sampai selesai; dapat berkomunikasi dengan baik; jenis kelamin laki-laki; bersedia menjadi responden.

Instrumen standar prosedur bekam merupakan standar minimal untuk melakukan pembekaman pada klien dengan *trapezius myalgia* di lima titik yaitu dua titik di al-Akhdain, satu titik di al-Kaahil dan dua titik di al-Katifain. Lembar rekapitulasi nyeri. Lembar

rekapitulasi nyeri ini digunakan untuk mengukur intensitas nyeri sebelum perlakuan dan sesudah perlakuan. Lembar observasi merupakan instrumen pengumpulan data demografi berupa lembar observasi yang meliputi biodata umum responden dan tingkat nyeri yang dirasakan responden diukur dengan menggunakan instrumen *Numeric Rating Scale* (NRS). Skala nyeri yang terdapat pada NRS terbagi menjadi 5 skala, yaitu tidak ada nyeri (0) nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), nyeri berat (7-9) dan nyeri sangat berat (10). Skala pengukurannya menggunakan skala interval. Nyeri diukur sebelum dibekam dan sesudah dibekam. Pendokumentasian hasil dari terapi bekam sebelum dan sesudah dibekam.

Langkah-langkah pengambilan data: setelah diukur dengan skala nyeri sebelum perlakuan, maka peneliti dan enumerator akan membekam klien di lima titik (2 titik *al-akhdain*, 1 titik *al-kaahil* dan 2 titik *al-katifain*) untuk mengetahui adanya pengaruh. Waktu berbekam dibutuhkan waktu kurang lebih 30 menit setiap responden; setelah selesai diberi perlakuan, responden akan diperiksa 15 menit kemudian. Selanjutnya melakukan pengumpulan data dengan memeriksa kembali responden menggunakan skala nyeri; kemudian dilakukan analisa data dengan uji t-dependen (*paired t-test*).

Gambar 1. Titik bekam pada klien dengan *trapezius myalgia*



HASIL

Tingkat Usia

Tabel 1. Distribusi usia responden dengan *trapezius myalgia*

Usia	n	%
< 30 tahun	2	13.3
30-39 tahun	1	6.7
40-49 tahun	5	33.3
50-59 tahun	1	6.7
> 60 tahun	6	40

Dari Tabel 1 dapat diketahui usia responden dengan *trapezius myalgia* persentase paling banyak 6 orang usia > 60 tahun (40%) dan paling sedikit masing masing 1 orang usia 50-59 tahun (6.7%) dan 30-39 tahun (6.7%)

Riwayat Pendidikan

Tabel 2. Distribusi berdasarkan riwayat pendidikan responden *trapezius myalgia*

Riwayat Pendidikan	n	%
Tidak Sekolah	6	40
SD	4	26.7
SMP	2	13.3
SMU	3	20

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa pendidikan responden yang paling rendah adalah SMP yaitu 13.3 % dengan jumlah responden 2 orang dan paling tinggi sebanyak 6 orang 40% tidak sekolah.

Jenis Nyeri

Tabel 3. Distribusi berdasarkan Jenis Nyeri *Trapezius Myalgia* responden

Jenis Nyeri	n	%
Nyeri Pundak	8	53.3
Nyeri Bahu	2	13.3
Nyeri Leher-Pundak	4	26.7
Nyeri Punggung-Bahu	1	6.7

Tabel 3 mendeskripsikan jenis nyeri punggung paling sering di jumpai

dari 15 responden yang ada yaitu sebanyak 8 orang (53.3%). Sedangkan jenis Nyeri Punggung-Bahu paling jarang ditemukan dengan persentase sebesar 6.7%.

Skala Nyeri Sebelum Bekam

Tabel 4. Hasil pengukuran skala nyeri responden sebelum perlakuan

Variabel	Rerata	sd	Nilai Min	Nilai Mak
Skala Nyeri sebelum perlakuan	5.20	1.320	3.00	7.00

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa dari 15 responden, didapatkan nilai rata-rata 5.20 dengan nilai minimal 3.00 dan maksimal 7.00

Skala Nyeri Sesudah Bekam

Tabel 5. Hasil pengukuran skala nyeri responden sesudah perlakuan

Variabel	Rerata	sd	Nilai Min	Nilai Mak
Skala Nyeri sesudah perlakuan	1.93	1.163	0.00	3.00

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa dari 15 responden, didapatkan nilai rata-rata 1.93 dengan nilai minimal 0 dan maksimal 3.00

Pengaruh Bekam Terhadap Penurunan Nyeri Pada klien *Trapezius Myalgia*

Tabel 6. Hasil pengukuran skala nyeri responden sebelum dan sesudah

Variabel	Rerata	sd	ρ	Correlation
Skala Nyeri sebelum-sesudah perlakuan	3.267	0.704	0.000	0.847

Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa rata-rata skala nyeri di awal dan akhir perlakuan bekam adalah 3.267 ± 0.704 . Hasil uji statistik didapatkan p value $0,00 < 0,05 (\alpha)$, artinya rerata skala nyeri sebelum bekam berbeda dengan setelah bekam. Nilai *paired correlation* adalah senilai 84.7%, yang artinya pengaruh bekam pada penurunan nyeri klien *trapezius myalgia* adalah 84.7% sedangkan 15.3% sisanya dipengaruhi oleh faktor yang lain.

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, diketahui bahwa karakteristik usia responden paling banyak berusia >60 tahun yang berjumlah 6 orang (40%) dan paling sedikit masing masing 1 orang usia 50-59 tahun (6.7%) dan 30-39 tahun (6.7%). Hasibuan (2003), berpendapat bahwa umur individu mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja, dan tanggung jawab. Sebaliknya, pekerja yang umurnya lebih tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bekerja ulet, dan mempunyai tanggung jawab yang lebih besar. Menurut Sari (2017), setiap tahun sekitar 16,6% populasi dewasa mengeluhkan rasa tidak enak di leher hingga ke bahu, bahkan 0,6% bermula dari rasa tidak enak menjadi nyeri yang berat. Sedangkan secara teori menyatakan lanjut usia (lansia) berespon terhadap nyeri dapat berbeda dengan cara berespon orang yang berusia lebih muda (Smeltzer & Bare, 2012).

Dari data yang diperoleh pada saat penelitian kondisi umur rentan mengalami *trapezius myalgia* karena adanya pertambahan umur dari tahun ke tahun sehingga kemampuan fungsi organ akan berkurang. Adanya proses angkut mengangkut yang dilakukan pekerja sehingga semakin sering timbul gangguan kesehatan yang dialami dengan tingkatan umur yang semakin tua. Pada umur yang

lebih muda tak menutup kemungkinan terjadi *trapezius myalgia* yang diakibatkan proses pekerjaan yang dilakukan secara berkelanjutan oleh pekerja.

Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan responden didapatkan paling rendah adalah SMP berjumlah 2 orang (13.3 %) dan paling tinggi sebanyak 6 orang tidak sekolah (40%). Sedangkan didalam teori menyatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka seseorang telah mengalami proses belajar yang lebih sering, dengan kata lain tingkat pendidikan mencerminkan intensitas terjadinya proses belajar (Notoatmodjo, 2012).

Peneliti berpendapat bahwa riwayat pendidikan dapat mempengaruhi kejadian *trapezius myalgia*. Hal ini dikarenakan tingkat pendidikan pekerja akan mampu memberikan pengetahuan kepada pekerja sehingga pekerja mampu bekerja dengan sehat dan aman. semakin tinggi riwayat pendidikan semakin kecil resiko seseorang mengalami kejadian nyeri dan akan semakin memiliki pengetahuan serta pengalaman dalam menjaga kesehatannya sehingga resiko mengalami *trapezius myalgia* juga akan semakin minimal.

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Nyeri

Jenis nyeri dari *Trapezius myalgia* yang paling sering di jumpai dari 15 responden yaitu sebanyak 8 orang (53.3%) mengalami nyeri punggung. Sedangkan jenis Nyeri Punggung-Bahu paling jarang ditemukan dengan persentase sebesar 6.7%. Otot trapezius adalah otot yang menyusun struktur punggung manusia. Dinamakan trapezius, sebab bentuknya mirip dengan bangun *trapezium*; sudut-sudutnya berada di leher, dua berada di kedua bahu, dan satu sudut lainnya

melekat di tulang punggung (Wikipedia, 2013). Nyeri punggung merupakan gejala yang sangat umum yang menimbulkan morbiditas yang cukup berat. Nyeri punggung mungkin disebabkan oleh regangan otot, sebagai keluhan atas beberapa penyakit. Insiden nyeri punggung yang paling banyak dijumpai pada pekerja atau karyawan sebagai akibat dari kelainan mekanika gerak atau postural yang berlangsung dalam jangka waktu lama (Hartiyah, 2009).

Pengaruh Bekam Terhadap Penurunan Nyeri pada Klien dengan *Trapezius Myalgia*

Pada penelitian ini sebelum dilaksanakan terapi bekam, responden terlebih dahulu di observasi terkait dengan nyeri yang dialami selanjutnya diberikan terapi bekam sebanyak 1 kali dalam waktu 30 menit. Setelah dilakukan bekam 15 menit maka nyeri responden diukur menggunakan lembar observasi nyeri kembali. Skala nyeri yang digunakan adalah skala numerik (*Numerical rating scale*). Responden menilai nyeri dengan rentang skala 0-10. Dimana 0 yang berarti tidak nyeri dan 10 yang berarti nyeri paling hebat. Hasil penelitian pada tabel 3.6 menunjukkan bahwa rerata skala nyeri setelah diberikan perlakuan bekam mengalami penurunan yang signifikan yaitu dari rerata sebelum dilakukan bekam sebesar 5,20 menjadi 1,93 setelah dilakukan perlakuan bekam. Hasil uji t dependen diperoleh hasil uji statistik dengan nilai probabilitas (nilai ρ) hitung adalah 0,00. Hal ini menunjukkan nilai probabilitas kurang dari 0,05 ($\rho < 0,05$). Dari hasil tersebut dapat di ambil kesimpulan bahwa bekam dapat menurunkan nyeri pada klien dengan *trapezius myalgia* secara signifikan. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Frasetio (2014) yang menyatakan buruh wanita di salah satu perusahaan di Jember yang mengalami nyeri bahu mengalami penurunan angka

nyeri dari rerata 4,06 menjadi skala nyeri dengan rerata 1,35 setelah dilakukan terapi bekam. Lauche, *et al* (2012) melakukan penelitian terhadap nyeri leher nonspesifik dan memberikan perlakuan terapi bekam 10 hingga 15 menit pada otot trapezius bawah. Hasilnya menunjukkan bahwa, tingkat nyeri yang diukur menggunakan VAS (*Visual analog scale*) menurun setelah di bekam.

Otot trapezius merupakan jenis tipe otot tonik yang bekerja secara konstan bersama-sama otot-otot aksioskapular lain yang memfiksasi dan menstabilisasi leher-punggung. Kerja otot ini akan meningkat pada kondisi tertentu seperti adanya postur yang jelek, mekanika tubuh yang buruk, ergonomi kerja yang buruk, trauma atau strain kronis. Pekerja angkut pada umumnya melakukan aktivitas yang kerjanya menuntut pengerahan tenaga yang besar seperti aktivitas mengangkat, mendorong, menarik dan menahan beban yang berat. Akibatnya yang terjadi adalah fase kompresi dan ketegangan lebih lama dari pada rileksasi, dan terjadinya suatu keadaan melebihi batas (*critical load*) (Makmuriyah, 2013).

Nyeri pada otot trapezius atau pada daerah leher sampai pundak ini timbul karena kerja otot yang berlebihan, aktifitas sehari-hari yang terus-menerus dan sering menggunakan kerja otot trapezius, sehingga otot menjadi tegang, spasme, *tightness* dan *stiffness*. Otot yang tegang terus-menerus akan membuat mikrosirkulasi menurun, terjadi iskemik dalam jaringan. Keadaan iskemik ini menyebabkan terjadinya sirkulasi menurun, sehingga kekurangan nutrisi dan oksigen serta penumpukan sisa metabolisme menghasilkan proses radang. Proses radang dapat juga menimbulkan respon neuromuskular berupa ketegangan otot di sekitar area yang mengalami kerusakan otot tersebut, sehingga timbul *viscous cycle* (Makmuriyah, 2013). *Viscous cycle* akan mengakibatkan iskemik lokal akibat dari kontraksi otot yang kuat

dan terus-menerus atau mikrosirkulasi, sehingga jaringan ini akan mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen serta menumpuknya zat-zat sisa metabolisme (Giamberardino *et al*, 2011). Suatu peradangan kronis merangsang substansi P menghasilkan zat *algogen* berupa prostaglandin, bradikinin dan serotonin yang dapat menimbulkan sensori nyeri.

Tipe serabut saraf yang menghantarkan stimulasi nyeri ada dua yaitu serabut saraf tipe delta A dan serabut saraf tipe C. Perbedaan dari kedua saraf tersebut adalah daya hantar sinyal dimana daya hantar tipe delta A relatif cepat dari pada serabut saraf tipe C. Serabut saraf tipe A bermielin halus dengan diameter 2-5 mm sedangkan pada serabut saraf tipe C tidak bermielin dengan diameter 0,4-1,5 mm. Rangsangan yang di bawa oleh serabut saraf tipe A merupakan rangsangan nyeri yang menusuk sedangkan pada serabut saraf tipe C membawa rangsangan nyeri terbakar dan tumpul. Selain itu, serabut tipe A berakhir di kornu dorsalis dan *lamina* I sedangkan serabut saraf tipe C berakhir di *lamina* II,III dan IV. Stimulasi nyeri yang menyebabkan kerusakan pada jaringan akan ditangkap sebagai suatu impuls oleh *nociceptor*. Kemudian impuls tersebut akan dihantarkan oleh saraf *eferen* (serabut saraf delta A dan serabut C) kemudian impuls ini akan menyebabkan keluarnya substansi P dari ujung saraf eferen di *kornu posterior*. Lalu impuls akan diteruskan melalui *ascending pain pathways* hingga mencapai *talamus* dan *korteks serebri* untuk kemudian diubah sebagai persepsi nyeri dan lokalisasi nyeri (Sherwood, 2011).

Substansi P dilepaskan secara lambat dan menyebar luas di kornu dorsalis serta dapat mempengaruhi banyak neuron. Peptida-peptida opioid di semua bagian yang terlibat dalam modulasi nyeri, yaitu *endorfin*, *enkefalin*, dan *dinorfin*, diketahui terlibat dalam inhibisi impuls nyeri yang datang. Opiat-opiat endogen ini

berfungsi sebagai neurotransmitter sistem analgesik ini. Opiat-opiat endogen ini dibebaskan dari jalur analgesik desendens dan berikatan dengan reseptor opiat di ujung serat nyeri aferen. Pengikatan ini menekan pelepasan substansi P melalui inhibisi prasinaps sehingga transmisi lebih lanjut impuls nyeri dihambat (Michaelson, 2009).

Bekam diketahui sangat berpengaruh dalam menurunkan nyeri pada klien yang mengalami nyeri *trapezius myalgia*. Hasil tersebut sangat signifikan dalam menurunkan nyeri. Mekanisme yang mendasari pengaruh terapi bekam terhadap penurunan nyeri menurut Yanti (2012), pengeluaran opiat endogen yang dipicu oleh terapi bekam. Sejalan dengan penelitian Ramadhian (2017) efek terapi bekam akan mengeluarkan substansi penyebab nyeri seperti substansi P dan mediator inflamasi yang akan menghambat penghantaran sinyal nyeri. Rangsangan taktil yang ditimbulkan akan menyebabkan terinduksinya pelepasan hormon β -endorfin. Pelepasan hormon ini akan menginaktivasi jaras nyeri.

Menurut penelitian yang dilakukan Sayed, *et al* (2013), menyatakan bahwa terapi bekam memungkinkan terjadinya perlukaan kecil dan tipis pada permukaan kulit dan diikuti tindakan penyedotan dengan vakum sehingga memungkinkan terjadinya ekskresi melalui kulit secara artifisial yakni suatu proses ekskresi atau pengeluaran substansi melalui kulit yang dibuat dengan cara melakukan penyayatan atau penusukan pada permukaan kulit yang dikombinasi dengan adanya penyedotan. Proses tersebut mirip dengan proses ekskresi yang dilakukan oleh organ ginjal. Hanya saja produk-produk ekskresi yang dihasilkan berupa sisa metabolisme tubuh, radikal bebas, substansi kimiawi dan biologi yang dilepaskan ke dalam cairan interstisial serta substansi hidrofilik dan hidrofobik.

Selama bekam, kulit yang ditusuk mengalami cedera dapat menimbulkan

stress fisik. Stress fisik tersebut akan memicu pengeluaran CRF (*Corticotropin releasing factor*) dari hipotalamus dan akan menstimulus pengeluaran ACTH (*Adrenocorticotropic hormone*) dari hipofisis anterior. Selanjutnya ACTH disintesis untuk pengeluaran zat lain yaitu POMC (*proopiomelanocortin*) yang mana produk dari zat tersebut adalah β -endorfin yang merupakan salah satu opioid endogen. Hingga akhirnya terjadi pelepasan β -endorphin dan hormon *adrenocortical* ke dalam sirkulasi. Selain itu, *Endotelin-1* juga merupakan mediator nyeri yang disintesis oleh keratinosit kulit normal setelah cedera kulit dan bekerja pada reseptor *endotelin-A*. *Endotelin-1* dapat juga menghasilkan analgesia setelah berikatan pada reseptor *endotelin-B* yang mengarah pengeluaran β -endorphin dari keratinosit dan aktivasi saluran kalium *G-protein* yang terkait dengan reseptor opioid pada reseptor nyeri (Khodorova, 2003).

Tarique (2016) melaporkan, bahwa terapi bekam dapat menurunkan konsentrasi serum substansi P (*pain-related pathway*), yang dikonfirmasi sebagai efek anti-nociceptif. Efek taktil pada bekam dapat merangsang serat-serat besar tipe $A\beta$ yang berasal dari reseptor di perifer. Perangsangan reseptor ini akan menekan pengiriman sinyal nyeri dari daerah tubuh yang sama. Hal ini terjadi akibat inhibisi lateral setempat di medula spinalis. Selain itu, bekam meningkatkan oksigenasi pada mikrovaskuler sehingga aliran darah pada area yang sakit menjadi membaik (Widada, 2011).

Oleh karena itu, peneliti berpendapat efek bekam yang dapat meningkatkan pelepasan zat opiat endogen, mengeluarkan zat-zat stimulus nyeri melalui darah yang dikeluarkan, dan mekanisme tersebut diyakini menyebabkan rasa nyeri pada klien yang dibekam mengalami penurunan. *Trapezius myalgia* yang dirasakan oleh klien dapat ditekan dengan diproduksinya β -endorfin yang termasuk salah satu bagian dari opiat

endogen. Maka dari itu bekam berpengaruh terhadap penurunan nyeri pada klien dengan *trapezius myalgia* pada pekerja angkut di Kecamatan Jelbuk abupaten Jember.

KESIMPULAN

Nyeri pada klien *trapezius myalgia* sebelum diberikan terapi bekam di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember didapatkan nilai rerata 5,20 dengan nilai minimal 3, dan nilai maksimal 7.

Nyeri pada klien *trapezius myalgia* sesudah diberikan terapi bekam di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember didapatkan nilai rerata 1,93 dengan nilai minimal 0, dan nilai maksimal 3.

Terapi bekam berpengaruh terhadap penurunan nyeri pada klien dengan *trapezius myalgia* pada pekerja angkut di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember.

SARAN

Diharapkan penggunaan terapi bekam dapat dijadikan bahan pertimbangan sebagai salah satu terapi alternatif dan komplementer untuk mengurangi keluhan nyeri yang dialami pada klien dengan *trapezius myalgia*, khususnya pekerja angkut dan keluarganya yang mana bekam terbukti dapat berpengaruh pada penurunan skala nyeri pada penderita nyeri dan tidak menimbulkan efek samping jika dilaksanakan sesuai standar prosedur.

Selain itu, agar tambahan pengetahuan yang baru dalam terapi bekam dapat di terima pada Institusi kesehatan sebagai upaya dalam meningkatkan pelayanan kesehatan tradisional yang memiliki potensi cukup tinggi dan perlu mendapat perhatian khusus sebagai bagian dari pembangunan kesehatan nasional.

KEPUSTAKAAN

Ansar. Muhammad, 2011. Studi kejadian nyeri punggung pada pekerja

pengangkut barang di Toko Asia Timur Kec. Tinambung Kab. Polowali Mandar Prov. Sulawesi Barat.

Brunner & Suddarth, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta: EGC.

Corwin, E. J. 2009. *Buku saku patofisiologi* edisi 3. Jakarta: EGC.

Direktorat Pelayanan Kesehatan Tradisional (Yankestrad). 2017. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Pelayanan Kesehatan Tradisional*. Jakarta: LAKIP.

El Sayed SM, Mahmoud HS, Nabo MMH. 2013. *Medical and Scientific Bases of Wet Cupping Therapy (Al-hijamah): in Light of Modern Medicine and Prophetic Medicine*. Alternative and Integrative Medicine

Fatahillah A. 2006. *Keampuhan Bekam*. Tangerang Qultum: Media.

Frasetio, J.A. 2014. *Pengaruh Terapi Bekam Terhadap Nyeri Pada Buruh Wanita Yang Mengalami Nyeri Bahu di PT Mayang Sari*. Jember: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember.

Gerwin *et al.* 2004. An Expansion of Simons' Integrated Hypothesis of Trigger Point Formation. *Current Pain and Headache Reports*. USA. ISSN 1531-3433.

Giamberardino Adele, Affaitati Giannapia, Fabrizio Alessandra, Costantini Raffaele. 2011. *Myofascial pain syndromes and their evaluation*. Italy : Department of Medicine and Science of Aging, Chieti University

Guyton, A.C. Hall, J.E. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 9. Jakarta: EGC.

Hasibuan, M.S.P. 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Ed Revisi, Cet. 13. Jakarta: Bumi Aksara.

Hartiyah. 2009. *Hubungan Berdiri Lama dengan Keluhan Nyeri Punggung Bawah Miogenik Pada Pekerja*

- Kasir. Skripsi. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Hastuti, I.S. 2013. Pengaruh *Workplace Stretching Exercise* terhadap Keluhan Muskuloskeletal dan Kelelahan Kerja pada Pekerja Bagian Sewing CV. Cahyo Nugroho Jati. Jogjakarta. Universitas Gadjah Mada.
- Hermawan. 2014. Penambahan *Iontophoresis* Dengan *Xylocaine 2%* pada *myofascial release* Sama Baiknya Dalam Menurunkan Disabilitas fungsi Leher Pada Kasus Sindroma Miofasial otot *Upper Trapezius*. Jakarta. Universitas Esa Unggul.
- Isniza, 2011. *The Effect Of Cupping Toward Pain*. Bandung. Universitas Padjajaran, Tidak dipublikasikan.
- Khan, A.A. Farooqui,S.I. Sumble, S. Khan, M.U. 2015. *Efficacy Of Deep Friction Massage And Ultrasound InThe Treatment Of Upper Trapezius Spasm- ARandomized Control Trail*. Journal of Medical and Dental Science Research Volume 2.
- Khodorova A, Navarro A, Jouaville LS, Murphy JE, et al. 2003. Endotelin B receptor activation triggers an endogenous cascade at sites of pheripheral injury. *Nat Med* 9: 1055-1061.
- Komarudin, *et al.* 2010. Pengaruh bekam terhadap peningkatan imunitas seluler; makrofag dan limfosit T. Jember: Dosen Muda.
- Lauche R, Cramer H, Hohmann C, Choi KE, Rampp T, Saha FJ, *et al.* 2012. The effect of traditional cupping on pain and mechanical thresholds in patients with chronic nonspecific neck pain: A randomised controlled pilot study. *Evidence-based Complement Altern Med*.
- Makmuriyah, Sugijanto.2013. *Iontophoresis Diclofenac* Lebih Efektif Dibandingkan Ultrasound Terhadap Pengurangan Nyeri Pada *Myofascial Syndrome Musculus Upper Trapezius*. *Jurnal Fisioterapi* Volume 13 Nomor 1 , April 2013. Available from <http://ejournal.asaunggul.ac.id> diakses tanggal 20 Desember 2017
- Michaelsen A, Bock S, Lu R, Rampp T, et al. 2009. Effects of Traditional Cupping Therapy In Patients With Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Control Trial. *The Journal of Pain* 10.
- Nursalam. 2008. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta: Salemba medika.
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Ramadhian, Ricky, A., & Izzudin, M. 2017. Efek Analgesik Terapi Bekam terhadap Kondisi Low Back Pain. Majority FK Universitas Lampung Volume 6 Nomor 2 , 34.
- Sari, DP. 2017. Perbedaan pengaruh *cervical spine mobilization* Dan *cervical traction* terhadap peningkatan Aktifitas fungsional leher pada pasien *Cervical root syndrome*. Yogyakarta. Universitas 'Aisyiyah.
- Sharaf, Ahmad Razak. 2012. Penyakit dan terapi bekamnya: dasar-dasar ilmiah terapi bekam. Surakarta: Thibbia.
- Sherwood, Laura Iee. 2011. Fisiologi Manusia. Jakarta : EGC.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B. 2012. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, Volume 1 Edisi 12. Jakarta: EGC.
- Sugijanto, Bimantoro Ardhi. (2008). Perbedaan Pengaruh Pemberian Ultrasound dan *Manual Longitudinal Muscle Stretching* dengan Ultrasound dan Auto Stretching Terhadap Pengurangan Nyeri Pada

- Kondisi Sindroma Miofasial Otot *Upper Trapezius*. Jakarta : Universitas Indonusa Esa Unggul.
- Potter & Perry, 2005. *Fundamentals Of Nursing : Concepts, Process, And Practice*. (Fourth Edition), Alih bahasa : Yasmin Asih, dkk., *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, Dan Praktik*. Edisi 4, Jakarta : EGC.
- Tarique M, Ansar AH, Zulkifle. 2016. Effects of hijamat bish shart in wajauz zahr (low back pain) and associated disability. *Indian J Tradit Knowl*.
- Tarwaka. 2014. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja : Manajemen dan Implementasi K3 di Tempat Kerja*. Surakarta : Harapan Press.
- Umar, Wada'. A, dr. 2008. Sembuh dengan satu titik. Solo: Al-Qowam.
- Widada, Wahyudi. 2011. *Terapi Bekam sebagai solusi cerdas mengatasi radikal bebas akibat rokok*. Bandung: Lubuk Agung.
- Yanti, R.F. 2012. Pengaruh terapi bekam terhadap perubahan skala nyeri pada pasien dengan nyeri kepala di klinik Afiat Tahun 2011. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

**PENGARUH JUS TOMAT TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH PADA
PENDERITA HIPERTENSI LANSIA**

***(THE EFFECT OF TOMATO JUICE TO DECREASE OF BLOOD PRESSURE ON
HYPERTENSION PATIENTS)***

Nurul Hidayah^{1*}, Agus Setyo Utomo², Denys³
^{1,2,3}Poltekkes Kemenkes Malang, Prodi Keperawatan Lawang
*e-mail: nh_150673@yahoo.com

ABSTRAK

Mengatasi masalah hipertensi ada dua alternative yang bisa diberikan bagi penderita hipertensi yaitu dengan metode farmakologi maupun non farmakologis (secara tradisional). Penanganan farmakologi terdiri atas pemberian obat yang bersifat *diuretik*, *penghambat saluran kalsium (ccb)*, *betabloker*, dan *Penghambat ACE*. Pengobatan non farmakologi salah satunya yaitu menggunakan Tomat. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui adanya perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi yang mengonsumsi jus tomat di Kecamatan Lawang Kabupaten Malang pada 8-15 Juli 2016. Dengan metode penelitian Quasi eksperiment yang menggunakan pre test dan post test design. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita hipertensi lansia yang belum pernah mengonsumsi jus tomat dan periksa rutin tekanan darah di Lawang yaitu sebanyak 30 orang. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata tekanan darah awal 156/92 mmH dan rata-rata tekanan darah sesudah 142.33/88.52 mmHg. Ada perubahan pemberian jus tomat terhadap penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik. Sistolik sejumlah 5.33 - 1.00 mmHg dan Diastolik sejumlah 1.64 - 0.33 mmHg. Perbedaan tekanan darah sebelum dan sesudah mengonsumsi jus tomat pada responden yang diuji dengan Paired T Test . Hasil menunjukkan terjadi penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi dengan nilai Pvalue=0,000<a=0,05. Hal ini menunjukkan ada pengaruh yang signifikan jus tomat terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi dengan nilai p = 0,000. Hasil penelitian ini di dapat p value 0,00 < 0,05 yang berarti H_0 ditolak dikarenakan sig. (2-tailed) lebih kecil dari α , artinya ada pengaruh setelah diberikan jus tomat terhadap tekanan darah penderita hipertensi.

Kata kunci: Hipertensi lansia, Jus Tomat, Tekanan Darah

ABSTRACT

Overcoming the problem of hypertension there are two alternatives that can be given for people with hypertension is by pharmacological and non-pharmacological methods (traditionally). Pharmacological treatments consist of diuretic medications, calcium channel inhibitors (ccb), betablenzers, and ACE inhibitors. Non pharmacology treatment one of them is using Tomato. The purpose of this study was to determine the presence of changes in blood pressure in hypertensive patients who consumed tomato juice in Lawang District Malang Regency on 8-15 July 2016. With quasi experimental research method using pre test and post test design. The population in this study is all elderly hypertensive patients who have never consumed tomato juice and check the blood pressure routine at Lawang that is as many as 30 people. From the results of the study showed that the average value of baseline blood pressure 156/92 mmH and average blood pressure after 142.33 / 88.52 mmHg. There is a change in the administration of tomato juice to decrease systolic and diastolic blood pressure. Systolic amount of 5.33 - 1.00 mmHg and diastolic amount of 1.64 - 0.33 mmHg. Differences in blood pressure before and after consuming tomato juice on respondents tested with paired

T test. The results showed a decrease in blood pressure in patients with hypertension p-value value = 0,000 < a = 0.05. This suggests that there is a significant effect of tomato juice on the decrease in blood pressure in hypertensive patients with a value of p = 0.000. The results of this study can be p-value 0.00 < 0.05 which means H0 rejected due sig. (2-tailed) is smaller than a, meaning there is influence after being given tomato juice to blood pressure of hypertension patient.

Keywords: Elderly Hypertension, Tomato Juice, Blood Pressure

PENDAHULUAN

Kematian akibat penyakit hipertensi memang sering datang tiba-tiba. Sebagian kalangan pun menyebutkan sebagai *The Silent Killer*, "Pembunuh diam-diam". Gejala hipertensi sering tidak tampak dan penderitanya sering pula tidak merasa kesakitan sebelumnya. Oleh karena itu, banyak penderita hipertensi yang menyepelkannya (Meita, 2011).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah penyakit yang umum terjadi dalam masyarakat kita. Keadaan itu terjadi jika tekanan darah pada arteri utama di dalam tubuh terlalu tinggi. Hipertensi kini semakin sering dijumpai pada orang lanjut usia. Hipertensi merupakan kelainan yang sulit diketahui oleh tubuh kita sendiri. Satu-satunya cara untuk mengetahui hipertensi adalah dengan mengukur tekanan darah kita secara teratur. Tekanan darah tubuh yang normal adalah 120/80 (tekanan sistolik 120 mmHg dan tekanan diastolik 80 mmHg). Namun, nilai tekanan darah tersebut tidak memiliki nilai yang baku. Hal itu berbeda-beda tergantung pada aktivitas fisik dan emosi seseorang (Meita, 2011).

Berikut ini adalah data statistika menggembirakan lainnya yang dikutip dari laporan JNC7. Bagi individu berusia 40-70 tahun. Peningkatan 20 mmHg tekanan darah sistolik atau 10 mmHg tekanan darah diastolik akan melipatgandakan resiko penyakit kardiovaskuler. Mari kita tinjau masalah ini secara lebih spesifik. Katakanlah, tekanan darah sistolik anda meningkat dari 115 menjadi 135 dalam periode waktu tertentu. Risiko anda telah meningkat sebanyak dua kali lipat. Dalam beberapa tahun, jika tekanan sistolik terus meningkat 20 mmHg lagi hingga mencapai

155, resiko anda kembali bertambah dua kali lipat lagi (Kowaiski, 2010).

Berdasarkan data survey kesehatan rumah tangga (SKRT) pada 2000 menunjukkan bahwa kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah di Indonesia sebesar 26,3%. Sedangkan, berdasarkan data Rumah Sakit pada 2005 sebesar 16,7% kematian disebabkan hipertensi. Faktor resiko utama penyakit jantung dan pembuluh darah adalah hipertensi (Meita, 2011).

Besarnya angka kejadian hipertensi di dunia menurut Sutomo (2009) yang dilaporkan dari data Join National Commite On Pevention Detection Evaluation, And Treatment On High Blood Preassure 7, penderita hipertensi diseluruh dunia mendekati angka 1 miliar, hal ini bisa dikatakan 1 dari 4 orang dewasa menderita tekanan darah tinggi. Sekitar 600 juta penderita tersebar di beberapa negara berkembang. Hasil penelitian dari MONIKA (Multinatioal Monitoring Of Trends Determinants In Cardiovascular Diseases) angka kejadian di Indonesia berkisar 2-18% diberbagai daerah. Jadi d Indonesia saat ini kira-kira terdapat 20 juta (Maya Apriyanti,2012).

Dan diketahui pada saat ini untuk mengatasi masalah hipertensi ada dua alternative yang bisa di berikan bagi penderita hipertensi yaitu dengan metode farmakologi maupun non farmakologis (secara tradisional). Penanganan farmakologi terdiri atas pemberian obat yang bersifat *diuretik, penghambat saluran kalsium (ccb), betabloker,* dan *Penghambat ACE* dengan memperhatikan tempat, mekanisme kerja dan tingkat kepatuhan. Dari pengobatan farmakologis terdapat beberapa efek samping. Efek

samping tersebut bermacam-macam tergantung dari obat yang digunakan. Sebagai contoh, sakit kepala, kulit wajah memerah, dan pergelangan kaki membengkak ini merupakan efek samping dari penggunaan obat jenis CCB. Namun ternyata sejumlah orang berusaha menghindari penggunaannya mengingat adanya efek samping yang di timbulkan. Karena banyaknya efek yang di timbulkan oleh pengobatan secara farmakologi, maka masyarakat pada saat ini umumnya lebih memilih pengobatan secara non farmakologi, dikarenakan sedikitnya efek yang ditimbulkan dari pengobatan non farmakologis (Dr.Widharto, 2007).

Para Herbalis (Ahli herba) sangat yakin terhadap kemampuan herbal dalam mengobati berbagai penyakit, tanpa menimbulkan efek samping. Bahkan kemampuannya dapat disamakan dengan obat kimiawi. Jenis herba yang dapat dimanfaatkan untuk pengobatan hipertensi sebagai berikut, bawang putih (*Allium Sativum*), Bawang Merah (*Alium Cepa*), tomat (*Lyocopersicon lycopersicum*), *Seledri* (*Apium graveolens*), *Kumis kucing* (*Orthosiphon Stamineus*) (Dr.Widharto, 2007).

Tomat (*Lyocopersicon lycopersicum*). Merupakan salah satu dari jenis terapi herbal untuk menangani penyakit hipertensi. Tomat kaya akan kalium. Kerja kalium adalah mempengaruhi sistem renin angiotensin dengan menghambat pengeluaran. Renin yang bertugas mengubah angiotensinogen menjadi angiotensin I tetapi karena adanya blok pada sistem tersebut maka pembuluh darah mengalami vasodilatasi sehingga tekanan darah akan turun. Kalium juga menurunkan potensial membran pada dinding pembuluh darah sehingga terjadi relaksasi pada dinding pembuluh darah dan akhirnya menurunkan tekanan darah (Monika, 2013).

Raharjo (2012) melakukan penelitian tentang pengaruh pemberian jus tomat terhadap tekanan darah sistolik dan diastolik pada penderita hipertensi.

Responden yang digunakan sebanyak 96 orang berumur 30-65 tahun di Wonorejo Lawang Kabupaten Malang. Responden diberikan jus tomat selama 7 hari sebanyak 250 ml terbuat dari 150 gr tomat dan 100 ml air. Tujuan untuk mengetahui pengaruh jus tomat terhadap tekanan darah.

Lestari dan Rahayuningsih dalam *Journal of Nutrition College* (2012:414-420) menjelaskan penelitian yang dilakukan di kota Semarang. Sebanyak 34 subyek penelitian wanita postmenopause diberikan jus tomat sebanyak 200 ml terbuat dari 150 tomat, 5 g gula pasir dan 50 ml air. Jus tomat diberikan satu kali selama 7 har berturut-turut. Hasilnya terdapat penurunan tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik.

Jumlah penduduk Lawang keseluruhan berjumlah 8585 orang yang terdiri dari 4345 laki-laki dan 4240 perempuan. Penderita Hipertensi di Lawang dari semuanya berjumlah 30 orang yang rutin memeriksakan tekanan darahnya di Puskesmas.

Dari uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh konsumsi jus tomat terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi yang terjadi di Lawang Malang.

METODE

Dalam penelitian ini menggunakan metode Quasi eksperimen dengan pre test dan post test design. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita hipertensi yang belum pernah mengonsumsi jus tomat dan periksa rutin tekanan darah sebanyak 30 orang.

Teknik sampling yang digunakan ialah sampling jenuh dengan kriteria inklusi:

1. Penderita Hipertensi sesuai kriteria WHO/ISH. yang belum pernah mengonsumsi jus tomat dan periksa rutin,
2. Penderita Hipertensi yang dapat menulis dan membaca.

3. Bersedia menjadi responden penelitian dengan mengisi dan menandatangani *informed consent*.

Kriteria eksklusi meliputi: penderita hipertensi yang mengkonsumsi obat penurun tekanan darah.

Variabel dalam penelitian ini adalah perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi yang mengonsumsi jus tomat dengan parameter: tekanan darah penderita hipertensi sebelum dan sesudah mengonsumsi jus tomat. Skala ordinal, dengan klasifikasi menurut WHO/ISH:

1. Normotensi (<140mmHg/<90mmHg)
2. HT Ringan (140-180mmHg/90-105mmHg)
3. HT Perbatasan (140-160mmHg/90-95mmHg)
4. HT Sedang & Berat (>180mmHg/>105mmHg)
5. HT Sistolik terisolasi (>140mmHg/<90mmHg)
6. HT Sistolik Perbatasan (140-160mmHg/ <90mmHg)

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan tensimeter untuk mengukur tekanan darah dan angket untuk mengisi biodata dan lembar observasi yang dibutuhkan. Penelitian dilaksanakan selama 7 hari.

HASIL

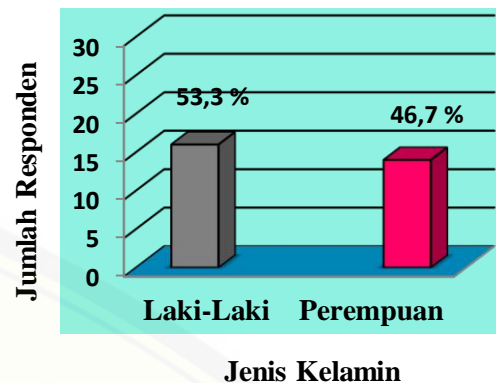
Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Usia

Tabel 1. rata-rata responden berdasarkan kelompok usia

Variabel	Mean	SD	95 %	CI
Usia	57.50	6.786	54.97 -	60.03

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa rata-rata usia responden adalah 57.50 Tahun (95% CI : 54.97 - 60.03), dengan standart deviasi 6.786 tahun. Usia termuda 46 tahun dan usia tertua 75 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa diyakini rata-rata usia responden adalah diantara 54.97 sampai 60.03 tahun.

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 1. Diagram Responden Berdasarkan Jenis kelamin.

Berdasarkan gambar diatas dari penelitian terhadap 30 responden diperoleh data tentang jenis kelamin dengan jumlah terbanyak adalah laki-laki sejumlah 16 responden dengan prosentase 53.3%.

Karakteristik Responden Berdasarkan Tekanan Sistolik

Tabel 2. rata-rata responden berdasarkan tekanan darah sistolik.

Variabel	Mean	SD	95% CI
Sistolik H+1	153.67	14.259	158.99 - 148.34
Sistolik H+2	147.33	11.592	154.66 - 146.00
Sistolik H+3	146.67	11.121	153.49 - 145.18
Sistolik H+4	141.00	11.919	148.45 - 139.55
Sistolik H+5	137.33	12.959	145.84 - 136.16
Sistolik H+6	136.00	11.017	140.11 - 131.89
Sistolik H+7	134.33	11.351	138.57- 130.09

Dari tabel 2 di atas dapat diketahui bahwa terdapat penurunan tekanan darah siastolik rata-rata responden 3.22 mmHg.

Karakteristik Responden Berdasarkan Tekanan Diastolik

Tabel 3. rata-rata responden berdasarkan tekanan darah diastolik

Variabel	Mean	SD	95% CI
Diastolik H+1	90.33	3.198	91.53 - 89.14
Diastolik H+2	89.67	3.198	90.86 - 88.47
Diastolik H+3	89.33	2.537	90.28 - 88.39
Diastolik H+4	144.00	3.051	90.14 - 87.86
Diastolik H+5	141.00	3.790	89.75 - 86.92
Diastolik H+6	136.00	4.661	88.74 - 85.26
Diastolik H+7	134.33	4.893	87.86 - 84.14

Dari table di atas dapat diketahui bahwa terdapat penurunan tekanan darah diastolik rata-rata responden 0.88 mmHg.

Karakteristik Tekanan Darah Responden Sebelum Mengonsumsi Jus Tomat Berdasarkan Klasifikasi Tekanan Darah Sesuai WHO/ISH

Tabel 4 Tekanan darah sebelum diberi perlakuan

Klasifikasi Tekanan Darah	n			%
	Sebelum	Sesudah	Sesudah	
Normotensi	-	11	36.67	
Hipertensi Ringan	6	18	60	
Hipertensi Perbatasan	24	-	80	
Hipertensi Sedang / Ringan	-	-		
Hipertensi Sistolik Terisolasi	-	-		
Hipertensi	-	1	3.33	

Sistolik Perbatasan

Dari tabel 4 dapat diketahui bahwa dari 30 responden yang belum mengonsumsi jus tomat diperoleh data tentang tekanan darah dengan jumlah terbanyak adalah Hipertensi Perbatasan (140-160/90-95mmHg) yaitu 24 responden dengan prosentase 80%. Dan sesudah mengonsumsi jus tomat dapat diketahui bahwa dari 30 responden diperoleh data tentang tekanan darah dengan jumlah terbanyak adalah Hipertensi Ringan (140-180/95-105mmHg) yaitu 18 responden dengan prosentase 60%.

Tabel 5. Hasil uji paired T-test pengaruh jus tomat terhadap hipertensi

Kelompok	Mean	Asymp.Sig. (2-tailed)
Pretest Jus Tomat	295.00	,000
Posttest Jus Tomat	283.53	,000

Dari table 5 didapatkan bahwa hasil penelitian terdapat pengaruh yang signifikan antara pre intervensi dan post intervensi karena nilai p-value < 0,05.

PEMBAHASAN
Usia

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata usia responden adalah 57.50 Tahun (95% CI : 54.97 - 60.03), dengan standar deviasi 6.786 tahun. Usia termuda 46 tahun dan usia tertua 75 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa diyakini rata-rata usia responden adalah diantara 54.97 sampai 60.03 tahun.

Bagi kebanyakan orang, tekanan darah meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Bagi kaum pria, resiko ini lebih cepat terjadi, yaitu saat usia 45-50 tahun. Karena adanya hormone penyebab menstruasi, resiko hipertensi pada wanita dapat ditekan dan baru muncul 7-10 tahun setelah menopause. (Bebas hipertensi dengan terapi jus, 2005).

Jenis Kelamin

Berdasarkan gambar diatas dari penelitian terhadap 30 responden diperoleh data tentang jenis kelamin dengan jumlah terbanyak adalah laki-laki sejumlah 16 responden dengan prosentase 53.3%.

Menurut Dr. Suparyanto, M.Kes (2011) Hasil survey kesehatan rumah tangga tahun 1995 menunjukkan prevalensi penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi di Indonesia cukup tinggi, yaitu 83 per 1000 anggota rumah tangga. Pada umumnya lebih banyak pria menderita Hipertensi dibandingkan dengan perempuan. Wanita > pria pada usia > 50 tahun, pria > wanita pada usia < 50 tahun.

Berdasarkan tabel 2 dan 3 dari penelitian terhadap 30 responden diperoleh data tentang tekanan darah sistolik dan diastolik perhari selama 7 hari. Dari rata-rata perhari ini kemudian dijadikan satu dan didapatkan hasil 142.33/88.52 mmHg terdapat perubahan tekanan darah sistolik maupun sistolik. Penurunan sistolik 6.34 - 1.00 mmHg dan penurunan diastolik 1.64 - 0.33 mmHg.

Berdasarkan tabel 4.4 diatas dapat diketahui bahwa dari penelitian terhadap 30 responden diperoleh data tekanan darah sebelum mengonsumsi jus tomat dengan jumlah terbanyak adalah hipertensi perbatasan yaitu 24 responden dengan prosentase 80%. Jumlah hipertensi ringan 6 responden 20%.

Berdasarkan tabel 5 diatas dapat diketahui bahwa dari penelitian terhadap 30 orang responden diperoleh data tekanan darah sesudah mengonsumsi jus tomat dengan jumlah terbanyak adalah hipertensi ringan 18 orang dengan prosentase 60%. Jumlah normotensi 11 responden dengan prosentase 36.67%. jumlah hipertensi sistolik perbatasan 1 responden dengan prosentase 3.33%.

Penurunan tekanan darah sistolik dan diastolik pada penderita hipertensi karena kandungan *kalium* (potassium) yang terdapat pada tomat yang 147 mg/100gram atau 260 mol. Tomat mempunyai kemampuan membantu

menurunkan tekanan darah karena kandungan *kalium* (potasium), *lycopen*, dalam buah tomat efektif dan mampu mengobati hipertensi. Selain itu, tomat juga bersifat *diuretik* karena kandungan asam yang tinggi sehingga membantu menurunkan tekanan darah. (Aphrodita, M. 2010) Sehingga *kalium* (potasium) membantu mengatur saraf perifer dan sentral yang mempengaruhi tekanan darah. Mengonsumsi *kalium* yang banyak akan meningkatkan konsentrasinya di dalam cairan intraseluler sehingga cenderung menarik cairan dari bagian ekstraseluler dan menurunkan tekanan darah (Almatsier, 2001).

Tomat kaya akan kalium (235 mg/100 gr tomat), Kerja kalium dalam menurunkan tekanan darah adalah dapat menyebabkan *vasodilatasi*, sehingga terjadi penurunan retensi perifer dan meningkatkan curah jantung; kalium berfungsi sebagai diuretika, sehingga pengeluaran, natrium dan cairan akan meningkat, kalium menghambat pelepasan renin, sehingga mengubah aktifitas system *renin angiotensin*, kalium dapat mengatur saraf perifer dan sentral yang mempengaruhi tekanan darah. Tomat juga mengandung antioksidan yang kuat untuk menghambat penyerapan oksigen reaktif terhadap *endotel* yang mengganggu dilatasi pembuluh darah, sehingga menyebabkan hipertensi. Tomat juga memiliki kandungan zat yang berkhasiat yaitu *pigmen lycopen* (berfungsi sebagai antioksidan yang melumpuhkan radikal bebas). Menyeimbangkan kadar *kolesterol* darah dan tekanan darah, serta melenturkan sel-sel saraf jantung yang kaku akibat endapan kolesterol dan gula darah), juga berguna untuk menurunkan tekanan darah.

Lestari dan Rahayuningsih dalam Journal of Nutrition College (2012:414-420) menjelaskan penelitian yang dilakukan di kota Semarang. Sebanyak 34 subyek penelitian wanita postmenopause diberikan jus tomat sebanyak 200 ml terbuat dari 150 tomat, 5 g gula pasir dan 50 ml air. Jus tomat diberikan satu kali

selama 7 har berturut-turut. Hasilnya terdapat penurunan tekanan darah sistolik sebesar 7.276 - 11.76 mmHg dan tekanan darah diastolik 3.321 - 8.82 mmHg.

Penurunan tekanan darah dapat dipengaruhi juga oleh usia. Sesuai dengan teori Elisa Diana Julianti, S.P. yang menyatakan bahwa Bagi kebanyakan orang, tekanan darah meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Bagi kaum pria, resiko ini lebih cepat terjadi, yaitu saat usia 45-50 tahun. Hal ini didukung oleh hasil penelitian diatas tentang usia yang didapatkan sebanyak 100% berusia diatas 45 tahun. Hal ini berarti Hipertensi dapat dipengaruhi oleh penambahan usia.

Penurunan tekanan darah dapat dipengaruhi juga oleh jenis kelamin. Sesuai dengan teori Dr. Suparyanto, M.Kes yang menyatakan bahwa Hasil survey kesehatan rumah tangga tahun 1995 menunjukkan prevelensi penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi di Indonesia cukup tinggi, yaitu 83 per 1000 anggota rumah tangga. Pada umumnya lebih banyak pria menderita Hipertensi dibandingkan dengan perempuan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian diatas tentang jenis kelamin yang didapatkan sebanyak 53.3% berjenis kelamin laki-laki. Hal ini berarti Hipertensi dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin.

Menurut peneliti, hasil penelitian tentang perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi yang mengkonsumsi jus tomat sesuai dengan teori diatas, yaitu penatalaksanaan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi dapat dilakukan salah satunya dengan mengkonsumsi jus tomat. Jus tomat dapat menurunkan tekanan darah karena kandungan *kalium* (potasium), *lycopen*, dalam buah tomat efektif dan mampu mengobati hipertensi. Selain itu, tomat juga bersifat *diuretik* karena kandungan asam yang tinggi sehingga membantu menurunkan tekanan darah. Sehingga *kalium* (potasium) membantu mengatur saraf perifer dan sentral yang mempengaruhi tekanan darah.

Mengonsumsi *kalium* yang banyak akan meningkatkan konsentrasinya di dalam cairan intraseluler sehingga cenderung menarik cairan dari bagian ekstraseluler dan menurunkan tekanan darah. Inilah yang menyebabkan tekanan darah responden dengan perubahan tekanan darah pada penderita hipertensi yang mengonsumsi jus tomat menurun.

KESIMPULAN

Ada pengaruh pemberian jus tomat dengan perubahan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik.

1. Tekanan darah sistolik dan diastolik yang didapat sebagian besar responden sebelum mengonsumsi jus tomat adalah hipertensi perbatasan.
2. Tekanan darah yang didapat setelah mengonsumsi jus tomat mengalami perubahan yaitu tekanan darah sebagian besar responden menjadi hipertensi ringan dan normotensi.
3. Adanya pengaruh yang signifikan antara jus tomat terhadap tekanan darah hipertensi lansia di daerah Lawang

SARAN

Penelitian ini diharapkan akan dijadikan bahan pertimbangan dalam memberikan intervensi pengobatan hipertensi yang menggunakan bahan kimia dan dialihkan dengan menggunakan terapi jus tomat.

Dengan adanya penelitian bisa digunakan sebagai rujukan tentang teori pengobatan alternatif yang bersifat murah dan efisien dalam pelayanan kesehatan.

KEPUSTAKAAN

- Lusia, K. 2011. "Kolesterol Tinggi Picu Kematian Mendadak". Kompas.Com. Sabtu, 2 Juli 2011. Hlm.1
- Smeltzer, S. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Suddarth. Volume 2 Edisi 8*. Jakarta : EGC
- Soeharto, I. 2004. *Serangan Jantung dan Stoke Hubungannya Dengan*

- Lemak dan Kolesterol*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Wijayanti, D. *Cara Mudah Mengatasi Problem Kolesterol*. Yogyakarta: Bangkit
- Anjarpratiwi, L. 2009. 100% Hidup Sehat dan Panjang Umur dengan Terapi Jus. Jogjakarta : Araska
- Apriyanti, M. 2013. Meracik Sendiri Obat & Menu Sehat Bagi Penderita Darah Tinggi. Jogjakarta : Pustaka Baru Press
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta
- Corwin, EJ. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Kartikawati, E. 2012. *Aneka Minuman Populer bagi Kesehatan*. Ungaran : V-media
- Kowaiski, R. 2010. *Terapi Hipertensi*. Bandung : Qonita
- Kowal, J. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Maharani, S. 2014. *Herbal Sebagai Obat Bagi Penderita Penyakit Mematikan*. Jogjakarta : A*Plus Books
- Mansjoer, A. 1999. *Kapita Selekta Kedokteran edisi 1*. Jakarta : Media Aesculapius
- Price, S & Wilson. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit Edisi 6*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Sembiring, ME. 2013. *Pemanfaatan Tomat terhadap wanita dewasa penderita Hipertensi tadium satu di RW 13 Kampung Mokla Bandung Barat*. Univrsitas Advent Indonesia.
- Shanty, M. 2011. *Silent Killer Diseases Penyakit yang Diam-diam Mematikan*. Jogjakarta : Javalitera
- Soeria, A. 2014. *101 Resep Ampuh Sembuhkan Asam Urat, Hipertensi dan Obesitas*. Jogjakarta : Araska
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitati Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Sugiyono. 2010. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta
- Suparyanto. 2011. <http://dr-suparyanto.blogspot.com> diakses pada tanggal 20 Desember 2014 pukul 10.00 WIB.
- Widharto. 2007. *Bahaya Hipertensi*. Jakarta : Sunda Kelapa Pustaka.
- www.cangcut.net/2013/02/khasiat-tomat-untuk-darah-tinggi. Diakses pada tanggal 03 Maret 2016 pada pukul 06.15 WIB.
- www.wikipeda.org diakses pada tanggal 3 januari 2016 pada pukul 10.00 WIB

PENGARUH SOSIALISASI PEMILAHAN SAMPAH ORGANIK DAN NON ORGANIK SERTA MANAJEMEN SAMPAH TERHADAP PENURUNAN VOLUME SAMPAH DI DUSUN KRAJAN DESA KEMUNINGSARI LOR KECAMATAN PANTI KABUPATEN JEMBER

(EFFECT OF SOCIALIZATION OF ORGANIC AND NON-ORGANIC WASTE SEPARATION AND WASTE MANAGEMENT ON WASTE VOLUME REDUCTION IN KRAJAN AREA KEMUNINGSARI LOR VILLAGE PANTI SUBDISTRICT JEMBER REGENCY)

Fikri Nur Latifatul¹, Afriezal², Auliya³, Kholid Rosyidi Muhammad Nur⁴

^{1,2,3}Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember

⁴Dosen Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

ABSTRAK

Pertanian merupakan mayoritas mata pencaharian penduduk di Dusun Krajan, Desa Kemuningsari Lor, Kecamatan Panti, Kabupaten Jember. Kesadaran dan kepedulian untuk menangani sampah oleh masyarakat dusun terlihat masih sangat kurang. Hal tersebut ditandai dengan kebiasaan membakar sampah yang masih melekat di masyarakat dalam mengelola sampah. Disamping itu dengan membakar sampah dirasa masyarakat adalah cara yang paling cepat dalam pengolahan sampah. Padahal sudah sangat jelas dampak polusi yang ditinggalkan apabila tetap melakukan pembakaran terhadap sampah. Terlebih dengan angka kejadian ISPA yang tinggi menimbulkan kekhawatiran di kalangan masyarakat. Kekhawatiran tersebut dapat dikurangi dengan menumbuhkan kesadaran masyarakat akan pentingnya membuang sampah pada tempatnya dan pemilahan sampah. Hasil yang dicapai dari kegiatan ini adalah masyarakat mulai memahami pentingnya mengelola sampah dan volume pengeluaran sampah berhasil ditekan yang berasal dari sampah rumah tangga.

Kata kunci: Lingkungan, Sampah Organik dan Non Organik

PENDAHULUAN

Sampah merupakan salah satu permasalahan lingkungan yang sangat serius yang sedang dihadapi masyarakat di Indonesia. Sampah yang dihasilkan setiap hari sebagian besar berasal dari rumah tangga, baik sampah organik maupun non organik. Namun yang menjadi masalah, sampah-sampah yang dihasilkan tersebut malah dibuang sembarangan ke berbagai tempat atau dibakar disekitar tempat tinggal warga yang efeknya akan merusak lingkungan yang ada disekitarnya.

Sampah merupakan sisa atau keperluan rumah tangga yang sudah tidak digunakan dan lagi oleh pemiliknya. Sampah secara umum terbagi menjadi dua diantaranya adalah sampah organik dan sampah anorganik. Kedua sampah ini

memiliki manfaat untuk kita, namun juga ada dampaknya terhadap lingkungan. Sampah organik merupakan limbah yang berasal dari sisa makhluk hidup (alam) seperti hewan, manusia, dan tumbuhan yang mengalami pembusukan atau pelapukan. Sampah ini tergolong sampah yang ramah lingkungan karena dapat diurai oleh bakteri secara alami dan berlangsung cepat. Sampah anorganik adalah sampah yang berasal dari sisa manusia untuk diurai oleh bakteri, sehingga membutuhkan waktu yang cukup lama (hingga ratusan tahun) untuk dapat diuraikan.

Dusun Krajan merupakan dusun yang terletak di Desa Kemuningsari Lor, Kecamatan Panti, Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur. Dusun Krajan merupakan desa dengan mayoritas mata

pencaharian penduduknya adalah pertanian

Kesadaran dan kepedulian untuk menangani sampah oleh masyarakat dusun terlihat masih kurang. Kebiasaan membakar sampah masih mejadi pilihan masyarakat dusun untuk menangani permasalahan sampah. Masyarakat masih menganggap membakar sampah merupakan cara yang paling cepat dalam menangani permasalahan tersebut. Disamping itu dengan membakar sampah dirasa masyarakat adalah cara yang paling cepat dalam pengolahan sampah. Padahal sudah sangat jelas dampak polusi yang ditinggalkan apabila tetap melakukan pembakaran terhadap sampah. Terlebih dengan angka kejadian ISPA yang tinggi menimbulkan kekhawatiran di kalangan masyarakat.

Kekhawatiran tersebut dapat dikurangi dengan menumbuhkan kesadaran masyarakat akan pentingnya membuang sampah pada tempatnya dan pemilahan sampah. Pemilahan sampah tentunya berfungsi sebagai penerapan 4 R, yaitu *reuse, reduce, recycle* dan *replace*. Jadi masyarakat diajarkan untuk mengolah sampah yang masih bisa dimanfaatkan seperti botol plastik bekas yang nantinya dapat digunakan sebagai media tanam serta untuk manajemen pengeluaran sampah yang berasal dari rumah tangga.

METODE

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan berdesain *one group pretest-posttest design*, yang mana diberikan *pretest* sebelum diberikan perlakuan selanjutnya diobservasi hasilnya. Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang tinggal dan menetap di RT 002 RW 005 Dusun Krajan yang berjumlah 45 KK. Dengan jumlah 30 sampel KK menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengukuran data dalam penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei hingga Juni tahun 2018. Lembar observasi digunakan untuk melihat tingkatan pengelolaan sampah masyarakat pemilahan dan pewadahan sampah. Sebelum

pemberian sosialisasi, dilakukan pengukuran volume sampah pre tindakan dan juga sebelum tindakan untuk dievaluasi perbedaanya..

HASIL

Tabel 1. Distribusi frekuensi pretest-posttest responden pemilahan

	Pretest		Post test	
	n	%	n	%
Pemilahan kurang	24	80,0	4	13,3
Pemilahan cukup	6	20,0	9	30,0
Pemilahan baik	0	0,0	17	56,7
Total	30	100	30	100

Tabel 1 dapat dilihat jika sebagian besar responden pada pretestnya menggambarkan pemilahan yang kurang (80%), dan tidak ada dari seluruh responden dengan pemilahan yang baik (0%). Setelah dilakukan tindakan dan pengukuran akhir, di dapatkan lebih dari separuh responden memiliki pemilahan yang baik pada akhirnya (56,7%).

Tabel 2. Distribusi frekuensi pretest-posttest responden pewadahan

	Pretest		Post test	
	n	%	n	%
Pewadahan kurang	25	83,3	6	20,0
Pewadahan cukup	5	16,7	8	26,7
Pewadahan baik	0	0,0	16	53,3
Total	30	100	30	100

Tabel 2 dapat dilihat jika sebagian besar responden pada pretestnya menggambarkan pemilahan yang kurang (83,3%), dan tidak ada dari seluruh responden dengan pemilahan yang baik (0%). Setelah dilakukan tindakan dan pengukuran akhir, di dapatkan lebih dari

separuh responden memiliki pemilahan yang baik pada akhirnya (53,3%).

PEMBAHASAN

Wilayah penelitian dikhususkan pada RT 002 RW 005 Dusun Krajan Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2008 tentang Pengelolaan Sampah, terdapat lima tahap pengelolaan sampah yaitu pemilahan, pewadahan, pengangkutan, pengolahan, dan pemrosesan akhir. Pada penelitian ini, peneliti hanya melakukan pelatihan pengelolaan sampah pada tahap pemilahan dan pewadahan sampah. Hal ini disebabkan karena pada saat penelitian, jumlah sampah anorganik responden masing-masing rumah tangga yang siap didaur ulang masih sedikit, sehingga peneliti tidak melakukan pelatihan pengolahan sampah.

Alur penelitian yang dilakukan selama bulan Mei hingga Juni 2018 dimulai dengan pencarian responden secara *door to door* dengan jumlah sampel yang didapatkan yaitu 30 responden yang setuju dan bersedia untuk dijadikan sampel penelitian serta mau mengikuti setiap tahapan pelatihan pengelolaan sampah yang telah dijelaskan oleh peneliti kepada responden pada saat pertemuan pertama.

Tingkat Pemilahan dan Pewadahan Sampah

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan terjadinya penurunan volume sampah anorganik yang dibuang ke lingkungan dan perubahan-perubahan responden dalam mengelola sampah rumah tangga. Perubahan tersebut telah diamati oleh peneliti dan dimasukkan ke dalam lembar observasi. Adapun tahapan pengelolaan sampah yang dilakukan yaitu pemilahan sampah 2 jenis dan pewadahan sampah 2 jenis. Pemilahan sampah 2 jenis merupakan pemilahan sampah yang dilakukan oleh responden dengan cara memilah sampah rumah tangga menjadi

dua jenis, yaitu sampah organik dan sampah anorganik yang dapat di daur ulang. Sedangkan, pewadahan sampah 2 jenis merupakan pewadahan sampah yang dilakukan oleh responden dengan cara mewadahi sampah rumah tangga menjadi dua jenis, yaitu wadah untuk sampah organik dan wadah untuk sampah anorganik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Aryenti tahun 2011 yaitu tentang peningkatan peran serta masyarakat melalui gerakan menabung pada Bank Sampah di Kelurahan Babakan Surabaya, Kiacondong Bandung. Hasil penelitian Aryenti menunjukkan bahwa secara umum tindakan masyarakat mengenai pengelolaan sampah termasuk dalam kategori baik. Kepedulian warga meningkat untuk selalu membuang sampah pada tempatnya dan sebagian besar warga telah melakukan pemilahan sampah. Pelatihan pengelolaan sampah sebagai salah satu sumber informasi yang dapat membuat masyarakat tertarik untuk melakukan pemilahan dan pewadahan sampah agar nantinya sampah yang dikumpulkan dapat didaur ulang.

Pengaruh Pelatihan terhadap Penurunan Volume Sampah

Pemberian pelatihan pengelolaan sampah menyebabkan terjadinya penurunan volume sampah. Hal tersebut dikarenakan responden mampu mengaplikasikan materi yang telah diberikan ketika pelatihan pemilahan dan pewadahan sampah. Sampah anorganik yang dapat didaur ulang dipisahkan dari sampah organik maupun sampah anorganik yang tidak dapat di daur ulang, kemudian disimpan dan dikumpulkan hingga jangka waktu tertentu sampai jumlah sampah tersebut cukup untuk di daur ulang. Sedangkan, sampah yang akan di buang ke lingkungan yaitu sampah anorganik yang menurut responden tidak dapat di daur ulang.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Yuliani,

Rohidin, dan Brata tahun 2012 tentang pengelolaan sampah di Kecamatan Kota Manna Kabupaten Bengkulu Selatan melalui pendekatan sosial kemasyarakatan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku masyarakat Kota Manna Kabupaten Bengkulu Selatan terhadap pengelolaan sampah yaitu faktor pendidikan dan pekerjaan. Pendidikan yang rendah akan mengakibatkan kurangnya pengetahuan tentang pengelolaan sampah, sehingga seseorang yang memiliki pendidikan yang rendah tidak akan menyadari pentingnya pengelolaan sampah. Keberhasilan pengelolaan sampah, bukan hanya tergantung aspek teknis saja, namun mencakup aspek non teknis juga, seperti pengaturan sistem agar dapat berfungsi, lembaga atau organisasi yang mengelola, pembiayaan sistem tersebut, dan pelibatan masyarakat penghasil sampah dalam aktivitas penanganan sampah. (Damanhuri dan Padmi, 2010).

Pelestarian lingkungan merupakan keniscayaan ekologis yang tidak dapat ditawar oleh siapapun dan kapanpun. Oleh karena itu, pelestarian lingkungan tidak boleh tidak harus dilakukan oleh manusia, termasuk dalam hal pengelolaan sampah.

SIMPULAN

Tingkat pemilahan sampah responden di Dusun Krajan RT 002 RW 005 Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember sebelum pelatihan dalam kategori kurang dan setelah pelatihan dalam kategori baik. Tingkat pewadahan sampah responden di Dusun krajan RT 002 RW 005 Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember

sebelum pelatihan dalam kategori kurang dan setelah pelatihan dalam kategori baik. Rata-rata volume sampah rumah tangga di Dusun Krajan RT 002 RW 005 Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember setelah pelatihan lebih kecil dari rata-rata volume sampah sebelum pelatihan.

SARAN

Masyarakat lebih meningkatkan pengetahuan mengenai pentingnya pemilahan sampah dan tingkat pewadahan sampah.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti menyampaikan terima kasih kepada Kepala Desa Kemuningsari Lor beserta warga rt 005/ rw 002 yang telah bersedia menjadi responden dalam pelaksanaan penelitian ini.

KEPUSTAKAAN

- Artiningsih, NKA. 2008. Peran Serta Masyarakat Dalam Pengelolaan Sampah Rumah Tangga (Studi Kasus di Sampangan dan Jombang, Kota Semarang). [Tesis]. Semarang : Universitas Diponegoro.
- Emi, S. 2013. Perilaku Ibu Rumah Tangga dalam Pengelolaan Sampah.]. Unnes Journal of Public Health Vol 3, No 2 (2013). [Internet].[Diunduh 23 Juni 2018]
- Oktyan, P. 2012. Studi kualitatif manajemen pengelolaan sampah di kelurahan Sekaran Kota Semarang. Unnes Journal of Public Health Vol 2, No 1 (2012). [Internet].[Diunduh 23 Juni 2018].

KEMAMPUAN PERAWAT DALAM PENATALAKSANAAN ABC (AIRWAY, BREATHING, CIRCULATION) TERHADAP KEBERHASILAN PENANGANAN KEGAWATDARURATAN MATERNITAS DI ICU

(NURSING ABILITY ABC (AIRWAY, BREATHING, CIRCULATION) ON SUCCESS HANDLING OF MATERNITY EMERGENCY CARE IN ICU)

Zainul Arifin^{1*}, Sri Wahyuningsih²
Perawat ICU RSUD dr Haryoto Lumajang
D3 Keperawatan Universitas Jember
Jl. Basuki Rahmad No.5 Lumajang (67316)
*e-mail: zainularifinicu@gmail.com

ABSTRAK

Penatalaksanaan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) yang lebih kompleks dibanding dengan ruangan lain harus bisa dilakukan perawat ICU pada pasien dalam keadaan darurat klinis atau kritis maternitas yang masuk di ruang ini, sehingga kejadian kesakitan dan kematian ibu dapat dikurangi atau dicegah. Mengetahui korelasi kemampuan perawat dalam penatalaksanaan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) terhadap keberhasilan penanganan kegawatdaruratan maternitas di Ruang ICU. Desain penelitian kuantitatif observasional, dengan total sampling perawat di ruang ICU RSUD dr. Haryoto Lumajang (n=18) dan melakukan penatalaksanaan ABC pada kegawatdaruratan maternitas di bulan Januari-April 2018. Data dianalisis menggunakan uji *Rank Spearman*. Dari 18 responden penelitian menunjukkan semua pernah melakukan penatalaksanaan ABC pada kasus kegawatdaruratan maternitas, tetapi hanya 22,2% saja, perawat yang sudah pelatihan ICU, padahal penatalaksanaan ABC yang lebih kompleks didapatkan pada pelatihan ICU. Sehingga meskipun kemampuan perawat dalam penatalaksanaan ABC berhubungan dengan keberhasilan penanganan kegawatdaruratan maternitas di ruang ICU ($p < 0,05$), jumlah perawat yang mengikuti pelatihan ICU harus ditingkatkan supaya perawatan yang lebih komprehensif dapat tercapai. Kemampuan perawat dalam penatalaksanaan ABC terhadap keberhasilan penanganan kegawatdaruratan maternitas berkorelasi positif kuat dengan koefisien korelasi sebesar 0,520.

Kata kunci: Penatalaksanaan ABC, kegawatdaruratan maternitas, ICU

ABSTRACT

More complex management of ABC (Airway, Breathing, Circulation) compared to other rooms should be possible for ICU nurses in patients in the clinical or critical emergency of maternity entering this space, so that the incidence of maternal illness and death can be reduced or prevented. To determine the correlation of nurse's abilities in the management of ABC (Airway, Breathing, Circulation) on the successful handling of maternity emergency in ICU RSUD dr Haryoto Lumajang The design of quantitative observational research, with total sampling of nurses in the ICU hospital room dr Haryoto Lumajang (n = 18) and performed ABC management on maternity emergency in January-April 2018. Data were analyzed using Rank Spearman test. Of the 18 respondents the study showed all had ABC management in maternity emergency cases, but only 22.2%, nurses who had ICU training, whereas more complex ABC management was obtained in ICU training. Thus, although the nursing abilities in ABC management are associated with successful maternity emergency handling in ICU chambers ($p < 0.05$), the number of nurses attending ICU training should be

improved so that more comprehensive care can be achieved. The ability of nurses in the management of ABC on the successful handling of emergency maternity emergency correlated strongly positive with correlation coefficient of 0,520.

Keywords: ABC management, maternal emergency, ICU

PENDAHULUAN

Perawat yang bertugas di ICU harus bisa melakukan penatalaksanaan *Airway, Breathing, Circulation* (ABC) yang lebih kompleks dengan kemampuan lebih dibandingkan dengan perawat di ruang lainnya yang melayani pasien dalam keadaan darurat klinis atau kritis, kemampuan perawat mencakup aspek pendidikan, pengetahuan, dan sikap kerja.

Keterampilan ABC berkualitas tinggi pada semua anggota tim yang merawat dapat menghemat waktu berharga dan meningkatkan kinerja tim. Diseminasi pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan pendekatan ABC sangat diperlukan terutama melalui pelatihan ICU pada perawat. Penatalaksanaan *Airway, Breathing, Circulation* (ABC) diterapkan dalam semua keadaan darurat klinis untuk penilaian dan perawatan segera. Pendekatan ini diterima secara luas oleh para ahli dalam pengobatan darurat dan kemungkinan meningkatkan hasil perawatan kesehatan profesional berfokus pada masalah klinis yang paling mengancam jiwa. Salah satu kasus yang membutuhkan penatalaksanaan yang ABC yang lebih kompleks adalah kasus maternitas.

Kasus maternitas di negara berkembang 99% dari 830 wanita di seluruh dunia meninggal setiap hari dengan penyebab dapat dicegah yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan. Gangguan hipertensi pada kehamilan (pre eklamsi, eklamsi), perdarahan, infeksi dan penyebab yang lain di Kabupaten Lumajang merupakan penyebab kesakitan dan kematian ibu. Kematian ibu pada tahun 2016 sebanyak 18 kasus, tahun 2017 sebanyak 10 kasus. Sebagian dari kasus maternitas ini dalam keadaan kritis yang memerlukan perawatan di ICU.

Penatalaksanaan kegawatdaruratan pasien yang masuk ICU memerlukan penatalaksanaan ABC yang berbeda dengan ruangan lain, karena penatalaksanaan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) di ruangan ini harus lebih kompleks dengan kemampuan perawat yang khusus pula. Penatalaksanaan keperawatan yang komprehensif yang harus dilakukan oleh tim ICU (*Intensive Care Unit*) dalam ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) untuk mengatasi masalah jalan nafas, pernapasan serta sirkulasi yang dapat menentukan tindakan selanjutnya untuk mencegah kesakitan dan kematian ibu. Hal ini merupakan alasan peneliti untuk mengetahui kemampuan perawat dalam penatalaksanaan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) pada keberhasilan penanganan kegawatdaruratan maternitas di Ruang ICU yang dianalisis dengan jumlah ibu (kehamilan, persalinan, nifas) yang berhasil tertolong ketika mengalami kondisi kritis.

Tujuan yang diharapkan adalah untuk mengetahui adanya korelasi kemampuan perawat dalam penatalaksanaan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) terhadap keberhasilan penanganan kegawatdaruratan maternitas di Ruang ICU

METODE

Desain penelitian kuantitatif observasional, dengan total sampling perawat di ruang ICU RSUD dr. Haryoto Lumajang (n=18) dan melakukan penatalaksanaan ABC pada kegawatdaruratan maternitas di bulan Januari-April 2018. Data dianalisis menggunakan uji korelasi *Rank Spearman*.

HASIL

Karakteristik Perawat ICU

Table 1. Karakteristik perawat ICU

Karakteristik	n	%
1. Umur/31-35 Thn.	10	55,5
2. Pelatihan BCLS	14	77,8
3. Pelatihan ICU	4	22,2
4. Belum Pelatihan	4	22,2

Berdasarkan tabel 1 dari 18 responden penelitian menunjukkan sebagian besar usia perawat >30 tahun (55,5%) dan sebagian besar hanya pelatihan BCLS (77,8%). Hanya 22,2% saja, perawat yang sudah pelatihan ICU dan masih ada yang belum pelatihan baik ICU maupun yang lainnya (22,2%).

Kemampuan Perawat dalam Penatalaksanaan ABC (Airway, Breathing, Circulation) terhadap Keberhasilan Penanganan Kegawatdaruratan Maternitas di ICU

Tabel 2. Kemampuan Perawat dalam Penatalaksanaan ABC (Airway, Breathing, Circulation)

Kemampuan Penatalaksanaan	n	%
Airway	12	66,7
Breathing	2	11,1
Airway, Breathing, Circulation	4	22,2

Tabel 2 menunjukkan kemampuan perawat dalam penatalaksanaan ABC (Airway, Breathing, Circulation) lengkap hanya sebagian kecil saja. Tetapi penatalaksanaan untuk jalan nafas (Airway) lebih dari 50% perawat ICU sudah melaksanakannya berdasarkan standar yang ada.

Tabel 3. Keberhasilan Penanganan Kegawatdaruratan Maternitas di Ruang ICU

Keberhasilan Penanganan (Kali)	n	%
2 (3 tim)	9	50
3 (2 tim)	6	33
4 (1tim)	3	16,7

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan hanya sebagian kecil (3 perawat) pernah sebanyak 4 kali melaksanakan penatalaksanaan ABC dan berhasil dengan memberikan harapan hidup pada kasus maternitas. Tetapi sebagian besar pernah sebanyak 2 kali melaksanakan penatalaksanaan ABC dan berhasil dengan memberikan harapan hidup pada kasus maternitas yang dilaksanakan secara tim.

Tabel 4. Korelasi Kemampuan Perawat dalam Penatalaksanaan ABC (Airway, Breathing, Circulation) terhadap Keberhasilan Penanganan Kegawatdaruratan Maternitas di Ruang ICU.

Variabel	Keberhasilan Penanganan Kegawatdaruratan
Kemampuan Ibu yang tertolong hidup Perawat	
Nilai r	*0,520
Nilai p	0,027

Berdasarkan tabel 4 tidak adanya korelasi yang bermakna antara variabel kemampuan perawat dengan kesakitan dan kematian ibu di RSUD ($p>0,05$), tetapi menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan kuat antara variabel ketrampilan perawat dengan ibu yang tertolong/hidup di RSUD.

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil analisis karakteristik bahwa usia perawat di ruang ICU RSUD dr. Haryoto Lumajang paling banyak usia 31-35 tahun (10 dari 18 orang), pelatihan BCLS (Basic Life Support) hampir semua sudah mengikuti (14 dari 18 orang), tetapi pelatihan ICU

hanya minimal (4 dari 18 orang), sehingga masih ada yang belum pelatihan sama sekali baik BCLS maupun ICU.

Perawat yang bertugas di ICU dituntut untuk memiliki kemampuan lebih dibandingkan dengan perawat yang melayani pasien di unit lain, dengan usia produktif dapat memaksimalkan kemampuan yang dimiliki. padahal keterampilan merupakan persyarat minimal yang harus dimiliki oleh seorang perawat. Keterampilan mencakup aspek pendidikan, pengetahuan, dan sikap kerja, termasuk dapat melalui pelatihan. Penatalaksanaan *Airway, Breathing, Circulation* (ABC) diterapkan dalam semua keadaan darurat klinis untuk penilaian dan perawatan segera.

Pendekatan ini diterima secara luas oleh para ahli dalam pengobatan darurat dan kemungkinan meningkatkan hasil perawatan kesehatan profesional berfokus pada masalah klinis yang paling mengancam jiwa. Keterampilan ABC berkualitas tinggi pada semua anggota tim yang merawat dapat menghemat waktu berharga dan meningkatkan kinerja tim. Mengingat manifestasi klinik kasus kegawatdaruratan maternitas yang berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas, mengenal kasus tersebut tidak selalu mudah dilakukan, bergantung pada pengetahuan, kemampuan daya pikir dan analisis, serta pengalaman penolong.

Diseminasi pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan penatalaksanaan ABC yang lebih kompleks di Ruang ICU dibandingkan dengan ruangan lain yang menangani kasus kegawatdaruratan sangat diperlukan dan hal ini terdapat dalam pelatihan ICU, BCLS maupun pelatihan terkait yang harus diikuti oleh setiap perawat yang bertugas di Ruang ICU.

Kemampuan Perawat dalam Penatalaksanaan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) terhadap Keberhasilan Penanganan Kegawatdaruratan Maternitas di ICU

Penatalaksanaan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) pada bulan Januari sampai dengan April 2018 semua perawat ICU telah melaksanakan ABC tetapi yang lengkap sesuai standart sebanyak 22,4%. Keberhasilan menangani kegawatdaruratan maternitas menunjukkan tim perawat 16,7% pernah sebanyak 4 kali melaksanakan penatalaksanaan ABC dan berhasil dengan memberikan harapan hidup pada kasus maternitas.

Adanya korelasi positif dengan kekuatan kuat pada keberhasilan penanganan yang dilakukan perawat (ditandai dengan ibu yang tertolong/hidup) pada kasus maternitas di ruang ICU RSUD dr. Haryoto Lumajang ($r=0,520$) Hal ini ditunjang dengan penelitian kasus retrospektif observasional yang dilakukan di Shaheed Mohtarma Benazir Bhutto Universitas Kedokteran, Larkana, Pakistan rata-rata tinggal di intensif perawatan dengan 25,3% pasien membutuhkan dukungan ventilator, sementara 74,7% dikelola dengan oksigen dan dukungan inotropik. Tindakan yang dilakukan ini didasarkan dari pemeriksaan awal melalui evaluasi karakteristik klinis dengan tindakan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*).

Penatalaksanaan ABC yang sesuai standart menentukan dengan cepat kasus maternitas yang dicurigai dalam keadaan kegawatdarurat dan membutuhkan pertolongan segera dengan mengidentifikasi penyulit yang dihadapi.

Penanganan kegawatdaruratan maternitas yang dirawat di Ruang ICU RSUD dr. Haryoto Lumajang dilakukan dengan penatalaksanaan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) berbeda dengan ruangan lain karena adanya tindakan-tindakan khusus yang dilakukan oleh perawat termasuk kolaborasi dengan tim medis, sehingga meminimalkan terjadinya

kesakitan sampai kematian pada ibu. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan di ruang ICU RSUD dr. Haryoto Lumajang telah maksimal, sehingga diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih prima.

Banyaknya kasus hipertensi pada kehamilan (pre eklamsi, eklamsi), perdarahan, infeksi dan penyebab lain di Kabupaten Lumajang merupakan alasan utama untuk mentransfer/merujuk pasien kebidanan/maternitas ke unit perawatan intensif (ICU) supaya mendapatkan perawatan yang komprehensif.

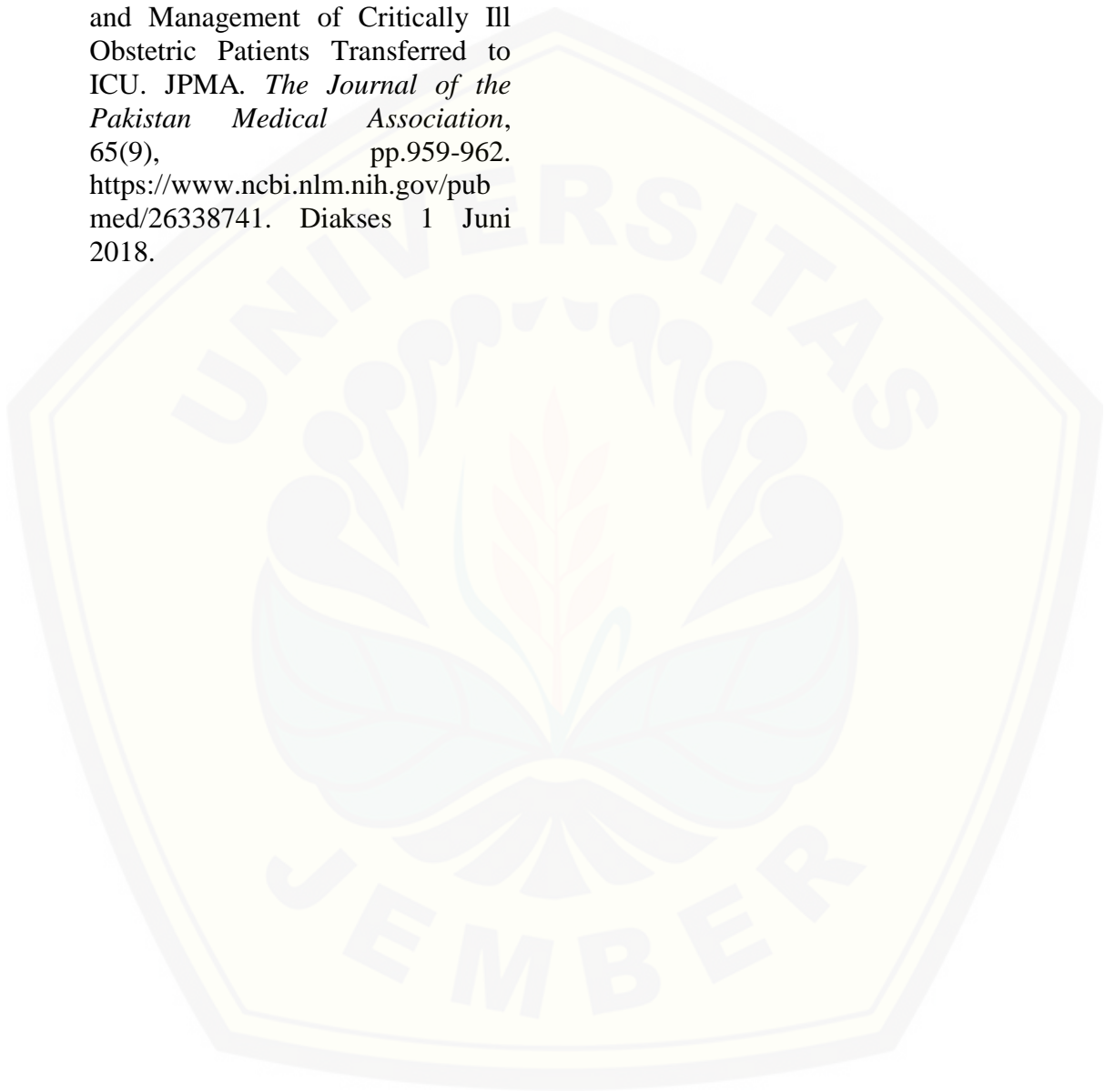
KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat korelasi kemampuan perawat dalam penatalaksanaan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) terhadap keberhasilan penanganan kegawatdaruratan maternitas di ruang ICU RSUD dr. Haryoto Lumajang.

KEPUSTAKAAN

- Arikunto, S. 2016. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Jensen, S.M., Do, H.Q., Rasmussen, S.W., Rasmussen, L.S. and Schmidt, T.A., 2015. Emergency Team Calls For Critically Ill Non-Trauma Patients in The Emergency Department: An Observational Study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1), p.76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4594893>. Diakses 2 Juni 2018.
- Lankoande, M., Bonkougou, P., Ouandaogo, S., Dayamba, M., Ouedraogo, A., Veyckmans, F. and Ouédraogo, N., 2016. Incidence and Outcome of Severe Ante-Partum Hemorrhage at The Teaching Hospital Yalgado Ouédraogo in Burkina Faso. *BMC Emergency Medicine*, 17(1), p.17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5452328>. Diakses 1 Juni 2018.
- Maya, L, Rooije, R.H.R, Joice, L. 2017. Hubungan Keterampilan Perawat (*Airway, Breathing Dan Circulation*) dengan Kemampuan Penanganan Pasien Cedera Kepala di Ruang UGD RSUD Kabupaten Kepulauan Talaud. *E-Jurnal Sariputra*, Oktober 2017 Vol. 4 (3). jurnal.unsrittomohon.ac.id. Diakses 2 Juni 2018.
- Peiniger, S., Paffrath, T., Mutschler, M., Brockamp, T., Borgmann, M., Spinella, P.C., Bouillon, B. and Maegele, M., 2012. The Trauma Patient in Hemorrhagic Shock: How is The C-Priority Addressed Between Emergency and ICU Admission. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(1), p.78. <http://www.sjtem.com/content/20/1/78>. Diakses 2 Juni 2018.
- Priso, E.B., Njamen, T.N., Tchente, C.N., Kana, A.J., Landry, T., Tchawa, U.F.N., Hentchoya, R., Beyiha, G., Halle, M.P., Aminde, L. and Dzudie, A., 2015. Trend in Admissions, Clinical Features and Outcome of Preeclampsia and Eclampsia as Seen From The Intensive Care Unit of The Douala General Hospital, Cameroon. *Pan African Medical Journal*, 21(1). <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/103/full>. Diakses 1 Juni 2018
- Thim, T., Krarup, N.H.V., Grove, E.L., Rohde, C.V. and Løfgren, B., 2012. Initial Assessment and Treatment With The Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) Approach. *International Journal of General Medicine*, 5, p.117. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374>. Diakses 2 Juni 2018.

- Tim Bantuan Medis UGM. 2016. *Basic Live Support*. Jakarta. EGC.
- Walyani, SE. 2015. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Yogyakarta: Pustakabarupres.
- Yousuf, N., Shaikh, S.N., Soomro, A. and Baloch, R., 2015. Analysis of Clinical Characteristics, Rationale, and Management of Critically Ill Obstetric Patients Transferred to ICU. JPMA. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 65(9), pp.959-962. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26338741>. Diakses 1 Juni 2018.



**PENGARUH TERAPI BEKAM KERING TERHADAP TEKANAN DARAH PADA
LANSIA DENGAN HIPERTENSI DI PSTW JEMBER**

**(THE EFFECT OF DRY CUPPING THERAPY ON BLOOD PRESSURE IN THE
ELDERLY WITH HYPERTENSION AT PSTW JEMBER)**

Yogie Bagus Pratama^{1*}, Hanny Rasni², Wantiyah³

^{1,2,3}Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember. Telp./Fax. (0331) 323450

*e-mail: yogiebaguspratama1995@gmail.com

ABSTRAK

Lansia ditandai dengan penurunan fungsi tubuh, sehingga menjadikan lansia beresiko tinggi terjadi hipertensi. Hipertensi adalah kondisi peningkatan tekanan darah secara konsisten pada $\geq 140 / 90$ mmHg. Pengobatan hipertensi dapat dilakukan secara farmakologi & nonfarmakologi. Salah satu terapi nonfarmakologi yang dapat digunakan untuk penanganan hipertensi adalah dengan menggunakan terapi bekam kering. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh bekam kering terhadap tekanan darah lansia dengan hipertensi. Tekanan darah lansia sebagai variabel dependen dan bekam kering sebagai variabel independen. Penelitian ini menggunakan quasi eksperimental dengan *two group pre-posttest design*. Sampel berjumlah 22 orang yang didapatkan secara *simple random sampling*. Sampel dibagi dalam dua grup. Analisis data menggunakan *Wilcoxon test* dan *Mann-Whitney test* dengan 95% CI ($\alpha:0,05$). Hasil analisis menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi (p 0,004 sistolik, 0,046 diastolik) dan tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok kontrol (p 0,705 sistolik, 0,317 diastolik). Analisis data menunjukkan terdapat perbedaan signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol pada sistolik (p 0,007), tetapi tidak terdapat perbedaan signifikan pada diastolik (p ,0,4). Kesimpulan dari penelitian ini adalah terapi bekam kering berpengaruh dalam menurunkan tekanan darah sistol pada lansia dengan hipertensi.

Kata kunci: terapi bekam kering, lansia, hipertensi.

ABSTRACT

Elderly characterized by decreased of body function are in high risk of hypertension. Hypertension is a consistent increase in blood pressure at $\geq 140 / 90$ mmHg. Treatment of hypertension can be done for both, pharmacologically and nonpharmacologically. One of nonpharmacology therapies to treat hypertension is by using dry cupping therapy. The purpose of this study was to analyze the effect of dry cupping to elderly blood pressure with hypertension. Elderly blood pressure with hypertension as dependent variabel and dry cupping therapy as independent variabel. This research used quasi experimental with two group pre-post test design. The sample was 22 people obtained with simple random sampling. The samples divided into two groups. Data analysis using Wilcoxon test and Mann-Whitney test with 95% CI ($\alpha:0.05$). Analysis result showed significant differences between pretest and posttest in intervention group (p 0.004 systole, 0.046 diastole) and no significant difference in control group (p 0.705 systole, 0.317 diastole). Data analysis results showed significant differences between intervention and control groups in systole (p 0.007), but no significant difference in diastole (p 0.4). Therefore, the conclusion is dry cupping have an effect in decreasing sistol blood pressure in elderly with hypertension.

Keywords: Dry Cupping Therapy, elderly, hypertension

PENDAHULUAN

Usia harapan hidup beberapa dekade terakhir mengalami peningkatan, sehingga menyebabkan jumlah lansia semakin meningkat. Usia lanjut ditandai dengan penurunan fungsi tubuh dalam beradaptasi. Penurunan tersebut menyebabkan lansia rawan terserang penyakit kronis seperti hipertensi, asam urat, stroke, gagal ginjal dan jantung. Tekanan darah 160/90 mmHg dapat diklasifikasikan sebagai hipertensi untuk semua batasan usia.

Hasil studi pendahuluan diperoleh data lansia di PSTW Jember berjumlah 140 orang. Lansia yang tercatat mengalami hipertensi pada oktober 2017 sebanyak 50 orang dengan 7 diantaranya mengalami stroke. Penatalaksanaan hipertensi di PSTW Jember berupa pemeriksaan tekanan darah, pemberian obat antihipertensi serta senam lansia secara rutin dua minggu sekali.

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan dengan cara farmakologi dan nonfarmakologi. Bekam merupakan jenis pengobatan nonfarmakologi yang cukup dikenal dimasyarakat. Bekam adalah terjemahan dari bahasa arab *hijamah* yang berarti penyedotan, sehingga dapat didefinisikan sebagai teknik penyedotan dengan alat bekam, baik disertai pengeluaran darah maupun tidak. Bekam tanpa mengeluarkan darah disebut bekam kering. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh terapi bekam kering terhadap tekanan darah pada lansia dengan hipertensi di PSTW Jember.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode *quasy experiment* dengan rancangan *two group pre-post test design*. Teknik pengambilan sampel adalah *probability sampling* dengan pendekatan *simple random sampling* dengan total responden berjumlah 22 orang yang terbagi dalam kelompok kontrol dan intervensi.

Intervensi bekam kering dilakukan sekali waktu dengan rentang waktu 15-30 menit untuk semua responden pada kelompok intervensi. Pengukuran *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi dilakukan 5 menit sebelum dan 5 menit setelah dilakukan terapi bekam kering. Pada kelompok kontrol dilakukan pengukuran *pretest* dan *posttest* dengan jarak waktu 30 menit. Penelitian ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Jember.

Analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik responden. Analisis bivariat menggunakan uji *Wilcoxon* dan *Mann-whitney* dengan $\alpha = 0,05$. Peneliti menggunakan program komputer untuk proses pengolahan data dan analisis statistik.

HASIL

Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Responden berdasarkan Usia Lansia

Kelompok	Mean (tahun)	SD	95% CI
Intervensi	73,18	7,01	68,47-
Kontrol	69,09	3,01	77,89 67,06- 71,11

Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata usia responden pada kelompok intervensi adalah 73,18, dan hasil interval kepercayaan 95% diyakini usia berada pada rentang 68,47-77,89 tahun. Kelompok kontrol memiliki nilai rata-rata usia 69,09 dan hasil interval kepercayaan 95% diyakini usia berada pada rentang 67,06-71,11 tahun.

Tabel 2. Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin dan Riwayat Merokok Lansia

Karakteristik	Intervensi		Kontrol	
	n	%	n	%
a. Jenis Kelamin				
- Laki-laki	8	72,7	7	63,6
- Perempuan	3	23,3	4	36,4
Total	11	100,0	11	100,0
b. Riwayat				
Merokok	6	54,5	6	54,5
- Iya	5	45,5	5	45,5
- Tidak				

Tabel 2 jenis kelamin lebih banyak pada laki-laki dengan jumlah total sebanyak 15 orang atau sebesar 68,2%. Sebagian besar responden memiliki riwayat merokok yang berjumlah 12 orang atau sebesar 54,5%..

Tekanan Darah Kelompok Intervensi

Tabel 3. Gambaran Hasil *Pretest* dan *Posttest* Tekanan Darah Lansia

Kelompok Intervensi	TD	Media n (mmHg)	Min-Max (mmHg)
<i>Pretest</i>	Sistolik	140	140-150
	Diastolik	80	70-90
<i>Posttest</i>	Sistolik	140	120-150
	Diastolik	80	70-90

Tabel 3 menunjukkan gambaran hasil tekanan darah pada kelompok intervensi dan didapatkan nilai median 140/80mmHg pada *pretest* dan *posttest*. Pada *pretest* memiliki nilai min-max 140-150mmHg pada sistolik dan 70-90mmHg pada diastolik, sedangkan pada *posttest* memiliki nilai min-max 120-150mmHg pada sistolik dan 70-90mmHg pada diastolik.

Tabel 4. Hasil Uji *Wilcoxon* Tekanan Darah Lansia Berdasarkan *Pretest* dan *Posttest*

Kelompok	Tekanan Darah	Z	p
Intervensi	Sistol <i>pretest</i>		
	Sistol <i>posttest</i>	-	
	Diastol <i>pretest</i>	2887	0,004
	Diastol <i>posttest</i>	-	0,046
		2000	

Tabel 4 menunjukkan hasil uji *Wilcoxon* pada tekanan darah sistol dan diastol kelompok intervensi memiliki nilai $p < 0,05$, yaitu 0,004 pada sistolik dan 0,046 pada diastolik.

Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan rata-rata tekanan darah *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi.

Tekanan Darah Kelompok Kontrol

Tabel 5. Gambaran Hasil *Pretest* dan *Posttest* Tekanan Darah Lansia

Kelompok Kontrol	TD	Media n (mmHg)	Min-Max (mmHg)
<i>Pretest</i>	Sistolik	140	140-155
	Diastolik	80	70-90
<i>Posttest</i>	Sistolik	145	140-150
	Diastolik	80	70-90

Tabel 5 menunjukkan gambaran hasil tekanan darah pada kelompok kontrol dan didapatkan nilai median 140/80mmHg pada *pretest* dan 145/80mmHg pada *posttest*. Pada *pretest* memiliki nilai min-max 140-155mmHg pada sistolik dan 70-90mmHg pada diastolik, sedangkan pada *posttest* memiliki nilai min-max 140-150mmHg pada sistolik dan 70-90mmHg pada diastolik.

Tabel 6. Hasil Uji *Wilcoxon* Tekanan Darah Lansia Berdasarkan *Pretest* dan *Posttest*

Kelompok	Tekanan Darah	Z	p
Kontrol	Sistol <i>pretest</i>	-378	0,705
	Sistol <i>posttest</i>		
	Diastol <i>pretest</i>	-1000	0,317
	Diastol <i>posttest</i>		

Tabel 6 menunjukkan hasil uji *Wilcoxon* pada tekanan darah sistol dan diastol kelompok kontrol memiliki nilai $p > 0,05$, yaitu 0,705 pada sistolik dan 0,317 pada diastolik.

Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan rata-rata tekanan darah *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol.

Tekanan Darah Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 7. Hasil Uji *Mann Whitney* Tekanan Darah Sistolik Lansia pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Kelompok	Tekanan Darah	Z	p
Intervensi Kontrol	Sistol	-2716	0,007
Intervensi Kontrol	Diastol	-841	0,400

Tabel 7 menunjukkan hasil uji *Mann-Whitney* perbedaan rata-rata tekanan darah lansia antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di UPT PSTW Jember setelah diberikan terapi bekam kering mendapatkan $p \text{ value} = 0,007$ pada sistolik dan 0,4 pada diastolik.

Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan rata-rata tekanan darah sistol antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, serta tidak terdapat perbedaan signifikan rata-rata tekanan darah diastol antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Rata-rata usia yang menjadi responden dalam penelitian adalah 73,18 tahun pada kelompok intervensi dan 69,09 tahun pada kelompok kontrol. Prevalensi hipertensi berbanding lurus dengan peningkatan usia, semakin tua usia maka semakin banyak juga kejadian hipertensi. Kejadian hipertensi semakin meningkat dengan bertambahnya usia. Hal ini didukung dari hasil penelitian yang menyebutkan bahwa prevalensi hipertensi lebih tinggi pada usia 75-90 tahun yaitu sebanyak 64% dibandingkan pada usia 60-74 tahun yaitu sebanyak 36%. Peningkatan usia menyebabkan terjadinya penebalan pada ventrikel kiri dan katub jantung, menurunnya pacemaker jantung, terjadi kekakuan pembuluh darah arteri dan katub vena menjadi tidak kompeten yang semuanya itu secara progresif meningkatkan tekanan darah dan beresiko terjadinya hipertensi.

Mayoritas responden penelitian berjenis kelamin laki-laki 15 (68,2%). Laki-laki diduga memiliki gaya hidup lebih cenderung untuk meningkatkan tekanan darah seperti merokok, stres akibat beban hidup dsb. Hasil penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa hipertensi lebih banyak terjadi pada laki-laki.

Sebagian besar responden penelitian memiliki riwayat merokok 12 (54,4%). Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara perilaku merokok dengan kejadian hipertensi dengan nilai $p < 0,001$.

Nikotin yang terkandung dalam rokok dapat mempengaruhi tekanan darah melalui pembentukan plak aterosklerosis. Nikotin juga memiliki efek langsung pada pelepasan hormon epinefrin dan nonepinefrin. Karbonmonoksida yang meningkat dalam darah akibat merokok juga dapat mempengaruhi tekanan darah.

Perbedaan Tekanan Darah Kelompok Intervensi

Hasil analisa data dengan menggunakan uji *Wilcoxon* pada kelompok intervensi, terdapat penurunan rata-rata tekanan darah sebesar 9,09 pada sistolik dan 3,63 pada diastolik dengan nilai $p < 0,004$ pada sistolik dan $0,046$ pada diastolik ($p < \alpha$). Berdasarkan hasil analisa tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan signifikan rata-rata tekanan darah sebelum dan setelah diberikan terapi bekam kering pada kelompok intervensi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Irawan dan Ari tentang pengaruh terapi bekam terhadap penurunan tekanan darah pada klien hipertensi yang menyatakan bahwa tekanan darah sistol dan diastol mengalami penurunan rata-rata sebesar 22,87mmHg pada sistol dan 21,42mmHg pada diastol. Secara teori tekanan darah dipengaruhi oleh tiga hal, yaitu kecepatan denyut jantung, *cardiac output*, dan *Total Resistance Peripheral* (TPR). Pembekaman pada kulit dapat menyebabkan terjadinya kerusakan pada Mast Cell. Akibat kerusakan ini akan dilepaskannya beberapa zat seperti *serotonin*, *histamin*, *bradikinin*, *slow reacting substance* (SRS), serta zat lain yang belum diketahui. Zat-zat ini menyebabkan terjadinya dilatasi kapiler dan arteriol, tidak hanya disekitar tempat bekam melainkan juga ditempat yang jauh dari titik bekam, sehingga terjadi perbaikan mikrosirkulasi pembuluh darah. Menurut Widada, bekam memiliki efek rileksasi otot. Rileksasi tersebut diakibatkan oleh produksi hormon endorfin pada saat dilakukan bekam. Pada saat tubuh merasa nyaman, frekuensi jantung akan mengalami penurunan.

Perbedaan Tekanan Darah Kelompok Kontrol

Hasil analisa data dengan menggunakan uji *Wilcoxon* pada kelompok kontrol, terdapat penurunan rata-rata tekanan darah sebesar 0,46 pada sistolik

dan 1,82 pada diastolik dengan nilai $p < 0,705$ pada sistolik dan $0,317$ pada diastolik ($p < \alpha$). Berdasarkan hasil analisa tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan rata-rata tekanan darah sebelum dan setelah diberikan terapi bekam kering pada kelompok intervensi. Meskipun terdapat penurunan rata-rata tekanan darah pada kelompok kontrol, akan tetapi secara statistik penurunan yang terjadi tidak signifikan, hal ini dikarenakan tidak diberikannya terapi bekam kering pada kelompok kontrol selama penelitian..

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tekanan darah yang meliputi riwayat keluarga, aktifitas fisik, merokok, konsumsi alkohol, stres, obesitas, diet natrium dan diabetes. Penurunan tekanan darah yang terjadi pada kelompok kontrol dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang mempengaruhi tekanan darah, karena pada kelompok kontrol tidak diberikan terapi bekam. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi tekanan darah lansia di PSTW meliputi diet natrium, aktifitas fisik rutin berupa senam lansia, serta kajian rohani rutin setiap minggu. Selain itu, pengobatan rutin yang diberikan tenaga kesehatan untuk mengatasi hipertensi pada lansia juga memiliki peranan dalam menurunkan tekanan darah pada kelompok kontrol.

Pengaruh Relaksasi Aromaterapi *Jasmine* terhadap Kualitas Tidur pada Lansia di Karang Werdha Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember

Hasil analisa data menggunakan uji *Mann-Whitney* terhadap perbedaan tekanan darah antara kelompok kontrol dan intervensi didapatkan nilai $p < 0,007$ pada tekanan darah sistolik dan $p < 0,4$ pada tekanan darah diastolik. Berdasarkan hasil analisis tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan rata-rata tekanan darah sistolik antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, akan tetapi pada tekanan darah diastol tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-

rata tekanan darah antara kelompok kontrol dan perlakuan. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa, bekam kering berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah sistol pada lansia dengan hipertensi di PSTW Jember.

Menurut Umar, bekam menyebabkan reaksi peradangan yang dapat mengakibatkan terlepasnya zat *serotonin*, *histamin*, *bradikinin*, *slow reacting substance* (SRS), serta zat lain yang belum diketahui. Zat-zat tersebut menyebabkan terjadinya dilatasi kapiler dan arteriol. Bekam menstimulasi untuk diproduksi zat *nitric oxide* (NO) yang berdampak pada relaksasi otot polos pembuluh darah. Pengeluaran zat-zat tersebut menyebabkan vasodilatasi dan relaksasi pembuluh darah, yang mana hal ini akan berdampak pada penurunan tekanan darah. Tekanan negatif efek dari bekam menyebabkan terjadinya dilatasi kapiler. Pembekaman juga menghasilkan *heme oxygenase-1* (HO-1) yang berfungsi untuk memetabolisme *heme*. Katalisis *heme* menghasilkan karbon monoksida (CO). Produksi CO dari aktivasi *heme oxygenase-1* (HO-1) menstimulasi diproduksi *cyclic guanosine monophosphate* (cGMP) yang berfungsi untuk vasodilatasi pembuluh darah, meskipun efeknya sedikit lemah jika dibandingkan dengan *nitric oxide* (NO).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Rusdiatin, respon dari seseorang setelah dilakukan bekam menyatakan merasa nyaman dan timbul rasa kantuk. Pada saat seseorang merasa nyaman dan relaks, maka sistem saraf simpatik akan tenang dan yang lebih banyak berperan adalah sistem saraf parasimpatik. Kondisi relaks menyebabkan frekuensi jantung menurun, dengan menurunnya frekuensi jantung, maka tekanan darah juga akan menurun.

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti menunjukkan bahwa bekam kering telah memberikan manfaat yang nyata dalam menurunkan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi. Bekam

menyebabkan dilatasi pembuluh darah, penurunan denyut jantung serta perbaikan elastisitas pembuluh darah yang kesemuanya secara teori memiliki pengaruh dalam menurunkan tekanan darah. Penelitian ini diperkuat oleh teori-teori yang sudah dikemukakan serta fakta-fakta terkait hasil analisa data pada uji *Mann-Whitney* yang mendapatkan nilai p 0,004 pada tekanan darah sistol ($p < 0,05$). Oleh karena itu, peneliti menyimpulkan bahwa terapi bekam kering memiliki pengaruh dalam menurunkan tekanan darah sistol pada lansia dengan hipertensi di PSTW Jember.

KESIMPULAN

Terjadi penurunan rata-rata tekanan darah pada lansia dengan hipertensi setelah diberikan terapi bekam kering, hal ini menunjukkan bahwa bekam kering memiliki efek yang baik terhadap tekanan darah lansia dengan hipertensi. Terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata tekanan darah sistol antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, akan tetapi pada tekanan darah diastol tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata tekanan darah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa bekam kering memiliki pengaruh dalam menurunkan tekanan darah sistol pada lansia dengan hipertensi.

SARAN

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan informasi mengenai terapi komplementer, khususnya pada terapi bekam kering, sehingga diharapkan dapat diaplikasikan dalam pemberian asuhan keperawatan baik ditatanan klinik maupun komunitas.

Penelitian ini dapat menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya, diharapkan dapat mengontrol faktor-faktor yang dapat menyebabkan bias. Selain itu, penelitian selanjutnya juga dapat melakukan bekam kering pada variabel yang lain seperti nyeri, stress, gangguan tidur dsb yang

secara teori memiliki keterkaitan satu sama lain

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti menyampaikan terima kasih kepada responden penelitian dan PSTW Jember yang telah memberikan ijin dan bersedia menjadi responden penelitian.

KEPUSTAKAAN

Badan Pusat Statistik. 2014. Statistik penduduk lansia. Jakarta: BPS Jakarta-Indonesia; 2015

Efendi, F. & Mahfudli. 2009. Keperawatan kesehatan komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan. Jakarta: Salemba Medika;

Sunaryo, Wijayanti, M., Kuhu, M., Sumedi, T., Widayanti, ED., Sukrillah, UA., Riyadi, S., & Kuswanti, A. 2015. Asuhan keperawatan gerontik. Yogyakarta: CV ANDI OFFSET;

Baradero, M., Wilfrid, D., & Yakobus. S. 2008. Klien gangguan kardiovaskuler. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC;

Tao L, Kendall. 2014. Sinopsis organ kardiovaskuler: pendekatan dengan sistem terpadu dan disertai kumpulan kasus klinik. Tangerang Selatan: KARISMA Publishing Group;

Sugung I. 2017. Hidup sehat dengan detoks. Yogyakarta: Khitah Publishing;

Aldjoefrie MR. 2015 . Bekam hijamah menurut sains dan kedokteran modern [internet]. [cited 2 Juni 2018]. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=jKozBgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=bekam+hijamah+menurut+sains+dan+kedokteran+modern&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjyYaxr4DcAhVUfH0KHf-BHoQ6wEIKjAA#v=onepage&q=bekam%20hijamah%20menurut%20sains%20dan%20kedokteran%20modern&f=false>

Buford TW. 2016 Hypertension and aging.

Ageing Research Reviews [internet]. [cited 29 Januari 2018]: 96-111. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2016.01.007>

Badan Litbangkes. 2013. Riset kesehatan dasar 2013. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes RI;

Seke PA, Bidjuni HJ, Lolong J. 2016. Hubungan kejadian stres dengan penyakit hipertensi pada lansia di balai penyantunan lanjut usia senjah cerah kecamatan mapanget kota manado. E-Journal Keperawatan.; 4(2): 1-5

Stanley M, Beare PG. 2006. Gerontological nursing: a health promotion/protection approach 2nd edition. Philadelphia: The F.A. Davis Company;

Purnama DS, Prihartono NA. 2013. Prevalensi hipertensi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada lansia di posyandu lansia wilayah kecamatan johar baru. Jakarta Pusat: FKM UI;

Mohan V, Deepa M, Farooq S, Datta M, Deepa R. 2007 . Prevalence, awareness and control of hypertension in Chennai—The Chennai Urban Rural Epidemiology Study (CURES-52). J Assoc Physicans India [internet]. [cited 03 Desember 2017] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17844691>

Retnaningsih D, Kustriyani M, Sanjaya BT. 2017. Perilaku merokok dengan kejadian hipertensi pada lansia. Semarang: Stikes Widya Husada Semarang;

Setyanda YOG, Sulastri D, Lestari Y. 2015. Hubungan merokok dengan kejadian hipertensi pada laki-laki usia 35-65 tahun di kota padang. Jurnal Kesehatan Andalas.; 4(2): 434-440

Irawan H, Ari S. 2012. Pengaruh terapi

- bekam terhadap penurunan tekanan darah pada klien hipertensi. *Jurnal Ilmu Kesehatan.*; 1(1):31-37
- Corwin E. 2009. *Buku saku patofisiologi edisi 3.* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC;
- Widada W. 2011. *Terapi bekam sebagai solusi cerdas mengatasi radikal bebas akibat rokok: berdasarkan penelitian terbaru terhadap komponen Darah.* Bandung: Lubuk Agung;
- Rusdiatin IE. 2015. *Terapi bekam kering terhadap penurunan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi.* *Jurnal Kesehatan Madani.*; 6(2): 92-98
- Potter PA, Perry AG. 2005. *Fundamental of nursing: concepts, process, and practice volume 1 4th edition.* Saint Louis: Mosby – Year Book Inc;
- Bell K, Twiggs J, Olin BR. 2015 . *Hypertension:the silent killer: update JNC-8 guideline recommendations.* Continuing Education [internet]. [cited 24 Februari 2018] Available from:<https://c.ymcdn.com/sites/www.aparx.org/resource/resmgr/CEs/CE Hypertension The Silent K.pdf>
- Umar WA. 2008. *Sembuh dengan satu titik.* Solo: A-Qowam Publishing;
- Lowe DT. 2017 . *Cupping therapy: an analysis of the effects of suction on skin and the possible influence on human health, complementary therapies in clinical practice* [internet]. [cited 25 Februari 2018]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.09.008>
- Ramdhani N, Putra AA. 2008. *Pengembangan multimedia relaksasi.* Yogyakarta: Bagian Psikologis Klinis Fakultas Psikologi UGM [internet]. [cited 18 Desember 2017]. Available from: <http://Neila.staff.ugm.ac.id/wordpress/wp-content/upload>.

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN KETERAMPILAN KELUARGA UNTUK MENSTIMULASI TUMBUH KEMBANG BALITA USIA 2-5 TAHUN

Yudha Jatmika¹, Puspa Fitriyana², Jamilatul Komari³, Chairun Nisak^{4*}, Novaria Puspitasari⁵, Novita Nurkamilah⁶, Siti Aisyah Asri⁷, Mayangga Sukmawati⁸, Hanny Rasni⁹

^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

*e-mail: chairunnisak.78@gmail.com

ABSTRAK

Tumbuh kembang anak berlangsung secara teratur, saling berkaitan dan berkesinambungan dimulai sejak konsepsi hingga dewasa. Dasar kepribadian anak terbentuk dari keluarga dan lingkungan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu tentang tumbuh kembang balita usia 2-5 tahun. Tujuan khusus untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga balita tentang tumbuh kembang balita umur 2-5 tahun di Desa Serut pada tingkat baik, cukup, kurang dan mengetahui faktor yang mempengaruhi pengetahuan keluarga tentang tumbuh kembang balita umur 2-5 tahun. Penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*, dimana data yang menyangkut variabel bebas dan variabel terikat diambil dalam waktu yang bersamaan, dengan tujuan untuk mencari hubungan antara dua variable. Berdasarkan analisa bivariat diperoleh $p\text{-value} = 0,002$ ($\alpha \leq 0,05$) yang artinya ada hubungan antara hubungan tingkat pengetahuan keluarga dalam meningkatkan keterampilan keluarga untuk menstimulasi tumbuh kembang balita. Nilai koefisien korelasi yang didapatkan pada analisis bivariat yaitu 0,373 yang menunjukkan bahwa arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi antara kedua variabel dalam kategori sedang.

Kata kunci: tingkat pengetahuan, keterampilan, tumbuh kembang balita

ABSTRACT

Child growth takes place regularly, interconnected and sustainable starting from conception to adulthood. The basic personality of the child is made up of family and environment. The purpose of this study is to determine the level of knowledge of the mother about the growth of toddlers aged 2-5 years. Specific Objective to know the level of knowledge of toddlers about toddler growth of 2-5 years old in Serut Village at good level, enough, less and know the factors that influence the family knowledge about the growth of toddlers aged 2-5 years. Observational research with cross sectional approach, where data concerning independent variables and dependent variables are taken at the same time, with the aim to find the relationship between two variables. Based on bivariate analysis obtained $p\text{-value} = 0,002$ ($\alpha \leq 0,05$) which means there is relationship between relation of family knowledge level in improving family skill to stimulate growth of toddler. The correlation coefficient value obtained in bivariate analysis is 0.373 which shows that the direction of positive correlation with the correlation strength between the two variables in the medium category.

Keywords: level of knowledge, skills, growth and development of children under five

PENDAHULUAN

Anak merupakan dambaan keluarga. Setiap keluarga mengharapkan anak yang mampu tumbuh dan berkembang secara optimal, baik secara fisik, mental, kognitif maupun sosial, serta berguna bagi nusa dan bangsa. Sebagai aset bangsa, anak harus mendapat perhatian sejak mereka masih didalam kandungan sampai mereka menjadi manusia dewasa. Periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah pada usia di bawah lima tahun. Balita yang berusia 3-5 tahun dikategorikan ke dalam masa kanak-kanak awal. Pada tahap ini keterampilan dan kemandirian anak perlu diperhatikan, khususnya oleh orang tua terutama ibu. Ibu perlu memiliki dan mengetahui keterampilan sesuai dengan tahap perkembangan anaknya. Pada tahun 2007 sekitar 35,4% anak balita di Indonesia menderita penyimpangan perkembangan seperti penyimpangan dalam motorik kasar, motorik halus, serta penyimpangan mental emosional.

Kemampuan, keterampilan, serta peranan ibu sangat bermanfaat bagi proses perkembangan dan pertumbuhan anak secara keseluruhan karena orang tua dapat segera mengenali kelebihan proses perkembangan anaknya dan sedini mungkin dapat memberikan stimulasi pada tumbuh kembang anak yang menyeluruh dalam aspek fisik, mental, dan sosial. Rangsangan atau stimulasi dalam keluarga dapat berupa penyediaan alat mainan, sosialisasi anak, keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak. Peranan stimulasi akan dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satu faktor yang terpenting adalah faktor ibu atau pengasuh tetap, karena ibu atau pengasuh tetap yang menentukan berhasil atau hanya lewat saja perkembangan anak.

Berdasarkan hasil peninjauan di Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember didapatkan jumlah ibu-ibu yang mempunyai balita yang berumur 2-5 tahun di Desa Serut

sebanyak 23 orang. Hasil wawancara dari tujuh ibu yang memiliki balita mengatakan belum pernah diajarkan tentang bagaimana cara menstimulasi dan keterampilan apa yang mereka berikan pada anaknya. Para ibu yang memiliki balita belum pernah diberikan penyuluhan tentang tumbuh kembang anak. Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan tingkat pengetahuan keluarga dalam meningkatkan keterampilan keluarga untuk menstimulasi tumbuh kembang balita usia 2-5 tahun?”.

Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak disengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu.

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu Tahu (*Know*), Memahami (*Comprehention*), Aplikasi (*Application*), Analisis (*Analysis*), Sintesis (*Synthesis*), Evaluasi (*Evaluation*). Sedangkan menurut Mubarak (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah pendidikan, Pekerjaan, Umur, Minat, Pengalaman, Kebudayaan lingkungan sekitar, dan informasi.

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui tumbuh kematangan dan belajar.

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang, secara umum di golongan

menjadi tiga kebutuhan dasar, yaitu pertama Kebutuhan fisik biomedis (Asuh) yang terdiri dari Pangan/gizi, Perawatan kesehatan dasar: imunisasi, pemberian ASI, penimbangan yang teratur dan pengobatan., Pemukiman yang layak, Kebersihan perorangan dan sanitasi lingkungan, Pakaian, dan Rekreasi dan kebugaran jasmani. Kedua, Kebutuhan emosi dan kasih sayang (Asih) dan yang ketiga Kebutuhan akan stimulasi mental (Asah) yaitu kecerdasan, ketrampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, produktivitas dan sebagainya. Anak yang mendapat asuh, asih, dan asah yang memadai akan mengalami tumbuh kembang yang optimal sesuai dengan potensi genetik yang dimilikinya.

Aspek-aspek perkembangan yang dipantau adalah perkembangan kemampuan gerak kasar, Perkembangan kemampuan gerak halus, Perkembangan kemampuan bicara, bahasa, dan kecerdasan, serta Perkembangan kemampuan bergaul dan mandiri.

Perkembangan anak terdapat 4 parameter perkembangan melalui melalui DDST (*Denver Developmental Screening Test*) yang dipakai dalam menilai perkembangan balita yaitu *Personal social development* (kepribadian/tingkah laku sosial), *Gross motor development* (gerakan motorik kasar), *Fine motot development* (gerakan motorik halus), *Language development* (perkembangan bahasa).

Pertumbuhan fisik adalah hasil dari perubahan bentuk dan fungsi dari organisme. Pertumbuhan Fisik Balita Usia 2-5 tahun dibagi menjadi 2 bagian yaitu Pertumbuhan janin intrauterin, Pertumbuhan setelah lahir (berat badan, tinggi badan, kepala, gigi, jaringan lemak, organ-organ tubuh).

Tahapan perkembangan mental, gerakan-gerakan kasar & halus, emosi, sosial perilaku, bicarayang meliputi Usia 2-3 tahun (Motorik Halus: Menggambar lingkaran dan Motorik kasar: Belajar

meloncat, memanjat melompat dengan satu kaki, Bermain bersama dengan anak lain dan menyadari adanya lingkungan lain diluar keluarganya serta Bahasa: Mampu menyusun kalimat, Mempergunakan kata-kata saya, bertanya, mengerti kata-kata yang ditujukan kepadanya). Usia 3-4 tahun (Motorik halus: Menggambar garis silang, Mengenal 2 atau 3 warna. Motorik kasar: Belajar berpakaian dan membuka pakaian sendiri, bermain dengan anak lain, dapat melaksanakan tugas-tugas sederhana. Bahasa: Banyak bertanya, Bicara dengan baik, Menyebut namanya, jenis kelamin dan umurnya). Usia 4-5 tahun (Motorik halus: Menggambar segi empat dan segitiga, Menggambar orang terdiri dari kepala, lengan, badan. Motorik kasar: Melompat dan menari, Menaruh minat kepada aktivitas orang dewasa. Bahasa: Minat kepada kata baru dan artinya, Pandai bicara, Mendengar dan mengulang hal-hal penting dan cerita).

METODE

Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*, dimana data yang menyangkut variabel bebas dan variabel terikat diambil dalam waktu yang bersamaan, dengan tujuan untuk mencari hubungan antara dua variabel. Adapun variabel bebas dari penelitian ini adalah pengetahuan orang tua tentang stimulasi, sementara variabel terikat dari penelitian ini adalah perkembangan anak usia 2-5 tahun.

HASIL

Karakteristik Demografi

Penyajian hasil penelitian meliputi analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat dalam bentuk distribusi frekuensi meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, sedangkan analisis bivariat untuk melihat hubungan tingkat pengetahuan keluarga dalam meningkatkan keterampilan

keluarga untuk menstimulasi tumbuh kembang balita usia 2-5 tahun.

Karakteristik Responden

Tabel 1. Rerata Karakteristik Usia Ibu di Desa Serut Kecamatan Panti

Karakteristik	Frekuensi (Orang)	Presentase (%)
28 tahun	2	40
29 tahun	1	20
30 tahun	1	20
32 tahun	1	20
Total	5	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dijelaskan bahwa hampir setengah umur ibu berusia 28 tahun dan didapatkan sebanyak

Tabel 2. Distribusi Pendidikan Ibu di Desa Serut Kecamatan Panti Tahun 2018

Pendidikan	Frekuensi (Orang)	Presentase (%)
SD	3	60
SMP	2	40
SMA	0	0
PT	0	0
Total	5	100

Berdasarkan tabel distribusi di atas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar pendidikan ibu SD didapatkan sebanyak 3(60%)ibu, dan sebagian kecil adalah SMP sebanyak 2 (40%) ibu.

Tabel 3. Distribusi Pekerjaan Orangtua di Desa Serut Kecamatan Panti

Pekerjaan	Frekuensi (Orang)	Presentase (%)
Buruh	0	0
IRT	5	100
Swasta	0	0
Wiraswasta	0	0
Total	5	100

Berdasarkan tabel distribusi di atas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar pekerjaan Ibu adalah IRT didapatkan sebanyak 5 (100%) ibu.

Tabel 4. Distribusi Umur Anak di Desa Serut Kecamatan Panti

Umur Anak	Frekuensi (Orang)	Presentase (%)
2 tahun	2	40
3 tahun	3	60
4 tahun	0	0
5 tahun	0	0
Total	5	100

Berdasarkan tabel distribusi di atas dapat di jelaskan bahwa sebagian besar anak berumur 3 tahun sebanyak 3 (60%) dan sebagian kecil berumur 2 tahun.

Tabel 5. Ditribusi Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga dalam Meningkatkan Keterampilan Keluarga untuk Menstimulasi Tumbuh Kembang Balita Usia 2-5 tahun

Variabel	n	r	P
hubungan tingkat pengetahuan keluarga dalam meningkatkan keterampilan keluarga untuk menstimulasi tumbuh kembang balita usia 2-5 tahun	5	0,373	0,002

Berdasarkan analisa bivariat tabel diatas diperoleh p-value = 0,002 ($\alpha \leq 0,05$) yang artinya ada hubungan antara hubungan tingkat pengetahuan keluarga dalam meningkatkan keterampilan keluarga untuk menstimulasi tumbuh kembang balita. Nilai

koefisien korelasi yang didapatkan pada analisis bivariat yaitu 0,373 yang menunjukkan bahwa arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi antara kedua variabel dalam kategori sedang. Hal ini dikatakan arah korelasi negatif dimana apabila salah satu variabel naik maka variabel kedua turun. Penelitian ini didapatkan bahwa apabila tingkat pengetahuan keluarga baik maka stimulasi perkembangan anak baik dan sebaliknya.

PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa ada hubungan antara pengetahuan tentang stimulasi dengan perkembangan anak pra sekolah di Desa Serut Kecamatan Panti. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari (2011), yang menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan ibu dan perkembangan motorik kasar anak usia 3 – 5 tahun di PAUD Ngudi Rahayu Desa Lerep Kecamatan Ungaran Barat Kabupaten Semarang. Hubungan ini mempunyai arah yang positif artinya semakin baik pengetahuan ibu maka semakin baik perkembangan motorik kasar anak usia 3 – 5 tahun.

Pengetahuan ibu yang baik akan memberikan hasil yang baik, artinya dengan adanya pengetahuan ibu yang baik tentang pemberian stimulasi motorik kasar maka perkembangan anak terhadap motorik kasarnya akan baik pula. Begitu pula sebaliknya, pengetahuan ibu yang kurang akan memberikan efek yang kurang baik terhadap anak. Anak yang diasuh oleh orangtua yang berpendidikan rendah memiliki risiko tiga kali mengalami keterlambatan perkembangan dibandingkan orang tua yang berpendidikan tinggi (Ariani & Yosoprawoto, 2012).

Menurut Baker dan Lopez (2010) pengetahuan yang diperoleh dari pendidikan, di mana semakin tinggi

pendidikan seseorang maka dapat memberikan pengetahuan lebih baik dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah, sehingga yang berpengetahuan lebih baik akan semakin paham dengan materi, strategi serta mampu dalam menerapkan apa yang diketahui, dalam hal ini paham dengan materi stimulasi perkembangan motorik kasar sehingga para keluarga mampu menerapkan langsung untuk memberi rangsangan perkembangan kepada anaknya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ariyana (2009) di mana terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu dengan perkembangan motorik kasar dan halus pada anak usia 4-5 tahun.

Menurut asumsi peneliti, berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, mayoritas responden yang berpengetahuan kurang baik dilatarbelakangi dengan pendidikan terakhir SD. Selain dari tingkat pendidikan, pengetahuan orangtua juga dapat dipengaruhi oleh media masa, hubungan sosial dan pengalaman. Dari segi pekerjaan mayoritas berprofesi sebagai Ibu Rumah Tangga, di mana untuk memenuhi kebutuhan setiap hari, kebanyakan dari mereka melakukan aktivitas jauh dari paparan media masa, kurangnya pengalaman dan interaksi sosial dengan orang-orang berpengetahuan tentang pentingnya stimulasi dini terhadap perkembangan anak. Berdasarkan analisa di atas diperoleh kesimpulan bahwa pengetahuan ibu tentang pemberian stimulasi sangat berpengaruh terhadap perkembangan.

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang pemberian stimulasi dengan perkembangan anak pra sekolah di Desa Serut. Stimulasi atau rangsangan sangat dibutuhkan guna memaksimalkan seluruh potensi yang dimiliki oleh anak sejak masih dalam kandungan. Ketika anak lahir

rangsangan harus dilakukan terus-menerus, bervariasi, serta dengan suasana bermain dan kasih sayang sebab, rangsangan yang diberikan oleh orangtua dengan banyak cara dapat menstimulasi seluruh potensi yang dimiliki oleh anak (Fida & Maya, 2012).

Hasil penelitian Reni (2011) di TK Dharma Wanita Lor Kecamatan Bandung tentang hubungan pola asuh orang tua dengan perkembangan motorik halus anak menunjukkan dukungan dari orang-orang di sekitar, terlebih orang tua sebagai pengasuh memiliki peran yang sangat besar terhadap perkembangan anak usia pra sekolah

Menurut asumsi peneliti, anak usia pra sekolah perlu mendapatkan stimulasi perkembangan motorik halus yang baik. Hal ini juga dapat dilihat berdasarkan hasil wawancara peneliti bahwa sebagian ibu kurang memahami tentang cara menstimulus perkembangan anaknya. Sebagian ibu menganggap anak tidak perlu diberikan stimulasi perkembangan seperti perkembangan motorik halus karena tanpa diberikan stimulasi anak juga akan bisa berkembang dengan baik. Orang tua sebagai pengasuh memiliki peranan penting dalam mengontrol, membimbing dan mendampingi anak-anaknya menuju kedewasaan. Dalam menuju kedewasaan, orang tua memiliki kewajiban untuk memenuhi apa yang menjadi hak-hak anak. Untuk itu, pengetahuan yang baik merupakan hal yang perlu dicapai karena dapat menjadi salah satu faktor pendukung stimulasi terhadap perkembangan motorik anak. Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang pemberian stimulasi dengan perkembangan anak pra sekolah di Desa Serut Kecamatan Panti.

KESIMPULAN

Terdapat hubungan antara pengetahuan ibu tentang stimulasi dengan

perkembangan anak pra sekolah di Desa Serut Kecamatan Panti.

SARAN

Diharapkan bagi masyarakat khususnya ibu, agar melakukan pemberian stimulasi, deteksi dan intervensi sedini mungkin terhadap perkembangan anak pra sekolah sesuai dengan usianya.

Bagi peneliti selanjutnya, agar membuat penelitian lebih lanjut dalam bentuk metode penelitian atau desain penelitian bersifat eksperimental dengan jumlah sampel yang lebih banyak sehingga hasilnya lebih akurat dan dapat dijadikan bahan referensi untuk penelitian lanjutan dalam bentuk yang lebih kompleks yang berhubungan dengan pengetahuan ibu tentang pemberian stimulasi dengan perkembangan anak pra sekolah.

Penelitian ini memberikan pemahaman baru Bagi keluarga dan masyarakat sehingga diharapkan dapat digunakan sebagai sarana informasi, dan menambah keterampilan dalam menstimulasi tumbuh kembang anak dan dapat disebarluaskan.

Bagi profesi perawat diharapkan sebagai salah satu masukan bagi perawat dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang optimal berupa pemantauan, memberikan informasi stimulasi tumbuh kembang pada anak.

Bagi peneliti lain diharapkan dengan penelitian ini dapat melanjutkan penelitian berupa pembuatan modul stimulasi bagi ibu untuk meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan tentang tumbuh kembang dan menambah sampel penelitian agar hasil penelitian digeneralisasikan tidak sebatas pada satu desa yang diteliti.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh responden, dosen

pembimbing, dan pihak Desa Serut Kecamatan Panti, Kabupaten Jember.

KEPUSTAKAAN

- Adriana, D. 2013. Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain Pada Anak .Salemba Medika : Jakarta
- Anwar, H. 2013. Analisa Dampak Penggunaan Modul Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Keterampilan Keluarga Dalam Menstimulasi Tumbuh Kembang Bayi. Jurnal Stikes Harapan Bangsa Volume 2. No,1 : 12-24
- Ariyana, R. 2009. Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang perkembangan Anak Dengan Perkembangan Motorik Kasar Dan Motorik Halus Anak Usia 4-E Tahun Di Tl Aisyiyah Bustanul Athfal 7 Semarang. Jurnal Stikes Widya Husada Semarang Volume 2. No, 2 : 11-20
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, Dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Ditingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Bakti Husada: Jakarta.
- Fida & Maya. (2012). Pengantar Ilmu Kesehatan Anak. Jogjakarta: DMedika
- Hariweni, T. 2006. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Ibu Bekerja dan Tidak Bekerja Tentang Stimulasi Pada Pengasuhan Anak Balita. Jurnal Universitas Sumatra Utara Volume 5. No, 1 : 82-97
- Kania, N. (2007). Stimulasi tumbuh kembang anak untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal.Diperoleh pada tanggal 8 Juni 2018 dari www.pustaka.unpad.ac.id.
- Notoatmodjo, S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. PT Rineka Cipta: Jakarta
- Putra, Setiawan,D. 2014. Keperawatan Anak dan Tumbuh Kembang. Melia Medika :Yogyakarta
- Reni. (2011). Hubungan pola asuh dengan perkembangan anak. Diperoleh pada tanggal 30 Mei 2018 dari www.pustaka.unpad.ac.id
- Soedjatmiko. 2008. Stimulasi Dini pada Bayi dan Balita. Available from <http://14str1.multiply.com/reviews/item/5>. [diakses 28 Mei 2018]
- Sulistyawati. 2014. Deteksi Tumbuh Kembang Anak. Salemba Medika: Jakarta

EFEK (FCEMNC) FAMILY CENTER EMPOWERMENT MODELION NUTRITION CHILDREN TERHADAP PENINGKATAN STATUS GIZI BALITA DI DESA SERUT KECAMATAN PANTI

(EFFECT (FCEMNC) FAMILY CENTER EMPOWOREMENT MODELION NUTRITION CHILDREN AGAINST INCREASED NUTRITION STATUS CHILDREN IN SERUT VILLAGE PANTI DISTRICT)

Larasmiasi Rasman^{1*}, Tria Permata Sari², Latifa Aini³

^{1,2,3}Fakultas Keperawatan, Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Tegal Boto Jember Telp. /Fax. (0331) 323450

*e-mail: Larasmiasi29Rasman@gmail.com

ABSTRAK

Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami suatu masalah kesehatan pasti dapat mempengaruhi sistem dalam keluarga tersebut. *Family Center Empoworement Modelion Nutrition Children* adalah salah satu intervensi berupa komunikasi terapeutik keluarga yang dibangun oleh anggota keluarga yang lain dengan anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh *Family Health Conversation* terhadap peningkatan status gizi pada balita di Desa Panti, Jember. Desain penelitian ini adalah *preeksperimental one grup, pre-post test* dengan jumlah 9 keluarga sesuai dengan kriteria sampel sebagai keluarga mandiri tingkat 1. Hasil penelitian terdapat peningkatan tingkat kemandirian klien yaitu dari tingkat 1 ke tingkat 4. Perlakuan selama 2 minggu secara intensif melakukan kunjungan 2 kali dalam seminggu, diketahui adanya pengaruh intervensi terhadap status gizi anak, yang dapat dilihat dari peningkatan berat badan. Komunikasi keterlibatan keluarga merupakan tehnik yang dibutuhkan untuk meningkatkan kemauan keluarga dalam mengupayakan adanya perubahan perilaku yang dapat menyelesaikan masalah kesehatan. Perlu dilaksbalita an sosialisasi pada perawat perkesmas dalam melakukan salah satu alternatif intervensi keperawatan keluarga dengan bentuk pengaruh *Family Health Conversation*

Kata kunci : *Family Health Conversation*, keperawatan keluarga

ABSTRACT

Families with family members who experience a health problem can definitely affect the system within the family. *Family Center Empoworement Modelion Nutrition Children* is one of the interventions of family therapeutic communication built by other family members with family members who have health problems. This study was conducted to determine the effect of *Family Health Conversation* on the improvement of nutritional status in toddlers in Panti Village, Jember. The design of this study is *pre-experimental one group, pre-post test* with 9 families in accordance with sample criteria as self-reliant level 1 families. Result of research there is increasing level of client independence that is from level 1 to level 4. Treatment during 2 weeks intensive visit 2 times in a week, the influence of intervention on the nutritional status of children, which can be seen from the increase in body weight. Family involvement communication is a necessary technique to increase the willingness of families in seeking behavioral change that can solve health problems. Need dilaksbalita an socialization on the nurse perkesmas in doing one alternative family nursing interventions with the form of influence *Family Health Conversation*

Keywords : *Family Health Conversation*, family nursing

PENDAHULUAN

Keluarga merupakan unit pemeliharaan yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah dalam kelompoknya. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan dan apabila salah satu anggota keluarganya mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lain [1].

Dalam keluarga, ibu memiliki peran penting dalam kesehatan balitanya. Masa balita merupakan fase terpenting dalam membangun fondasi pertumbuhan dan perkembangan manusia. Pada masa balita, status gizi secara langsung berpengaruh pada imunitas, perkembangan kognitif, pertumbuhan, dan stamina tubuh. Status gizi balita erat kaitannya dengan sistem imunitas tubuh dan status kesehatan. Status kesehatan balita ditentukan oleh perilaku sehat keluarga dan keadaan sanitasi rumah serta lingkungan sekitar. Makin rendah status gizi seseorang semakin rentan terhadap penyakit dan semakin tinggi tingkat morbiditas (Hardinsyah 2007).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan 2010, 35,7 persen anak Indonesia pertumbuhan tingginya tidak sesuai dengan umur atau dalam kategori pendek. Riskesdas 2010 juga menemukan tingkat prevalensi gizi kurang pada balita sebesar 17,9 persen atau diperkirakan sekitar 3,7 juta balita mengalami

kekurangan gizi kurang dan gizi buruk (Yoedi, 2011). Dari hasil wawancara dengan Bidan Wilayah didapatkan data bahwa dari ketiga dusun yaitu dusun Mencek, Badean Kulon, dan Badean Wetan terdapat 5 balita di bawah garis merah (BGM). Selain itu juga terdapat balita dengan *stunting* dengan jumlah 60 balita. Hal ini membuktikan bahwa masih rendahnya pengetahuan ibu mengenai pentingnya pemenuhan gizi pada balita.

Faktor utama keberhasilan tumbuh kembang pada masa balita dipengaruhi oleh faktor gizi, kesehatan dan gaya

pengasuhan orang tua yang terkait satu sama lain [2]. Pola asuh anak merupakan praktek pengasuhan yang diterapkan kepada anak balita dan pemeliharaan kesehatan. Pada masa balita anak belum dapat dilepas sendiri maka segala kebutuhan anak tergantung kepada orang tuanya. Tahun pertama kehidupan anak merupakan dasar untuk menentukan kebiasaan di tahun berikutnya termasuk kebiasaan makan.

Menurut Soekirman (2000), pola asuh gizi merupakan perubahan sikap dan perilaku ibu atau pengasuh lain dalam hal memberi makan, kebersihan, memberi kasih sayang dan sebagainya dan semuanya berhubungan dengan keadaan ibu dalam hal kesehatan fisik dan mental. Pola asuh yang baik dari ibu akan memberikan kontribusi yang besar pada pertumbuhan dan perkembangan balita sehingga akan menurunkan angka kejadian gangguan gizi. Ibu harus memahami cara memberikan perawatan dan perlindungan terhadap anaknya agar anak menjadi nyaman, meningkat nafsu makannya, terhindar dari cedera dan penyakit yang akan menghambat pertumbuhan. Apabila pengasuhan anak baik maka status gizi anak juga akan baik. Peran ibu dalam merawat sehari-hari mempunyai kontribusi yang besar dalam pertumbuhan anak karena dengan pola asuh yang baik anak akan terawat dengan baik dan gizi terpenuhi.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *pre eksperimental* dengan *pre-post test*. Subyek penelitian ini adalah keluarga klien kelolaan di Desa Serut Kecamatan Panti, Jember. Teknik sampel yang digunakan adalah keluarga kelolaan dari pengumpul data yang dilakukan oleh 2 mahasiswa program profesi ners Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang terdiri dari 3 Keluarga yang diasuh oleh setiap mahasiswa keperawatan, sehingga terdapat 7 keluarga yang menjadi informan. Pengambilan data dalam penelitian ini

dilaksanakan di Desa Serut Kecamatan Panti pada bulan Mei – awal Juni tahun 2018 dengan cara perawat mendatangi rumah informan sebagai perawat keluarga dan menggunakan wawancara semi-terstruktur dilakukan secara individu dengan masing-masing dari 7 anggota keluarga, kemudian dilakukan pengukuran terkait tentang pengalaman positif maupun pengalaman negatif merawat anggota keluarga yang sakit. Seluruh informan mendapatkan intervensi yang sama yaitu berupa *Family Center Empowement Modelion Nutrition Children* yang dilakukan oleh anggota keluarga yang sehat selama satu jam setiap kegiatan dan dilakukan sebanyak 4 sesi selama 2 minggu yang dipimpin oleh 2 perawat keluarga yang datang ke masing-masing rumah keluarga, selanjutnya dilakukan evaluasi di akhir minggu setelah dilakukan intervensi *Family Center Empowement Modelion Nutrition Children*. Etika penelitian pada penelitian ini meliputi *informed consent*, keadilan, kemanfaatan, keanoniman, dan kerahasiaan.

HASIL

Tabel 1. Distribusi Responden, Berat Badan, Tinggi Badan, dan Lila

Family	Usia (bln) Jenis Kelamin	BB (Kg)	TB (cm)	Lila (cm)
A	48 (P)	18	92	14
B	36 (L) 12 (L)	15	85	13
C		7	84	14
D	29 (P)	10,3	86	14
E	29 (P)	11	90	15
F	31 (L)	12	88	13
G	10 (P)	8	83	14

Sumber : Data Primer (diolah Tahun 2018)

Hasil analisis pada tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan dengan jumlah responden sebanyak 7 orang balita dimana orangtua memiliki pekerjaan petani atau buruh.

Tabel 2. Distribusi tingkat Kemandirian Keluarga

Tingkat Kemandirian	Pretest	Posttest
Pra mandiri	0	0
Mandiri 1	7	0
Mandiri 2	0	0
Mandiri 3	0	7
Mandiri 4	0	0

Sumber : Data Primer (diolah Tahun 2018)

Tabel 3. Distrubusi berat badan Sebelum dan Sesudah

Nama	Pre (Kg)	Post (Kg)
A	18	20
B	15	15
C	7	9
D	10,3	10
E	11	11
F	12	12
G	8	15

Sumber : Data Primer (diolah Tahun 2018)

Berdasarkan tabel diatas, terdapat perbedaan yang signifikan berat badan seluruh partisipan setelah pemberian intervensi.

PEMBAHASAN

Penelitian ini menggunakan 7 keluarga informan dan terbagi menjadi kelompok intervensi. Wawancara evaluatif semi terstruktur dilakukan secara individu dengan masing-masing dari 7 anggota keluarga dua minggu setelah mendapat pelatihan selama empat minggu dari perawat keluarga (pengumpul data). Dalam penelitian ini dimana seorang anggota keluarga dewasa yang mengalami masalah kesehatan ikut berpartisipasi dalam proses komunikasi terapeutik keluarga yang di pimpin oleh perawat keluarga (pengumpul

data). Proses komunikasi terapeutik dilakukan selama 4 minggu di setiap keluarga. Terdapat 2 mahasiswa keperawatan universitas Jember yang memimpin proses komunikasi terapeutik keluarga.

Pertemuan dilakukan 3 sesi dalam 6 minggu yang terdiri dari 2 perawat yaitu sebagai observer dan co participant dalam keluarga. Kegiatan ini fokus pada sebuah proses dari ketidaknyamanan peranan keluarga. Fungsi kegiatan ini memberikan ruang untuk kepercayaan atau saling memberikan sebuah kepercayaan pada anggota keluarga masing-masing, memberikan ruang untuk narasi yaitu memberikan kesempatan anggota keluarga untuk menyampaikan suatu pernyataan kepada anggota keluarga, memberikan kesempatan untuk mengutarakan kendala dalam perannya atau sesuatu yang lebih mendalam, memberikan kesempatan untuk keluarga mengkonfirmasi antar keluarga atas apa yang sudah diungkapkan sebelumnya. Kategori selanjutnya yaitu kesempatan untuk perubahan dalam keluarga dengan sub kategori memberikan waktu untuk refleksi yaitu mempersamakan persepsi nyata dari pernyataan yang sudah disampaikan oleh masing-masing keluarga. Sub kategori yang terakhir yaitu memberikan kesempatan untuk keluarga dalam menceritakan kendala atau masalah dalam perannya dan keluarga bersedia menerima keluhan tersebut.

Tingkat kemandirian pada awal sebelum adanya intervensi adalah tingkat kemandirian I, yaitu keluarga sudah mengakses pelayanan kesehatan tetapi keluarga belum terlibat dalam perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Selama 6 minggu dilakukan kunjungan dengan melakukan diskusi dan simulasi atau contoh perilaku yang dapat dilaksanakan keluarga dalam memberikan bantuan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan keluarga didapatkan hasil bahwa 100% terdapat peningkatan kemandirian, menjadi keluarga mandiri III yaitu keluarga yang dapat terlibat aktif dalam melakukan

perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, adanya keterampilan untuk melakukan pencegahan masalah kesehatan atau menghindari adanya penularan penyakit dan adanya upaya keluarga untuk meningkatkan status kesehatan pada anggota keluarga. Bukti lain keberhasilan intervensi yaitu adanya peningkatan berat badan atau mempertahankan berat badan pada ke tujuh responden.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian terdapat kesimpulan bahwa ada peningkatan kemandirian keluarga dari pemberian terapi *Family Center Empoworement Modelion Nutrition Children* dengan peningkatan status gizi pada balita di Desa Serut Kecamatan Panti, Jember.

SARAN

Saran yang direkomendasikan adalah diharapkan bahwa ada perawat khusus keluarga yang dapat mengelola keluarga terutama pada keluarga dengan masalah kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraan keluarga,

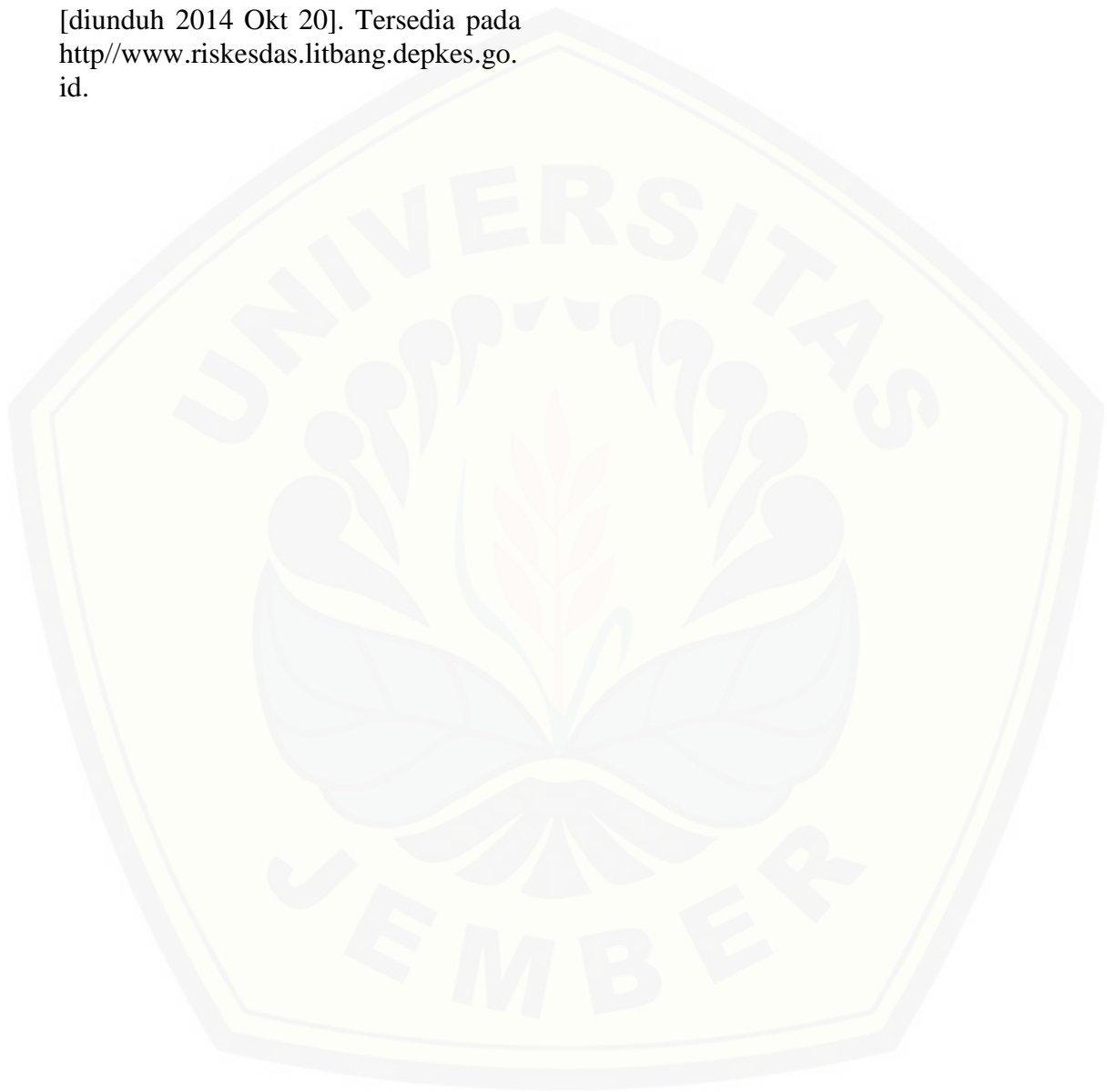
UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada pihak Puskesmas Panti Kecamatan Panti Kabupaten Jember, khususnya pada bidan tiap-tiap wilayah yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.

KEPUSTAKAAN

- [1] Notoatmodjo S. Promosi kesehatan teori dan aplikasinya. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
- [2] Briawan D, Herawati T. Peran anggota rumahtangga di dalam pengasuhan pertumbuhan dan perkembangan balita balita. Laporan Akhir Penelitian Studi Kajian Wanita. Bogor: Fakultas Pertanian, Institut Pertanian Bogor.2005.

- [3] Diasmarani. Karakteristik dan Perkembangan Bahasa Balita Balita Stunted di Desa Sukawening Kabupaten Bogor.2010; [diunduh 2015 Feb 15]. Tersedia pada <http://repository.ipb.ac.id>
- [4] [Risikesdas] Riset Kesehatan Dasar. 2013. Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar Nasional 2013. [Internet]. [diunduh 2014 Okt 20]. Tersedia pada <http://www.risikesdas.litbang.depkes.go.id>.



PENGARUH TERAPI KELUARGA TERHADAP DUKUNGAN KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN DENGAN MASALAH DIABETES MILLITUS

(EFFECT OF FAMILY THERAPY ON FAMILY SUPPORT IN CARING FOR CLIENTS WITH DIABETES MILLITUS)

Yudha Jatmika^{1*}, Puspa Fitriyana², Jamilatul Komari³, Chairun Nisak⁴, Novaria Puspitasari⁵, Novita Nurkamilah⁶, Siti Aisyah Asri⁷, Mayangga Sukma⁸, Hanny Rasni⁹

^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

*e-mail: jamilatul.komari@gmail.com

ABSTRAK

Dukungan keluarga adalah bentuk bantuan yang diberikan salah satu anggota keluarga untuk memberi kenyamanan fisik dan psikologis pada saat seseorang mengalami sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisa pengaruh Pengaruh Terapi Keluarga terhadap Dukungan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Masalah Diabetes Millitus. Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (quasi experiment) dengan rancangan pre-post test with control group design untuk mengetahui pengaruh terapi keluarga terhadap dukungan keluarga dalam merawat klien dengan masalah perilaku kekerasan. Responden penelitian dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok intervensi (perlakuan) dan kelompok kontrol (tanpa perlakuan) kemudian intervensi terapi keluarga diberikan pada kelompok intervensi, sedangkan kelompok kontrol tidak mendapatkan intervensi terapi keluarga. Subyek penelitian ini adalah 2 keluarga yang memenuhi kriteria inklusi. . Teknik sampel yang digunakan adalah *consecutive sampling* yang terdiri dari 2 keluarga. Data dianalisis dengan menggunakan uji t dependen dengan taraf signifikansi 0,05. Hasil uji t dependen menunjukkan perbedaan signifikan. Terapi edukasi keluarga dapat meningkatkan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita DM tipe 2 di desa Serut (p = 0,001).

Kata kunci: Terapi keluarga, Dukungan Keluarga, Diabetes Mellitus

ABSTRACT

Family support is a form of help given by one family member to provide physical and psychological comfort when someone is sick. This study aims to analyze the influence of Family Therapy Effects on Family Support in Caring for Clients with Diabetes Millitus Problems. This research uses quasi experiment method with pre-post test design with control group design to know the influence of family therapy on family support in caring for client with violent behavior problem. The study respondents were divided into two groups: the intervention group (treatment) and the control group (without treatment), then the family therapy intervention was given to the intervention group, while the control group did not get family therapy intervention. The subjects of this study were 2 families who met the inclusion criteria. The sample technique used is consecutive sampling consisting of 2 families. Data were analyzed by using t test dependent with level of significance 0,05. The result of t test dependent showed significant difference. Family education therapy can increase family support in caring for family members who have type 2

diabetes in Serut village (p = 0.001).

Keywords: Family Therapy, Family support, Diabetes Millitus

PENDAHULUAN

Diabetes mellitus (DM) merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Hiperglikemia jangka panjang dapat berperan menyebabkan komplikasi mikrovaskular dan makrovaskular (Smeltzer, 2013, p.211). Berdasarkan hasil riset data International Diabetes Federation (IDF), sepuluh negara diperkirakan memiliki angka tertinggi penderita DM pada tahun 2013 salah satunya Indonesia muncul dalam daftar ketujuh dengan prevalensi 8,5% (IDF, 2013, p.13). Sementara itu, di Aceh memiliki peringkat tertinggi kesembilan dengan prevalensi berdasarkan diagnosis atau gejala sebesar 2,6%, sedangkan prevalensi DM yang pernah didiagnosis sebesar 1,8% (Depkes, 2013, p.89).

Dukungan keluarga adalah bentuk bantuan yang diberikan salah satu anggota keluarga untuk memberi kenyamanan fisik dan psikologis pada saat seseorang mengalami sakit (Friedman, 2014). Keluarga mempunyai peran yang sangat penting bagi kelangsungan hidup penderita diabetes melitus. Menurut penelitian yang dilakukan Skarbec (2006), ditemukan bahwa peran keluarga mempunyai hubungan yang kuat terhadap status kesehatan penderita DM, dimana kurangnya dukungan keluarga akan mempengaruhi kontrol gula darah dan manajemen DM sehingga kualitas hidup akan menurun. Dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga sangat penting dan berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita DM.

Menurut Hensarling dalam Yusra (2011), ada 4 dimensi yang terkandung di

dalam dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif. Penderita DM mempunyai dukungan keluarga yang baik maka penderita akan melakukan sikap positif yaitu dengan melakukan aktivitas-aktivitas yang bermanfaat dan akan meningkatkan kualitas hidupnya, sebaliknya penderita DM yang minim atau tidak mempunyai dukungan keluarga maka cenderung melakukan sikap negatif yaitu melakukan kegiatan yang merugikan diri sendiri dan akan menurunkan kualitas hidupnya (Soegondo, 2006).

Semua anggota keluarga saling mempengaruhi satu dan lainnya melalui interaksi dan saling memberikan support dalam memperlihatkan fungsi dasar yang perlu untuk kesejahteraan keluarga. Jika keluarga memiliki pengaruh yang positif pada anggotanya, mereka akan mempunyai rasa dan pengakuan diri serta harga diri yang positif, dan akan menjadi produktif sebagai anggota masyarakat.

Berdasarkan hasil peninjauan di tiga Dusun Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember didapatkan 4 keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami DM. Berdasarkan wawancara dengan anggota keluarga yang mengalami DM menyatakan bahwa dukungan keluarga sangat mereka butuhkan selama mendapatkan perawatan DM.

Klien dan keluarga merupakan komponen yang bekerja sama dalam suatu *treatment*. Oleh karena itu bertambahnya pengetahuan *informal caregiver* dan klien, maka semakin besar peluang tercapainya kesehatan dan hal-hal yang mendukung terwujudnya kesehatan. Berdasarkan uraian di atas, penulis bermaksud melakukan

penelitian tentang pengaruh terapi keluarga terhadap Dukungan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Masalah Diabetes Millitus di Dusun Krajan Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember.

Diabetes melitus (DM) merupakan suatu keadaan dimana tubuh tidak mampu menggunakan insulin yang dihasilkan oleh pankreas (*World Health Organization* [WHO], 2011). DM termasuk dalam golongan penyakit kronik yang terjadi pada jutaan orang di dunia (*American Diabetes Association* [ADA], 2015). Di dunia penderita DM pada tahun 2002 mencapai 171 juta orang dan akan terus meningkat hingga 366 juta orang di tahun 2030 (WHO, 2006). Di Indonesia penderita DM sangat banyak. Pada tahun 2013, Indonesia menduduki peringkat ke tujuh di tingkat dunia dengan jumlah penderita DM sebanyak 7,6 juta jiwa dan jumlah itu diperkirakan akan terus meningkat di setiap tahunnya sebanyak 6 persen (Rachmaningtyas, 2013).

Terapi keluarga (*family therapy*) adalah suatu teknik yang digunakan untuk sebuah pendekatan psikoterapi yang membantu anggota keluarga mencapai pengertian yang mendalam dalam mengatasi permasalahan mereka dan merubah perilaku serta emosi dari yang disfungsi ke arah yang lebih sehat. Dengan menggunakan metode ini, keluarga dapat memperlihatkan perlunya dasar dari fungsi untuk menyehatkan seluruh anggota keluarga. Sehingga terapi ini diperuntukkan bagi keluarga yang tidak mampu memperlihatkan fungsi dasar ini secara adekuat (Shives, 1998). Didalam laporan kejadian pelaksanaan terapi keluarga yang dilaporkan oleh Straton dari Leed Family Therapy dan Research Centre dikatakan bahwa pelaksanaan terapi keluarga sangat efektif untuk menolong seseorang dengan masalah yang sangat kompleks dengan rentang yang sangat bervariasi, mulai dari masalah kondisi anak

seperti gangguan perasaan, gangguan makan, dan kenakalan remaja, masalah pada orang dewasa dan masalah psikiatri, seperti schizophrenia. (Stratton, 2005).

Fokus dari terapi ini, bukan individual, namun pada keluarga secara keseluruhan. Konsep dasar dari bentuk penatalaksanaannya adalah lebih cepat, lebih logis, lebih menguntungkan, dan lebih ekonomis untuk memperlakukan semua anggota keluarga dalam suatu sistem hubungan dibanding konsentrasi hanya secara individual yang diduga dibutuhkan dalam penatalaksanaan (Goldenberg & Goldenberg, 1995; Townsend, 2005). Ada beberapa tahap yang dilakukan dalam terapi keluarga yaitu tahap pengkajian awal, tahap intervensi dan tahap terminasi (Shives, 1998), dan tahap pengikatan dan motivasi, tahap perubahan perilaku dan tahap generalisasi (Sexton dan Alexander, dalam Wilson, 2000) yang pelaksanaannya dilakukan secara berurutan, terorganisir dan mempertahankan fokus pada inti permasalahan keluarga dan individu.

Dukungan keluarga adalah bentuk bantuan yang diberikan salah satu anggota keluarga untuk memberi kenyamanan fisik dan psikologis pada saat seseorang mengalami sakit (Friedman, 2014). Keluarga mempunyai peran yang sangat penting bagi kelangsungan hidup penderita diabetes melitus. Menurut penelitian yang dilakukan Skarbec (2006), ditemukan bahwa peran keluarga mempunyai hubungan yang kuat terhadap status kesehatan penderita DM, dimana kurangnya dukungan keluarga akan mempengaruhi kontrol gula darah dan manajemen DM sehingga kualitas hidup akan menurun. Dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga sangat penting dan berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita DM. Menurut Hensarling dalam Yusra (2011), ada 4 dimensi yang terkandung di dalam dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan

penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif. Penderita DM mempunyai dukungan keluarga yang baik maka penderita akan melakukan sikap positif yaitu dengan melakukan aktivitas-aktivitas yang bermanfaat dan akan meningkatkan kualitas hidupnya, sebaliknya penderita DM yang minim atau tidak mempunyai dukungan keluarga maka cenderung melakukan sikap negatif yaitu melakukan kegiatan yang merugikan diri sendiri dan akan menurunkan kualitas hidupnya (Soegondo, 2006).

METODE

Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (quasi experiment) dengan rancangan pre-post test with control group design untuk mengetahui pengaruh terapi keluarga terhadap dukungan keluarga dalam merawat klien dengan masalah perilaku kekerasan.

Responden penelitian dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok intervensi (perlakuan) dan kelompok kontrol (tanpa perlakuan) kemudian intervensi terapi keluarga diberikan pada kelompok intervensi, sedangkan kelompok kontrol tidak mendapatkan intervensi terapi keluarga. Subyek penelitian ini adalah 2 keluarga yang memenuhi kriteria inklusi.

Teknik sampel yang digunakan adalah *consecutive sampling* yang terdiri dari 2 keluarga. Variabel terikat yang diukur adalah perbedaan dukungan keluarga dalam merawat klien dengan masalah DM. Pengambilan data dalam penelitian ini dilaksanakan di Dusun Krajan Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2018.

HASIL PEMBAHASAN

Gambaran karakteristik responden keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan diabetes mellitus tpe 2 pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Keluarga Intervensi Berdasarkan usia

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks
Usia (Th)	28,44	32,0	14,14	12-48

Berdasarkan tabel 1, diketahui rata-rata usia responden adalah 28,44 tahun dengan standar deviasi 14,14. Gambaran distribusi karakteristik kelompok intervensi berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dalam anggota keluarga dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Distribusi Karakteristik Responden Kelompok Intervensi Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Hubungan dalam Keluarga

No	Karakteristik	Frekuensi (F)	Presentasi (%)
1.	Jenis Kelamin		
	a. Laki-laki	5	55,6
	b. Perempuan	4	44,4
	Jumlah	9	100
2.	Pendidikan		
	a. SD	2	22,2
	b. SMP	4	44,4
	c. SMA	3	33,3
	d. Perguruan Tinggi	-	-
	e. Tidak sekolah	9	100
	Jumlah		
3.	Pekerjaan		
	a. Tidak Bekerja	7	77,8
	b. Pegawai negeri	1	11,1
	c. Pegawai Swasta	1	11,1
	d. Wiraswasta	9	100
	a		
	Jumlah		

4.	Hubungan dalam keluarga	2	22,2
	a. Suami	5	55,6
	b. Istri	9	100
	c. Anak		
	Jumlah		

Tabel 2 didapatkan hasil bahwa dari 9 anggota keluarga diketahui jenis kelamin responden sebagian besar jumlah laki-laki sebanyak 5 orang (55,6%) dan perempuan sebanyak 4 orang (44,4%). Tingkat pendidikan responden yang banyak dari 9 responden 4 orang (44,4%) pendidikan terakhirnya adalah SMP. Pekerjaan responden terbanyak yaitu 7 orang (77,8%) tidak bekerja dari total 9 responden. Hubungan dalam anggota keluarga sebagian besar adalah sebagai anak yakni 5 orang (55,6%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Keluarga kontrol Berdasarkan usia

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks
Usia (Th)	32,86	40,0	18,14	12-58

Berdasarkan tabel 3, diketahui rata-rata usia responden kelompok kontrol adalah 32,86 tahun dengan standar deviasi 18,14. Gambaran distribusi karakteristik kelompok kontrol berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dalam anggota keluarga dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Distribusi Karakteristik Responden Kelompok Intervensi Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Hubungan dalam Keluarga

No	Karakteristik	Frekuensi (F)	Presentasi (%)
1.	Jenis Kelamin		

	c. Laki-laki	5	71,4
	d. Perempuan	2	28,6
	Jumlah	7	100
2.	Pendidikan		
	f. SD	3	42,9
	g. SMP	2	28,6
	h. SMA	2	28,6
	i. Perguruan Tinggi	-	-
	j. Tidak sekolah	7	100
	Jumlah		
3.	Pekerjaan		
	e. Tidak Bekerja	5	71,4
	f. Pegawai negeri	1	14,3
	g. Pegawai Swasta	1	14,3
	h. Wiraswasta	7	100
	Jumlah		
4.	Hubungan dalam keluarga	2	28,6
	d. Suami	2	28,6
	e. Istri	3	42,9
	f. Anak	7	100
	Jumlah		

Tabel 4 didapatkan hasil bahwa dari 7 anggota keluarga diketahui jenis kelamin responden sebagian besar jumlah laki-laki sebanyak 5 orang (71,4%) dan perempuan sebanyak 2 orang (28,6%). Tingkat pendidikan responden yang banyak dari 9 responden 3 orang (42,9%) pendidikan terakhirnya adalah SD. Pekerjaan responden terbanyak yaitu 5 orang (71,4%) tidak bekerja dari total 7 responden. Hubungan dalam anggota keluarga sebagian besar adalah sebagai anak yakni 3 orang (42,9%).

Dukungan Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang memiliki DM

Tipe 2 Kelompok Perlakuan

Tabel 5. Perbedaan Nilai Dukungan Keluarga Sebelum dan Setelah Pemberian Terapi Edukasi

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	p value
Dukungan Pretest	43,16	40,00	7,493	38-55	0,001
Dukungan Posttest	56,29	56,00	2,059	54-60	

Tabel 4 menunjukkan terjadi peningkatan rata-rata nilai dukungan keluarga sebesar 13,13 yaitu dari 43,16 sebelum diberikan terapi edukasi menjadi 56,29 setelah diberikan terapi edukasi. $p=0,001 < \alpha$ ($\alpha = 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan signifikan antara nilai rata-rata dukungan keluarga sebelum dan setelah diberikan terapi edukasi pada responden kelompok perlakuan.

Tabel 6. Perbedaan Kategori Dukungan Keluarga Sebelum dan Setelah penkes dan latihan

Kategori	Pretest (%)	Posttest (%)
Baik	2 28,6%	7 100%
Kurang	5 71,4%	- 0%
Total	7 100%	7 100%

Tabel 6 menunjukkan jumlah responden dengan dukungan keluarga kategori baik bertambah dari 2 responden (28,6%) menjadi 7 responden (100%) pada kelompok perlakuan.

Dukungan Keluarga Kelompok Kontrol

Tabel 7. Perbedaan Nilai Dukungan Keluarga pretest dan posttest

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	p value
----------	------	--------	----	----------	---------

Pretest	42,2 0	45,00	5,76 2	36-48),698
Posttest	35,8 0	36,00	1,30 4	34-37	

Tabel 6 menunjukkan bahwa terjadi penurunan rata-rata nilai dukungan keluarga sebesar 6,4 yaitu dari 42,20 saat pretest menjadi 35,80 pada saat posttest kelompok kontrol dengan standar deviasi 5,762 pada pretest dan 1,304 pada posttest.

Tabel 7. Perbedaan Kategori Dukungan Keluarga pretest dan posttest pada kelompok kontrol

Kategori	Pretest (%)	Posttest (%)
Baik	- 0%	- 0%
Kurang	5 100%	5 100%
Total	5 100%	5 100%

Tabel 7 menunjukkan jumlah responden dengan dukungan keluarga kurang pada kedua pretest dan posttest pada kelompok kontrol yaitu sebanyak 5 orang (100%).

Dukungan Keluarga Setelah terapi edukasi pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Tabel 8. Perbedaan Perilaku Lansia Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Setelah terapi edukasi

Variabel	Mean Difference	t	p value
Difference Posttest-Pretest antara kelompok perlakuan dan kontrol	20,456	19,488	0,001

Tabel 8 menunjukkan hasil uji *t independent* terhadap variabel beda nilai dukungan keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yaitu

$p=0,001$ ($p < 0,05$) bahwa terdapat perbedaan signifikan nilai dukungan keluarga antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Nilai positif pada t menunjukkan bahwa nilai dukungan keluarga lebih tinggi pada kelompok perlakuan dibandingkan pada kelompok kontrol. Kesimpulan dari pernyataan tersebut adalah H_a diterima dan membuktikan terdapat pengaruh yang signifikan antara terapi edukasi terhadap dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan diabetes mellitus tipe 2 di Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember.

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Setelah dilakukan uji statistik T dependen dan independen yang didasarkan pada taraf signifikan atau taraf kemaknaan adalah $\alpha < 0,05$ dan didapatkan $p = 0,001$ maka H_a diterima dan H_o ditolak berarti terbukti bahwa terapi edukasi keluarga dapat meningkatkan dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita DM tipe 2 di desa Serut, Kecamatan Panti, Jember. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien adalah berupa 1) Dukungan informasional yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. 2) Dukungan penilaian atau penghargaan yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga

diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian. 3) Dukungan instrumental yaitu keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan, serta 4) Dukungan emosional yaitu keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

Efektivitas dukungan keluarga dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya adalah Faktor Internal dan Faktor Eksternal. Faktor internal meliputi : 1) Tahap perkembangan yang artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda – beda. 2) Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan dikarenakan keyakinan seseorang terhadap adanya bentuk dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya. 3) Faktor Emosi. Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang

mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan. 4) Faktor Spiritual. Aspek spiritual dapat terlihat bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

Sedangkan Faktor eksternal meliputi :

1) Praktik di Keluarga berupa cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. 2) Faktor sosial dan psikososial, yaitu faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan dapat mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup : stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya. 3) Latar belakang budaya. Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

Hasil penelitian menunjukkan ada bukti bahwa terapi edukasi keluarga dapat meningkatkan dukungan keluarga dalam merawat klien dengan Diabetes Mellitus. Hal ini disebabkan karena adanya pemberian terapi edukasi baik itu berupa diet dan

peningkatan pemeliharaan kesehatan secara kontinyu dapat merubah pandangan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita diabetes mellitus. Dukungan keluarga yang baik pada klien DM dalam menjalani terapi diet dan pengobatan membuat pasien Diabetes Mellitus menjadi termotivasi untuk menjalani pola makan seimbang. Dalam penelitian ini, pasien Diabetes Mellitus merasakan bahwa keluarganya telah mampu mewujudkan dukungan keluarga baik secara dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian. Penatalaksanaan Diabetes Mellitus adalah perencanaan makan (diet), latihan fisik, dan pengobatan. Dalam menjalani terapi diet, dukungan dalam keluarga sangatlah diperlukan agar pasien Diabetes Mellitus merasa nyaman dan tentraman untuk menjalani diet Diabetes Mellitus. Selain itu pasien Diabetes Mellitus patuh dalam melaksanakan perintah, mentaati aturan dan disiplin dalam menjalankan program pengobatan yang sudah ditentukan, sehingga komplikasi dapat dikendalikan.

SIMPULAN

Simpulan dari penelitian yaitu: 1) karakteristik responden pada kelompok kontrol dan intervensi menunjukkan rerata usia adalah 28 tahun dan 32 tahun; 2) Terapi edukasi berupa Pendkes tentang DM dapat meningkatkan dukungan keluarga dalam mengendalikan hipertensi. Hal ini dikarenakan pemberian edukasi dan program latihan rutin mampu memotivasi lansia untuk lebih memperhatikan perawatan kesehatan serta dan memiliki kesadaran untuk berperilaku sesuai dengan pola hidup sehat.

SARAN

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan keluarga lebih termotivasi untuk

memberikan dukungan yang diberikan kepada pasien Diabetes Mellitus dalam meningkatkan kepatuhan diet pada pasien Diabetes Mellitus.

Perawat diharapkan lebih termotivasi untuk meningkatkan pengetahuan keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit Diabetes Mellitus dengan cara memberikan terapi edukasi berupa pendidikan kesehatan maupun demo atau praktek perawatan klien diabetes mellitus. Terapi edukasi yang telah diberikan diharapkan dapat meningkatkan dukungan keluarga sehingga klien dengan DM dapat menjalankan kepatuhan terapi pengobatannya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh responden, dosen pembimbing, dan pihak Desa Serut Kecamatan Panti, Kabupaten Jember.

KEPUSTAKAAN

Bryant, L.L; Altpeter, M; Whitelaw, N.A. 2006. Evaluation of Health Promotion Programs for older adults: an introduction.

Dashtbozorgi B, Chadirian F, Khajeddin N, Karami K. 2009. Effect of family psychoeducation on the level of adaptation and improvement of patients with mood disorders. Iran J Psychiat Clinical Psychol.

Paddison C. 2010. Family support and conflict among adults with type 2 diabetes. Europ Diabet Nurs.

Sugiono 2014, Statistika Untuk Penelitian, Alfabeta, Bandung.

Tanriverdi D, Ekinci M. 2012. The Effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. Int J Nurs Pract.

Williamson JD, Suplano MA, Aplegate WB, et al. 2016. Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years: a randomized clinical trial. JAMA.

Weiss J, Freeman M, Low A, et al. 2017. Benefits and harms of intensive blood pressure treatment in adults aged 60 years or older; a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med.

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG HIPERTENSI DAN PROGRAM LATIHAN TERPADU TERHADAP PERILAKU LANSIA DALAM PENGENDALIAN HIPERTENSI DI DUSUN KARANGANOM DESA SERUT KECAMATAN PANTI KABUPATEN JEMBER

(THE EFFECT OF AN INTEGRATED HEALTH EDUCATION AND EXERCISE PROGRAM ON ELDERLY BEHAVIOR IN HYPERTENSION CONTROL)

Yudha Jatmika¹, Puspa Fitriyana², Jamilatul Komari³, Chairun Nisak⁴, Novaria Puspitasari⁵, Novita Nurkamilah^{6*}, Siti Aisyah Asri⁷, Mayangga Sukmawati⁸, Hanny Rasni⁹

Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450
*e-mail: novita.nurkamilah.28@gmail.com

ABSTRAK

Lanjut usia sangat erat hubungannya dengan terjadinya hipertensi. Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi. Salah satu penatalaksanaan non farmakologi yaitu dengan pemberian edukasi dan olahraga/latihan secara rutin. Penelitian ini bertujuan menganalisa pengaruh pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan program latihan terpadu terhadap perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Penelitian ini menggunakan metode quasi experimental dengan desain penelitian *pre-test and post-test with control group design*. Dua puluh responden dalam penelitian ini dibagi menjadi 10 responden sebagai kelompok intervensi dan 10 responden sebagai kelompok kontrol dengan teknik *consecutive sampling*. Pendidikan kesehatan diberikan selama 4 sesi, kemudian diberikan program latihan senam antihipertensi setiap minggu selama 4 kali. Data dianalisis menggunakan uji *t dependen* dengan taraf signifikansi 0,05. Hasil uji *t dependen* menunjukkan perbedaan signifikan perilaku lansia antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi ($p=0,001$), sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan $p=0,560$. Selanjutnya, uji *t independen* menunjukkan adanya perbedaan signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,001$). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh signifikan pendidikan kesehatan tentang hipertensi dan program latihan terpadu terhadap perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi. Perawat khususnya perawat komunitas diharapkan menerapkan program tersebut sebagai acuan untuk meningkatkan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi.

Kata kunci: pendidikan kesehatan, latihan, perilaku lansia, hipertensi

ABSTRACT

Elderly is very related to the occurrence of hypertension. Management of hypertension can be done pharmacologically and nonpharmacologically. One of non pharmacology management is by giving education and exercise regularly. This research aimed to analyze the effect of an integrated health education and exercise program on elderly behavior in hypertension control. This research was quasi experimental with non randomized control group pretest posttest design. Twenty respondents in this study were divided into 10 respondents as the intervention group and 10 respondents as the control group by consecutive sampling technique. Health education was conducted in 4 sessions, then give antihypertention gymnastic training program every week for 4 times. The data were analyzed by using dependent t test and independent t test with significance level of 0.05. The result of t

dependent test showed significant difference of elderly behavior between pretest and posttest in intervention group ($p = 0,001$), while in control group obtained $p = 0,560$. Furthermore, independent t test showed a significant difference between intervention group and control group ($p=0.001$). The results of this study indicates that there is a significant effect of health education on hypertension and integrated exercise program on elderly behavior in hypertension control. Special community nurses are expected to implement this program as a reference to improve elderly behavior in the control of hypertension.

Keywords: health education, exercise, elderly behavior, hypertension

PENDAHULUAN

Lanjut usia akan mengalami penurunan fungsi tubuh akibat perubahan fisik, psikososial, kultural, spiritual. Perubahan fisik akan mempengaruhi berbagai system tubuh salah satunya adalah system kardiovaskuler. Masalah kesehatan akibat dari proses penuaan dan sering terjadi pada sistem kardiovaskuler yang merupakan proses degeneratif, diantaranya yaitu penyakit hipertensi (Herlinah, dkk., 2013). Menurut Kellicker (2010) menyatakan bahwa hipertensi pada lansia merupakan suatu keadaan yang ditandai dengan hipertensi sistolik diatas 140 mmHg dan diastoliknya menetap atau kurang dari 90 mmHg yang memberi gejala yang berlanjut, seperti stroke, penyakit jantung coroner.

Data kejadian hipertensi tahun 2013 dengan menggunakan unit analisis individu menunjukkan bahwa secara nasional 25,8% penduduk Indonesia menderita penyakit hipertensi. Jumlah penduduk yang menderita hipertensi terus berkembang dari 600 juta pada tahun 1980 menjadi 1 milyar jiwa pada tahun 2008 (WHO,2013). Prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5%. Prevalensi hipertensi di Jawa Timur didapatkan sebesar 26,2% (Risikedas, 2013)

Berdasarkan hasil peninjauan di Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember didapatkan 133 lansia. Rata-rata lansia mengeluhkan hipertensi. Berdasarkan wawancara dengan lansia yang mengalami hipertensi pada tanggal 6 Mei 2018 di Dusun Krajan Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember menyatakan bahwa mereka sudah berusaha memperhatikan lansia dengan cara mengingatkan aturan

makanan yang berisiko terjadi hipertensi seperti menyiapkan makanan rendah lemak dan mengurangi garam pada makanannya, serta membedakan makanan istrinya dengan makanannya terkait banyaknya pemberian garam. Namun lansia masih belum tahu cara pengolahan makanan yang benar. Selain itu, lansia tersebut masih kurang memahami perawatan hipertensi dan apa saja yang harus dilakukan untuk mengendalikan hipertensi.

Tingkat pendidikan, komunikasi dan informasi kebudayaan, dan pengalaman pribadi seseorang akan mempengaruhi pengetahuan dan sikap dan perilaku tentang kesehatan. Dengan mendapatkan informasi yang benar, diharapkan lansia mendapat bekal pengetahuan yang cukup untuk dapat melaksanakan pola hidup sehat dan dapat menurunkan risiko penyakit degeneratif terutama hipertensi dan penyakit kardiovaskular (Notoatmodjo, 2003).

Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat usia lanjut di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan. Penelitian tentang hipertensi pada lansia dilaksanakan di Posyandu Lansia di Dusun Karangnom Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember yang, mengacu pada teori bahwa tekanan darah akan meningkat pada orang tua oleh karena penyakit degeneratif. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik dan terdorong untuk mengadakan penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Hipertensi dan Program Latihan terhadap Perilaku Lansia dalam Pengendalian Hipertensi di

Dusun Karanganom Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember.

Menurut WHO (1999) dalam Aspiani (2014) mengelompokkan usia lanjut berdasarkan usia biologis dibagi menjadi empat kelompok yaitu usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) berusia 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) berusia > 90 tahun.

Tujuh kategori utama tugas perkembangan lansia meliputi (Potter & Perry, 2005): menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan, menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan, menyesuaikan terhadap kematian pasangan, menerima diri sendiri sebagai individu lansia, mempertahankan kepuasan pengaturan hidup, mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang dewasa, dan menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup.

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan berupa fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah, 2011).

Aspiani (2014), menyatakan mengenai kondisi kesehatan lansia mengenai penyakit yang sering dialami salah satunya adalah hipertensi. Menurut Joint National Committee 8 (2013), hipertensi terjadi apabila tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus menerus pada beberapa kali pemeriksaan tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya mempertahankan tekanan darah secara normal (Wijaya, 2013).

Penatalaksanaan hipertensi dapat dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pendekatan nonfarmakologis, dengan modifikasi gaya

hidup seperti teknik-teknik mengurangi stress, penurunan berat badan, pembatasan alkohol, olahraga/latihan, relaksasi merupakan intervensi wajib yang harus dilakukan pada setiap terapi antihipertensi. Modifikasi gaya hidup merupakan hal yang sulit bagi individu karena harus mengubah kebiasaan yang menyenangkan (Potter & Perry, 2009).

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *quasi experimental* dengan desain penelitian *pre-test and post-test with control group design*. Sampel penelitian yaitu 20 lansia yang terbagi menjadi 10 lansia dalam kelompok kontrol dan 10 lansia kelompok intervensi. Sampel penelitian diambil sesuai dengan yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi yaitu lansia yang terdiagnosis hipertensi, berusia 50-75 tahun, lansia bugar, anggota lansia yang teratur posyandu lansia, dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu lansia yang mengalami komplikasi penyakit dari hipertensi, lansia yang tidak memungkinkan untuk melakukan senam, mengundurkan diri pada saat penelitian, dan yang tidak mengikuti program sampai selesai.

Teknik sampel yang digunakan adalah *consecutive sampling*. Pengambilan data dalam penelitian ini dilaksanakan di Dusun Karanganom Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2018 dengan membagikan kuesioner *pretest* sebelum dilakukan perlakuan kemudian setelah diberikan perlakuan dilakukan pengukuran *posttest* untuk mengetahui akibat dari perlakuan tersebut. Kuesioner penelitian ini telah di Uji validitas dan Uji reliabilitas dengan hasil yang didapatkan yaitu nilai r tabel > 0,800 sehingga dinyatakan valid. Intervensi yang diberikan berupa pendidikan kesehatan tentang hipertensi selama 4 sesi, setelah itu diberikan program latihan rutin yaitu senam antihipertensi yang dilakukan selama 4

kali dalam sebulan.

HASIL

Usia Responden

Tabel 1. Distribusi Usia Resonden

Variabel	Mean	SD	Min-Maks
Usia (tahun)			
Kelompok perlakuan (n=15)	63,20	5,865	55-72
Kelompok kontrol (n=15)	64,10	8,346	52-75

Tabel 1 menunjukkan Rata-rata usia responden kelompok perlakuan yaitu 63,20 tahun, sedangkan rata-rata usia responden kelompok kontrol yaitu 64,10 tahun. Usia responden paling muda yaitu 52 tahun dan paling tua 75 tahun.

Jenis kelamin Responden

Tabel 2. Distribusi Jenis Kelamin Responden

Variabel	Kelompok perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Jenis Kelamin				
Laki-laki	1	10	3	30
Perempuan	9	90	7	70
n				
Total	10	100	10	100

Tabel 2 menunjukkan responden kelompok perlakuan memiliki jumlah perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, yaitu laki-laki 1 orang (10%) dan perempuan 9 orang (90%). Kelompok kontrol memiliki jumlah perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki, yaitu perempuan sebanyak 3 orang (30%) dan laki-laki sebanyak 7 orang (70%).

Pendidikan Responden

Tabel 3. Distribusi Pendidikan Responden

Variabel	Kelompok perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Pendidikan				
Tidak sekolah	4	40	6	60
SD Sederajat	4	40	3	30
SMP Sederajat	2	20	1	10
Total	10	100	10	100

Tabel 3 menunjukkan pendidikan responden kelompok perlakuan sama besar antara tidak sekolah dan SD sederajat yaitu sebanyak 4 responden (40%), sedangkan pendidikan responden kelompok kontrol sebagian besar adalah tidak sekolah yaitu sebanyak 6 responden (60%).

Perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi Kelompok Perlakuan

Tabel 4. Perbedaan Nilai Peilaku lansia Sebelum dan Setelah Penkes dan Latihan

Variabel I	Mean	Median	SD	Min-Maks	p value
Perilaku Pretest	18,9	19,00	3,31	13-24	0,001
Perilaku Posttest	25,7	25,50	1,33	24-28	

Tabel 4 menunjukkan terjadi peningkatan rata-rata nilai perilaku lansia sebesar 6,80 yaitu dari 18,90 sebelum diberikan Penkes dan Latihan menjadi 25,70 setelah diberikan Penkes dan Latihan. $p=0,001 < \alpha$ ($\alpha = 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan signifikan antara nilai rata-rata perilaku lansia sebelum dan setelah diberikan Penkes dan Latihan pada responden kelompok perlakuan.

Tabel 5. Perbedaan Kategori Perilaku Lansia Sebelum dan Setelah penkes dan latihan

Kategori	Pretest (%)	Posttest (%)
Baik	5	10
Sedang	5	0

Total	10	100%	10	100%
-------	----	------	----	------

Tabel 5 menunjukkan jumlah responden dengan tingkat *Perilaku Lansia* kategori baik bertambah dari 5 responden (50%) menjadi 10 responden (100%) pada kelompok perlakuan.

Perilaku Lansia Kelompok Kontrol

Tabel 6. Perbedaan Nilai Perilaku Lansia pretest dan posttest

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	p value
<i>Perilaku Lansia Pretest</i>	19,30	19,00	1,889	18-24	0,560
<i>Perilaku Lansia Posttest</i>	19,40	20,00	2,459	16-23	

Tabel 6 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan rata-rata nilai *Perilaku Lansia* sebesar 0,10 yaitu dari 19,30 saat *pretest* menjadi 19,40 pada saat *posttest* kelompok kontrol dengan standar deviasi 1,889 pada *pretest* dan 2,459 pada *posttest*.

Tabel 7. Perbedaan Kategori Perilaku Lansia pretest dan posttest

Kategori	Pretest (%)	Posttest (%)
Baik	3 30%	6 60%
Distress Sedang	7 70%	4 40%
Total	10 100%	10 100%

Tabel 7 menunjukkan jumlah responden dengan tingkat *Perilaku Lansia* kategori baik bertambah dari 3 responden (30%) menjadi 6 responden (50%) pada kelompok kontrol.

Perilaku Lansia Setelah penkes dan latihan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol

Tabel 8. Perbedaan Perilaku Lansia Kelompok Perlakuan dan Kelompok

Variabel	Mean Difference	t	p value
<i>Difference Posttest-Pretest</i> antara kelompok perlakuan dan kontrol	6,300	7,118	0,001

Tabel 8 menunjukkan hasil uji *t independent* terhadap variabel beda nilai *Perilaku Lansia* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yaitu $p=0,001$ ($p < 0,05$) bahwa terdapat perbedaan signifikan nilai *Perilaku Lansia* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Nilai positif pada *t* menunjukkan bahwa nilai *Perilaku Lansia* lebih tinggi pada kelompok perlakuan dibandingkan pada kelompok kontrol. Kesimpulan dari pernyataan tersebut adalah H_0 diterima dan membuktikan terdapat pengaruh yang signifikan antara penkes dan latihan terpadu terhadap *Perilaku Lansia* dalam pengendalian hipertensi pada lansia di Desa Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember.

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Rata-rata umur responden pada kelompok kontrol dan intervensi adalah 64 tahun dan 63 tahun yang termasuk dalam kategori usia lansia. Usia tersebut merupakan usia yang harus menyesuaikan dengan perubahan fisik sering terjadinya penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi. Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, sosial, dan psikologis. Masalah perubahan sosial serta reaksi individu terhadap perubahan sangat beragam, bergantung pada kepribadian individu yang bersangkutan. Usia merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan munculnya penyakit tekanan darah [1]. Lansia harus belajar menerima aktivitas dan minat baru untuk mempertahankan kualitas hidupnya akibat perubahan

fisiologi pada lanjut usia adalah usia [2]. Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Manimuda, et al. (2011), bahwa semakin bertambahnya usia seseorang semakin berisiko terkena hipertensi .

Berdasarkan penelitian yang didapatkan, jenis kelamin responden penelitian pada kelompok control dan intervensi yaitu perempuan. Sesuai dengan penelitian Irza, bahwa prevalensi hipertensi lebih banyak pada wanita (66,67%) dari pada laki-laki (33,33%). Selaras dengan teori kerja hormon bahwa semakin bertambahnya usia, hormon esterogen tidak mampu menghasilkan High-Density Lipoprotein (HDL) dalam jumlah banyak, sehingga besar untuk terjadi kemungkinan aterosklerosis akibat meningkatnya Low-Density Lipoprotein (LDL). Lesi aterosklerotik ini dapat mengurangi aliran darah ke ginjal. Ginjal mengaktifkan Angiotensin II (merupakan vasokonstriktor yang kuat) dan mendorong retensi garam dan air sewaktu pembentukan urin. Sehingga volume darah bertambah untuk mengompensasi berkurangnya aliran darah ginjal. Peningkatan volume darah dan vasokonstriksi aliran darah ini sebagai penyebab meningkatnya tekanan darah arteri secara keseluruhan.

Pendidikan responden penelitian ini paling banyak yaitu SD sederajat. Pendidikan seseorang merupakan salah satu proses perubahan tingkah laku, semakin tinggi pendidikan seorang semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki nya, sebaliknya semakin rendah pendidikan seseorang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Tingkat pendidikan lansia termasuk dalam kategori rendah, yaitu terdiri dari tidak sekolah dan tingkat sekolah dasar hal ini akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan lansia terhadap penyakit yang diderita. Pendidikan dapat menjadi tolak ukur kemampuan lansia dalam berinteraksi secara efektif dan dalam jangka pendek

pendidikan akan menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan individu.

Perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi Kelompok Perlakuan

Berdasarkan hasil penelitian ini terdapat perbedaan perilaku lansia sebelum dan setelah diberikan pendkes tentang hipertensi dan program latihan terpadu. Sebelum diberikan intervensi didapatkan perilaku lansia dalam mengendalikan hipertensi yaitu 50% dalam kategori baik dan 50% dalam kategori sedang. Sedangkan setelah diberikan intervensi didapatkan 100% perilaku lansia dalam kategori baik.

Intervensi yang diberikan pada kelompok intervensi yaitu sebuah pendidikan kesehatan tentang hipertensi yang diberikan selama 4 sesi seminggu 2 kali pertemuan dan dilanjutkan seminggu satu kali program latihan yaitu senam antihipertensi. Pemberian intervensi tersebut pada kelompok perlakuan dapat menjadikan klien belajar bagaimana memecahkan masalahnya terkait hipertensi dan berperilaku sehat, sehingga pengetahuan klien terkait pengendalian hipertensi dapat meningkat. Semakin meningkat pengetahuan klien mengenai pengendalian hipertensi, maka semakin meningkat pula keberhasilannya dalam berperilaku mengendalikan hipertensi.

Perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi Kelompok Kontrol

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa ada perbedaan signifikan antara perilaku lansia dalam mengendalikan hipertensi saat pretest dan posttest pada responden kelompok kontrol. Penelitian ini didapatkan peningkatan perilaku lansia dalam mengendalikan hipertensi pada kelompok kontrol.

Kelompok kontrol tidak diberikan penkes dan program latihan senam hipertensi. Klien melakukan aktivitas seperti biasa sehari-hari selama di rumah. Adanya peningkatan ini dimungkinkan oleh salah satu factor yang didapatkan dari

hasil wawancara. Beberapa responden mengatakan bahwa sebelumnya mereka mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai diet hipertensi dan senam antihipertensi dari tenaga kesehatan maupun mahasiswa yang pernah praktek di desanya.

Pengaruh penkes dan latihan terhadap perilaku lansia dalam mengendalikan hipertensi

Berdasarkan hasil analisa data pada Tabel 8, menunjukkan bahwa perilaku diet hipertensi mengalami peningkatan setelah diberikan penkes tentang hipertensi dan program latihan terpadu berupa senam antihipertensi dengan nilai $p=0,001$ ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa penkes tentang hipertensi dan program latihan terpadu berpengaruh terhadap peningkatan perilaku lansia dalam mengendalikan hipertensi. Pendidikan kesehatan dengan materi yang menggunakan bahasa sederhana dan mudah dipahami oleh responden dapat meningkatkan perilaku lansia dalam mengendalikan hipertensi.

Selaras dengan penelitian oleh Thiboutot, *et al.*, bahwa pendidikan kesehatan dengan menggunakan dapat menurunkan tekanan darah serta dapat mengontrol diet pasien. Selain itu, Kelders, Pijnen, Werkman, Nijland dan Seydel menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan menggunakan web dapat meningkatkan perilaku diet dan pengetahuan tentang perilaku yang sehat.

Penkes berisi tentang pengertian, klasifikasi, faktor penyebab, perjalanan penyakit, tanda dan gejala, faktor risiko, komplikasi, dan penatalaksanaan hipertensi, dan prosedur senam antihipertensi yang ditampilkan dengan bahasa yang mudah dipahami dan disertai gambar-gambar untuk menunjang konten informasi yang disampaikan, selain itu sumber informasi diambil dari jurnal dan text book yang telah dipadukan, sehingga mudah dipahami dan berakurasi tinggi. Setelah diberikan edukasi selama 4 sesi, diharapkan pengetahuan pasien bertambah,

lalu dilanjutkan dengan sesi program latihan terpadu yang dilakukan rutin selama 4 kali (seminggu satu kali). Hal ini dilakukan dengan harapan setelah responden mendapatkan pengetahuan dapat membentuk sikap yang nantinya dapat diaplikasikan dengan sebuah perilaku sehat dalam mengendalikan hipertensi.

SIMPULAN

Simpulan dari penelitian yaitu: 1) karakteristik responden pada kelompok control dan intervensi menunjukkan rerata adalah 64 tahun dan 63 tahun; 2) Pendkes tentang hipertensi dan program latihan terpadu dapat meningkatkan perilaku lansia dalam mengendalikan hipertensi. Hal ini dikarenakan pemberian edukasi dan program latihan rutin mampu memotivasi lansia untuk lebih memperhatikan perawatan kesehatan serta dan memiliki kesadaran untuk berperilaku sesuai dengan pola hidup sehat. 3) terdapat pengaruh yang bermakna pemberian pendkes tentang hipertensi dan program latihan terpadu terhadap perilaku lansia dalam mengendalikan hipertensi dari tingkat perilaku sedang menjadi tingkat perilaku baik. $p\text{-value} = 0,001$ ($\alpha \leq 0,05$).

SARAN

Penelitian ini memberikan pemahaman baru terhadap pengaruh pendkes tentang hipertensi dan program latihan terpadu terhadap perilaku lansia dalam mengendalikan hipertensi. Sehingga diperlukan adanya pemberian informasi kepada masyarakat, tenaga kesehatan, dan kader terkait hasil tersebut.

Penelitian ini juga dapat dijadikan pedoman bagi keperawatan untuk lebih giat dan aktif dalam perannya sebagai perawat komunitas untuk meningkatkan upaya promotif dan preventif bagi peningkatan derajat kesehatan keluarga melalui edukasi, dan pemeliharaan perawatan lansia yang dapat menjadi kegiatan dalam posyandu lansia.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh responden, dosen pembimbing, dan pihak Desa Serut Kecamatan Panti, Kabupaten Jember.

KEPUSTAKAAN

- Bryant, L.L; Altpeter, M; Whitelaw, N.A. 2006. Evaluation of Health Promotion Programs for older adults: an introduction.
- Cortas, K. 2008. Hypertension. Last update May 11 2008. Diakses 12 Mei 2018, dari <http://www.emedicine.com>
- Dashtbozorgi B, Chadirian F, Khajeddin N, Karami K. 2009. Effect of family psychoeducation on the level of adaptation and improvement of patients with mood disorders. *Iran J Psychiat Clinical Psychol*.
- Firmawati, E; Rasyid, Z. M; Santosa, T. 2014. Pengaruh Blog Edukatif Tentang Hipertensi Terhadap Pengetahuan Tentang Hipertensi dan Perilaku Diet Hipertensi pada Pasien Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Wirobrajan Yogyakarta
- Irza, S. 2009. Analisis Faktor Risiko Hipertensi Pada Masyarakat Nagari Bungo Tanjung, Sumatera Barat. Tesis strata satu, Universitas Sumatera Utara.
- Kelders, S.M., Pijnen, J.E., Werkman, A., Nijland, N., & Seydel, E.R. 2011. Effectiveness of a web-based intervention aimed at healthy dietary and physical activity behavior: a randomized controlled trial about users and usage. *Journal of Medical Internet Research*.
- Paddison C. 2010. Family support and conflict among adults with type 2 diabetes. *Europ Diabet Nurs*.
- Park, Y. H., et al. 2011. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controlled trial.
- Sherwood, L. 2012. Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem (6th.ed.). Jakarta: EGC
- Sugiono 2014, Statistika Untuk Penelitian, Alfabeta, Bandung.
- Tanriverdi D, Ekinci M. 2012. The Effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *Int J Nurs Pract*.
- Weiss J, Freeman M, Low A, et al. 2017. Benefits and harms of intensive blood pressure treatment in adults aged 60 years or older; a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*.
- Williamson JD, Suplano MA, Aplegate WB, et al. 2016. Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years: a randomized clinical trial. *JAMA*.

PENGARUH KASIMAZI (KELAS MODIFIKASI MAKANAN BERGIZI) TERHADAP PERILAKU IBU MEMBERIKAN NUTRISI KEPADA BALITA

(THE EFFECT KASIMAZI (CLASSIFICATION OF NUTRITIOUS FOODS) AGAINST MOTHER BEHAVIOR NUTRITION TO TODDLERS)

Yudha wahyu Jatmika^{1*}, Puspa Fitriyana², Jamilatul Komari³, Chairun Nisak⁴,
Novaria Puspitasari⁵, Novita Nurkamilah⁶, Siti Aisyah Asri⁷, Mayangga Sukmawati⁸,
Hanny Rasni⁹

^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

e-mail: yudhawahyujatmika@yahoo.com

ABSTRAK

Anak Usia 3-5 tahun merupakan tahapan dimana anak mengalami tumbuh kembang dan aktivitas yang pesat sehingga asupan nutrisi akan meningkat. Anak di usia ini masih bergantung pada orang tua dalam hal pemberian makan, anak sudah bisa memilih makanan yang disukainya. Peran orang tua sangat menentukan asupan nutrisi pada anak, Penelitian ini menggunakan metode *quasi experimental* dengan desain penelitian *one group Pretest Posttest*. Teknik sampel yang digunakan adalah .pos gizi dilakukan setiap hari minggu selama 1 bulan (4 kali pertemuan). Data dianalisis dengan menggunakan uji t dependen dengan taraf signifikansi 0,05. Hasil uji t dependen menunjukkan perbedaan signifikan perilaku lansia dalam pengendalian hipertensi antara *pretest* dan *posttest* ($p=0,000$). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh signifikan setelah dilakukan kasimazi (kelas modifikasi makanan bergizi) terhadap perilaku ibu memberikan nutrisi kepada balita. pos gizi dapat meningkatkan pemahaman dan merubah perilaku dari orang tua dalam memberikan gizi bagi anaknya. Sehingga diharapkan adanya pos gizi disetiap posyandu dan rutin diadakan untuk meningkatkan status gizi bagi masyarakat. Kata kunci: pos gizi, *nutrisi*, perilaku ibu, pemberian nutrisi

ABSTRACT

Children aged between three and five years is the phase where the experienced are sprouting and activities are rapidly so that nutritional intake will increase .Children in this age still relied on older people in thing furnishing the eat , the child has been to be able to choose food in spite of .The role of parents are very determine nutritional intake in children , a method of experimental quasi was used in the study with a design research one group pretest posttest .Sample technique that is used is .pos nutrition done every day week for one month (4 times a meeting) .The data were analyzed using dependent t test and reason 0.05 significance .T testing shows dependent elderly behavior show significant differences in controlling hypertension between pretest and posttest ($p = 0,000$) .This research result indicates that there are significant impact following the completion of kasimazi (class modification of nutritious food behavior mother to provide nutrients to the toddlers . Nutrition posts can improve understanding and change the behavior of parents in providing nutrition to their children .So that is expected the post nutrition luminance posyandu and always held to improved the nutritional status for the community

Keywords: Nutrition post, nutrition, mother behavior , providing nutrition

PENDAHULUAN

Asupan nutrisi pada anak memegang peranan penting dalam optimalisasi tumbuh kembang pada anak (Sulistyoningsih, 2011). Keadekuatan asupan nutrisi pada anak dapat dinilai dengan keadaan status gizi yang ditandai dengan anak kurus, normal, dan gemuk (Sulistyoningsih, 2011; Supriasa, 2012). Asupan nutrisi yang kurang akan menyebabkan kondisi kesehatan anak menjadi kurang baik, gangguan pertumbuhan dan perkembangan, serta dapat menyebabkan kematian (Barasi, E.M, 2009). Balita yang kekurangan nutrisi mudah terkena infeksi dan berpengaruh pada nafsu makan, jika pola makan tidak terpenuhi maka tumbuh kembang anak akan terganggu (Sulistyoningsih dalam Purwani, 2013).

Data yang didapat dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013), jumlah prevalensi balita kurus sebesar 12,1%. Hal ini dibuktikan dengan jumlah kasus gizi kurang di Daerah Mauk pada tahun 2015 berada di peringkat ke-4 di Kabupaten Tangerang sebesar 16,21% atau sebanyak 6.784 balita (Badan Penelitian Statistik Kab. Tangerang Tahun 2015). Data ini masih cukup tinggi dan hampir semua kelompok umur mengalami masalah kebutuhan pemenuhan nutrisi, terutama pada anak usia 3-5 tahun rentan mengalami gizi kurang (Marimbi, 2010).

Anak Usia 3-5 tahun merupakan tahapan dimana anak mengalami tumbuh kembang dan aktivitas yang pesat sehingga asupan nutrisi akan meningkat. Anak di usia ini masih bergantung pada orang tua dalam hal pemberian makan, anak sudah bisa memilih makanan yang disukainya. Peran orang tua sangat menentukan asupan nutrisi pada anak, asupan nutrisi yang tidak

sesuai akan menyebabkan anak kekurangan gizi (Sulistyoningsih dalam Purwani, 2013).

Salah satu peran orang tua bertanggung jawab atas pemenuhan nutrisi pada anaknya, keinginan orang tua untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anaknya sering kali melatarbelakangi praktik pemberian makan yang kurang tepat. Hal ini menimbulkan praktik yang berbeda-beda dalam melakukan pemberian makan pada anak. Praktik pemberian makan yang kurang tepat antara lain selalu memenuhi kemauan anak untuk mengkonsumsi makanan yang ia inginkan, bahkan melakukan pemaksaan pada anak untuk mau mengkonsumsi makanan tertentu (Musher-Eizman & Holub, 2007).

Berdasarkan hasil observasi tanggal 28 Juni 2016 pada 10 ibu di Pos Gizi Desa Tegal Kunir Lor daerah Mauk didapatkan jumlah prevalensi anak usia 3-5 tahun sebanyak 555 anak atau sebanyak 12 anak yang memiliki status gizi kurang. Hal ini karena orang tuabanyak yang membiarkan apapun makanan yang dikonsumsi anaknya, banyak orangtua yang menyajikan makanan siap saji. Tiga ibu mengatakan tidak pernah melibatkan anak dalam menyiapkan makanan sehari-hari dengan alasan takut anaknya terkena api atau menghambat ibu memasak, namun jika ibu berbelanja untuk kebutuhan pangan anak selalu diajak. Lima orang ibu mengatakan sering memberikan pelukan, hadiah, dan ciuman jika anaknya menghabiskan makanan yang dimakan, ibu juga selalu memberikan contoh makanan sehat seperti lauk-pauk, buah-buahan serta sayur-sayuran maka anak akan mengikuti apa yang dimakan ibunya.

Puskesmas Mauk menerapkan program Pos Gizi di beberapa desa untuk menanggulangi rawan gizi. Dengan pendekatan Pos Gizi dapat mendorong terjadinya perubahan perilaku, selain itu di

harapkan melalui program ini anak-anak yang kurang gizi dapat berubah ke status gizi baik. Salah satu desa yang memiliki angka malnutrisi di kabupaten Mauk yang menerapkan Pos Gizi yaitu Desa Tegal Kunir Lor.

Status gizi adalah suatu ukuran mengenai kondisi tubuh seseorang yang dapat dilihat dari makanan yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Untuk menentukan klasifikasi status gizi harus memiliki ukuran baku yang sering disebut *reference*. Baku antropometri yang sering digunakan di Indonesia yaitu *World Health Organization-National Centre for Health Statistik (WHO-NCHS)*. Berdasarkan baku WHO-NCHS status gizi dibagi menjadi empat yaitu, gizi lebih (*over weight*), gizi baik (*well nourished*), gizi kurang (*under weight*), dan gizi buruk (*severe PCM*) (Supriasa et al, 2013).

Menurut UNICEF (1998) dalam Supriasa (2012), menggambarkan faktor yang berhubungan dengan status gizi, pertama penyebab langsung adalah konsumsi makanan dan penyakit infeksi. Kedua penyebab tidak langsung yaitu ketahanan keluarga yang memadai, pola pengasuhan anak kurang memadai, tingkat pendapatan, pengetahuan gizi, sanitasi lingkungan, umur, jenis kelamin dan aktivitas.

Pos Gizi adalah alat menggerakkan masyarakat untuk bekerja dengan melibatkan berbagai lapisan sosial di masyarakat tersebut, agar bekerjasama mengatasi masalah dan menemukan solusi sari dalam masyarakat mereka sendiri. Pendekatan ini menitikberatkan pada upaya memaksimalkan sumber daya, keterampilan dan strategi yang ada untuk mengatasi suatu permasalahan dan memanfaatkan metodologi partisipasi secara luas dan proses atau *participatory learning and action (PLA)* (PD dan Heart USAID,

2004). Prinsip dari Pos Gizi adalah bahwa kemiskinan bukanlah penyebab utama kekurangan gizi, karena ditemukan beberapa keluarga miskin yang anaknya sehat (gizi baik) karena menerapkan pola asuh yang baik. Kekurangan gizi pada umumnya disebabkan oleh praktek pemberian makan atau pola asuh yang tidak benar, dengan adanya program Pos Gizi maka diharapkan kurang gizi bisa teratasi dengan perubahan perilaku. Pada saat kegiatan Pos Gizi orang tua belajar perilaku positif bersama-sama dan mempraktikkannya di rumah (Core, 2003).

METODE

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian. Desain dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Hal ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antar variabel dimana variabel independen dan variabel dependen diidentifikasi pada satu satuan waktu (Dharma. 2011).

Penyebaran kuesioner penelitian ini dilakukan pada 3 Juni 2018 terhadap 15 responden di Posyandu di dusun Karang Anom. Pada penelitian ini dilakukan uji instrument penelitian yaitu menggunakan kuesioner pemberian nutrisi pada balitanya. Kuesioner ini merupakan kuesioner dari penelitian sebelumnya, yaitu oleh Ermawati L, 2008 dengan judul faktor-faktor yang mempengaruhi pola pemberian makanan balita pada keluarga petani di dusun mandungan Srimartani Piyungan Bantul

HASIL

Karakteristik Demografi

Hasil analisis karakteristik responden menggambarkan distribusi responden berdasarkan usia dan pendidikan.

Karakteristik umum responden dapat digambarkan sebagai berikut:

Tabel 5.1 Karakteristik responden Dusun Krajan, Desa Serut, Kecamatan Panti, Kabupaten Jember Tahun 2018.

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
SD	5	33.3	33.3
SMP	10	66.6	100.0
Total	15	100.0	

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan usia di desa Serut, Kecamatan Panti, Kabupaten Jember Tahun 2018

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
21	4	26.7	26.7
22	2	13.3	40.0
23	2	13.3	53.3
25	1	6.7	60.0
27	1	6.7	66.7
28	1	6.7	73.3
32	1	6.7	80.0
33	1	6.7	86.7
34	1	6.7	93.3
36	1	6.7	100.0
Total	15	100.0	

Pengaruh Kasimazi (Kelas Modifikasi Makanan Bergizi) Terhadap Perilaku Ibu Memberikan Nutrisi Kepada Balita

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh Kasimazi (Kelas Modifikasi Makanan Bergizi) Terhadap Perilaku Ibu Memberikan Nutrisi Kepada Balita

tabel 5.3 hasil pretest dan pretest kasimazi (kelas modifikasi makanan bergizi) terhadap perilaku ibu memberikan nutrisi kepada balita

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pre test	53.06	15	2.40	0.62
Post test	69.143	15	2.35	0.60

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa terjadi peningkatan rata-rata nilai sebesar 16.083 dari nilai 53.06 menjadi 69.143 setelah dilakukan intervensi

Tabel 5.4 Pengaruh kasimazi (kelas modifikasi makanan bergizi) terhadap perilaku ibu memberikan nutrisi kepada balita

	Paired Differences		t	Sig. (2-tailed)
	Mean	SD		
pretest - posttest	-16.06	2.153	-28.89	0.000

Tabel 5.3 menjelaskan bahwa hasil uji t-test yaitu $p=0,000 < 0.050$ hal ini berarti bahwa ada pengaruh yang bermakna setelah dilakukan kasimazi (kelas modifikasi makanan bergizi) terhadap perilaku ibu memberikan nutrisi kepada balita

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Rata-rata umur responden adalah 21 tahun sebanyak 4 orang dan termasuk pada usia dewasa awal. Selanjutnya usia rata – rata 22 dan 23 sebanyak masing-masing 2 orang. Dan sisanya tersebar diantara usia 25-36 tahun yaitu sebanyak 7 orang. Dari data diatas didapatkan bahwa sia responden sebagian besar berada di usia dewasa muda. Pada tahun perkembangan, tugas-tugas perkembangan dewasa awal yaitu menjadi warga negara yang baik, mencari pekerjaan, mencari pasangan hidup, menikah dan mengasuh anak (Sari, 2012). Sehingga pada tahap ini seseorang akan mulai untuk

mempunyai peran pengasuhan anak. Individu dewasa awal yang menjadi orangtua memiliki tugas perkembangan, salah satunya adalah membesarkan atau mengasuh anak-anak. Sebagian besar responden yaitu 10 orang atau 66.6% memiliki pendidikan sampai SMP dan sebesar 33.3% atau 5 orang mempunyai pendidikan sampai SD. Hal ini berarti tingkat pemahaman dan pengetahuan responden sudah dapat dikatakan cukup. Karena sebagian besar responden telah menempuh wajib belajar 9 tahun.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan peningkatan nilai dari hasil pre test dan post test dari ibu. Dapat dikatakan ada peningkatan atau perubahan perilaku dari ibu dalam memberikan makanan bagi balitanya. Dan didapatkan nilai p sebesar 0.000 dimana $p < 0.05$ yang berarti ada pengaruh sebelum diberikan pengaruh kasimazi (kelas modifikasi makanan bergizi) terhadap perilaku ibu memberikan nutrisi kepada balita. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dasuki 2012 yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang gizi dengan perkembangan kognitif balita.

Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian dari Ririn (2016) bahwa ada pengaruh Pos Gizi terhadap pola Asuh Ibu Terhadap Balita. Baik mengenai pola makan, cara menyiapkan dan cara mengolah makanan balita, waktu pemberian makanan yang tepat sehingga meminimalkan balita untuk jajan, dan ibu juga mengetahui makanan jajan yang baik yang dibuat sendiri dirumah.

Kebutuhan nutrisi pada anak dibutuhkan untuk tumbuh dan berkembang setiap anak mempunyai kebutuhan nutrisi yang berbeda dengan karakteristik yang khas dalam mengkonsumsi makanan. Oleh karena itu untuk menentukan makanan yang

tepat pada anak, tentukan jumlah kebutuhan nutrisi dan tentukan pula jenis bahan makanan yang dapat dipilih untuk diolah sesuai dengan menu yang diinginkan (Supartini, 2004). Karena agar tercapai tingkat kesehatan yang optimal diperlukan asupan energi yang seimbang dengan pengeluaran energi. (Francin Paat, 2005)

Pada masa ini orangtua khususnya seorang ibu harus selalu memperhatikan kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi oleh anak dengan membiasakan pola makan yang seimbang dan teratur setiap hari sesuai dengan tingkat kecukupannya. Balita masih belum bisa mengurus dirinya sendirinya dengan baik dan belum bisa berusaha mendapatkan sendiri apa yang diperlukannya untuk makan (naya, 2006). Sehingga diperlukan peran besar dari orang tua terutama ibu dalam pemenuhan nutrisi bagi balitanya.

SIMPULAN

Simpulan dari penelitian yaitu: 1) karakteristik responden menunjukkan rerata berada pada masa dewasa awal; 2) pos gizi dapat meningkatkan pengetahuan dan perilaku ibu dalam memenuhi nutrisi bagi balitanya; 3) ini berarti bahwa ada pengaruh yang bermakna setelah dilakukan kasimazi (kelas modifikasi makanan bergizi) terhadap perilaku ibu memberikan nutrisi kepada balita yaitu $p = 0.000$. penelitian ini membuktikan bahwa pos gizi dapat meningkatkan pemahaman dan merubah perilaku dari orang tua dalam memberikan gizi bagi anaknya.

SARAN

Diharapkan adanya pos gizi disetiap posyandu dan rutin diadakan untuk meningkatkan status gizi bagi masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh responden, dosen

pembimbing, dan pihak Desa Serut Kecamatan Panti, Kabupaten Jember.

KEPUSTAKAAN

Arisman, M.B. 2010. Buku Ajar Ilmu Gizi Dalam Daur Kehidupan. Edisi-2. Jakarta: EGC

Barasi, E.,M. 2009. At a Glance Ilmu Gizi. Erlangga : PT. Glora Aksara Pratama.

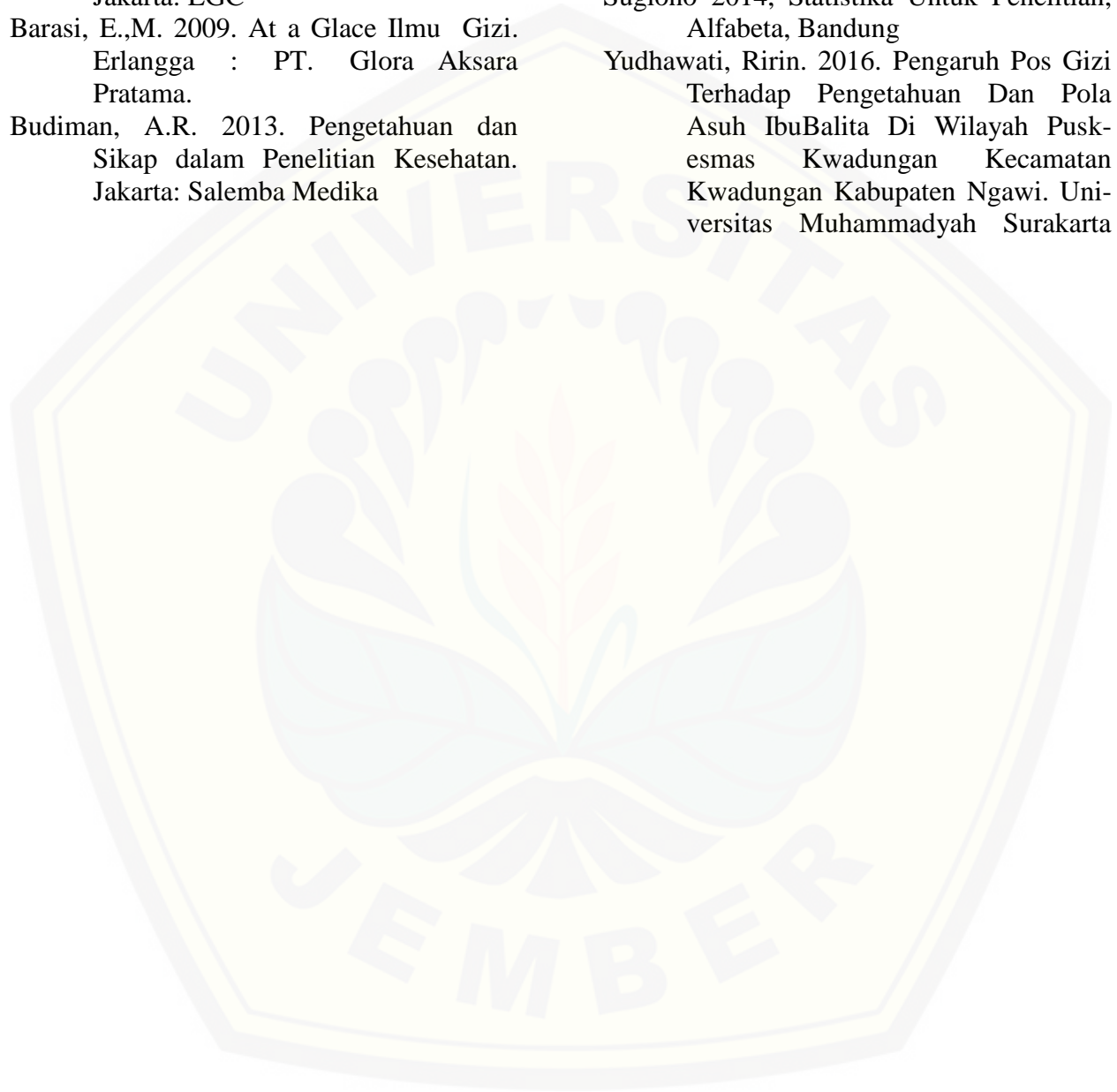
Budiman, A.R. 2013. Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika

Damianus Journal of Medicine; Vol.10 No.1 Februari 2011: hlm. 36–41. Diakses tanggal 7 mei 2018

Dharma, K.K. 2011. Metodologi Penelitian Keperawatan. Jakarta: CV. Trans Info Media

Sugiono 2014, Statistika Untuk Penelitian, Alfabeta, Bandung

Yudhawati, Ririn. 2016. Pengaruh Pos Gizi Terhadap Pengetahuan Dan Pola Asuh IbuBalita Di Wilayah Puskesmas Kwadungan Kecamatan Kwadungan Kabupaten Ngawi. Universitas Muhammadiyah Surakarta



**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN
PENGETAHUAN TENTANG PERILAKU HIDUP BERSIH SEHAT (PHBS) PADA
SISWA SEKOLAH DASAR NEGERI 1 SERUT KECAMATAN PANTI KABUPATEN
JEMBER**

***(THE EFFECT OF HEALTHY EDUCATION ON THE IMPROVEMENT OF
KNOWLEDGE ABOUT BEHAVIOR CLEAN HEALTHY LIVING IN ELEMENTARY
SCHOOL 1 SERUT PANTI JEMBER)***

Rofidatul Inayah^{1*}, Arfajah², Latifa Aini³
^{1,2,3}Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

*e-mail: rofidatul@yahoo.co.id

ABSTRAK

Anak usia sekolah merupakan masa usia anak yang sangat berbeda dengan usia dewasa. Survei terhadap 5 anak sekolah dasar di desa Serut diketahui bahwa sebanyak 50% anak memiliki pengetahuan kurang dan belum mengerti tentang pentingnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), salah satu masalah kondisi kesehatan pribadi seperti makan tidak cuci tangan terlebih dahulu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan tentang PHBS pada anak Sekolah Dasar Negeri 1 Serut Panti Kabupaten Jember. Metode penelitian yang digunakan adalah *Pre Experimental* dengan rancangan *one-group pre-test post-test design*. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling yaitu pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai instrumen penelitian. Populasi penelitian ini adalah siswa kelas IV SD Negeri 1 Serut Panti Kabupaten Jember sebanyak 41 anak. Pembagian sampel menggunakan teknik total sampling. Analisa data yang digunakan adalah analisa bivariat *Uji Paired Sample T test*. Hasil penelitian membuktikan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan ($p= 0,001$) tentang PHBS pada siswa Sekolah Dasar Negeri 1 Serut Panti Kabupaten Jember.

Kata kunci : PHBS, Pengetahuan, Pendidikan Kesehatan

PENDAHULUAN

Sehat adalah hak setiap orang agar dapat melakukan segala aktifitas hidup sehari-hari. Untuk dapat hidup sehat, setiap orang harus menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. PHBS merupakan sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran yang menjadikan individu atau keluarga dapat membantu diri sendiri di bidang kesehatan masyarakat (Depkes, 2005).

Kualitas sumber daya manusia yang mampu bersaing dapat tercipta apabila pengawasan kesehatan dimulai sejak anak

mencapai usia sekolah baik tingkat pra sekolah, sekolah dasar, sekolah menengah pertama dan sekolah menengah atas. Pada usia sekolah dasar (SD), seorang anak perlu mendapat pengawasan terkait kesehatan, hal ini dikarenakan pada tahap tersebut merupakan proses tumbuh kembang yang teratur (Zaviera, 2008).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) setiap tahun 100.000 anak Indonesia meninggal karena diare, sementara berdasarkan data Departemen Kesehatan menunjukkan diantara 1000 penduduk terdapat 300 orang yang terjangkit

penyakit diare sepanjang tahun (Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011). Pelaksanaan program PHBS dikelompokkan menjadi 5 tatanan yaitu PHBS di Sekolah, PHBS di Rumah Tangga, PHBS di Institusi Kesehatan, PHBS di Tempat Kerja dan PHBS di Tempat-tempat umum (Notoatmodjo, 2007).

Promosi kesehatan di lingkungan sekolah sangat efektif karena anak sekolah adalah sasaran yang sangat mudah untuk dijangkau karena telah terorganisasi dengan baik. Selain itu, usia sekolah merupakan kelompok umur yang mudah menerima perubahan. Anak sekolah juga berada dalam tahap tumbuh kembang dimana dalam usia tersebut anak mudah untuk diarahkan, dibimbing, dan ditanamkan kebiasaan-kebiasaan baik (Lucie, 2005).

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan merupakan hasil tahu dan hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Pengetahuan juga termasuk domain yang penting untuk mempengaruhi perilaku seseorang, semakin tinggi pengetahuan yang didapat seseorang maka akan semakin baik pula perilaku yang ditunjukkan, selain itu sikap yang ditunjukkan pun adalah sikap yang positif. Hal ini sejalan dengan pengetahuan seorang anak, semakin baik pengetahuan seorang anak maka semakin baik pula perilaku yang dimilikinya khususnya terkait dengan PHBS (Notoatmodjo, 2010).

Survei terhadap 5 anak sekolah dasar di desa Serut diketahui bahwa sebanyak 50% anak memiliki pengetahuan kurang dan belum mengerti tentang pentingnya PHBS, salah satu masalah kondisi kesehatan pribadi seperti makan tidak cuci tangan terlebih dahulu. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan tentang Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) pada Siswa Sekolah Dasar

Negeri 1 Serut Kecamatan Panti Kabupaten Jember.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *Pre Experimental* dengan rancangan *one-group pre-test post-test design* dimana tingkat pengetahuan anak sekolah mengenai PHBS diukur sebelum dan setelah diberikan perlakuan berupa pendidikan kesehatan.

Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh siswa kelas IV SDN Serut 1 Panti Kabupaten Jember pada bulan Mei tahun 2018. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling yaitu pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007).

Analisis data terdiri dari univariat dan bivariat menggunakan uji-t berpasangan atau *paired t-test*. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Kuesioner dibuat dalam bentuk *multiple choice* mengenai PHBS.

HASIL

Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Responden Menurut Usia

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks
Usia (tahun)	10,10	10,00	0,436	9-11

Tabel 1 menunjukkan rerata usia responden adalah 10,10 tahun (SD = 0,436).

Tabel 2. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

Variabel	Jumlah	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	25	61

Perempuan	16	39
Total	41	100

Tabel 2 menunjukkan lebih banyak responden laki-laki daripada perempuan, yaitu 25 orang (61%).

Hasil Analisa Bivariat

Pengetahuan PHBS siswa kelas IV SD sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan

Tabel 3. Distribusi pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan tentang PHBS

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks
Pre test	66,49	67,00	11,56	46-93
Post test	77,56	80,00	10,81	60-100

Tabel 3 menunjukkan nilai rerata pengetahuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan PHBS adalah 66,49 (SD = 11,56). Skor minimal adalah 46 dan skor maksimal adalah 93. Sedangkan nilai rerata pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan PHBS adalah 77,56 (SD = 10,81). Skor minimal adalah 60 dan skor maksimal adalah 100.

Perbedaan tingkat pengetahuan tentang PHBS sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan

Tabel. 4 Perbedaan tingkat pengetahuan tentang PHBS sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan

Variabel	Mean		t	p-value
	Pre test	Post test		
Pengetahuan	66,4	77,5	-	0,00
n	9	6	10,69	1
			3	

PEMBAHASAN

Hasil analisis univariat terhadap variabel umur dan jenis kelamin menggambarkan usia responden berkisar diantara usia 9-11 tahun, sebagian besar responden berusia 10 tahun yaitu 80,5% dan mempunyai presentase untuk jenis kelamin laki-laki sebesar 61%.

Sebelum dilakukan pendidikan kesehatan tentang PHBS didapatkan nilai mean sebesar 66,49. Setelah dilakukan intervensi didapatkan nilai mean sebesar 77,56. Hal ini menunjukkan adanya suatu peningkatan mean sebesar 11,07 poin. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan tentang PHBS sekecil apapun yang diterima menunjukkan bahwa pada diri individu ada suatu proses berupa penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan ini dapat terjadi karena adanya kontak, baik kontak secara langsung maupun tidak langsung melalui penggunaan panca indera manusia seperti indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba.

Pengetahuan adalah dasar bagi individu untuk melakukan suatu tindakan. Hal ini disebabkan karena adanya suatu kegiatan dari yang sebelumnya tidak tahu menjadi tahu. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Roger (1974) pengetahuan akan mendasari individu dalam berperilaku. Dan sifat tersebut akan langgeng apabila penerimaan perilaku didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif.

Perbedaan tingkat pengetahuan tentang PHBS sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan

Hasil uji Dependent T-Test didapatkan nilai t hitung sebesar -10,693 dan p value = 0,001 < α ($\alpha = 0,05$) maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat pengetahuan sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang PHBS. Peningkatan

pengetahuan dipengaruhi oleh pemberian edukasi yang terstruktur pada responden.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai pengaruh pendidikan kesehatan PHBS dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap tingkat pengetahuan siswa SDN 1 Serut Panti Kabupaten Jember.

SARAN

Hasil penelitian diharapkan dapat diterapkan dalam praktik keperawatan dengan memberikan perhatian khusus terhadap pengetahuan anak sekolah dasar mengenai PHBS. Perawat diharapkan dapat menerapkan pemberian pendidikan kesehatan pada setiap anak, khususnya anak sekolah dasar mengenai PHBS. Sehingga pengetahuan anak sekolah dapat meningkat

dan diharapkan PHBS dapat diterapkan dengan baik dalam kehidupan sehari-hari.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak akademik Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh pihak di SDN 1 Serut Panti Kabupaten Jember.

KEPUSTAKAAN

- Depkes RI. 2005. Promosi Kesehatan dalam Pencapaian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. From <http://www.promosikesehatan.com> diakses tanggal 4 Juni 2018.
- Notoatmodjo, S. 2007. Kesehatan Masyarakat Ilmu & Seni. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Sugiyono. 2007. Statistik Untuk Penelitian. Bandung : CV. Alfab.

EFEK PEMBERDAYAAN KELUARGA TERHADAP PENINGKATAN KOPING KELUARGA DENGAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI DUSUN KARANGASEM DAN DUSUN KRAJAN DESA GLAGAHWERO KECAMATAN PANTI KABUPATEN JEMBER

(EFFECT FAMILY EMPOWERMENT IN INCREASING FAMILY COPING WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 IN THE KRAJAN AND KRAJAN HAMLET, GLAGAHWEROVILLAGE, PANTI DISTRICTS, JEMBER REGENCY)

Tri Buana Ratnasari^{1*}, Ananti Destiari Prasinta²

^{1,2}Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

*email: tribuana@gmail.com, destiariananti@gmail.com

ABSTRAK

Diabetes Militus merupakan penyakit kronis yang diderita oleh pasien seumur hidup. Kondisi ini menjadikan keluarga tertekan dan stress serta banyak keluarga tidak memiliki kemampuan dalam menggunakan strategi koping dalam menghadapi masalah dengan anggota keluarga mengalami diabetes militus tipe 2. Intervensi keperawatan diperlukan untuk meningkatkan kompetensi keluarga dalam menghadapi masalah. Intervensi yang dapat dilakukan adalah pemberdayaan keluarga (*family empowerment*). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pemberdayaan keluarga dalam meningkatkan koping keluarga terkait mengidentifikasi tugas keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, memutuskan tindakan kesehatan, dan merawat kesehatan. Desain dari penelitian ini adalah deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah 6 keluarga dengan seluruh anggota keluarga dan anggota keluarga yang menderita DM tipe 2 dan subyek penelitian ini adalah 6 responden sakit yang dipilih menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Variabel yang digunakan adalah independen (tunggal) yaitu pemberdayaan keluarga. Instrumen penelitian ini menggunakan teknik wawancara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan terkait pemberdayaan keluarga dengan koping keluarga dalam mengidentifikasi tugas keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan dengan baik, mampu memutuskan tindakan kesehatan, dan mampu merawat kesehatan keluarga. Dapat disimpulkan koping keluarga pada anggota keluarga yang menderita DM tipe 2 di Dusun Karangasem dan Dusun Krajan belum dilaksanakan dengan baik.

Kata kunci: Pemberdayaan Keluarga, Koping Keluarga, Diabetes Melitus tipe 2

ABSTRACT

Diabetes Militus is a chronic illness suffered by the patient for life. This condition makes the family depressed and stress and many families do not have the ability to use coping strategies in dealing with family members with type 2 diabetes mellitus. Nursing orders are needed to improve the competence of families in the face of problems. Intervention that can be done is family empowerment (family empowerment). The purpose of this research is to know the empowerment of family in improving family coping related to identify family duty that is know health problem, decide health action, and take care of health. The design of this research is descriptive. The population in this study were 6 families with all family members and family members who suffered from DM type 2 and the subjects of this study were 6 respondents sick selected using Purposive Sampling technique. Variable used is independent (single) that is family empowerment. The instrument of this research use interview technique. The results

showed that there is a relationship related to family empowerment with family coping in identifying family duty that is knowing health problem well, able to decide health action, and able to take care of family health. It can be concluded that family coping of family members suffering from type 2 diabetes in karangasem Hamlet and Krajan Halmet can be done well

Keywords : Family Empowerment, Family Koping, Diabetes Mellitus type 2

PENDAHULUAN

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) tahun 2010, diabetes militus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (Perkeni, 2011). WHO pada tahun 1985 telah membagi penyakit diabetes militus ke dalam lima golongan klinis, yaitu DM tergantung Insulin (DMTI), DM tidak tergantung insulin (DMTTI), DM berkaitan dengan malnutrisi (MRDM), DM karena toleransi Glukosa Terganggu (TGT), dan DM karena kehamilan (GDM) (Dinkes Propinsi Jateng, 2011). Tingginya angka kejadian diabetes millitus di Dusun Krajan dan Dusun Krajan Desa GlagahweroKecamatan Panti Kabupaten Jember dan didukung dengan hasil pengkajian terhadap 6 keluarga yang menderita diabetes militus tipe-2 menunjukkan 70% keluarga hanya memenuhi sebagian kebutuhan penderita diabetes militus, 80% keluarga tidak mampu melaksanakan tindakan terapi yang tepat bagi penderita diabetes militus, 60% keluarga tidak mengetahui prinsip penyebab atau mendapat informasi yang salah tentang diabetes militus, 60% keluarga mengetahui sumber dikomunitas namun tidak menggunakan semuanya untuk menolong penderita diabetes militus. Data lain yang ditemukan adalah umur penderita paling banyak pada usia 50-59 tahun sebanyak 40%, jenis kelamin sama banyak antara laki-laki dan wanita, lama menderita penyakit paling banyak antara 1-5 tahun sebanyak 60%, frekuensi periksa paling banyak adalah tidak periksa secara teratur sebesar 50%. Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar keluarga dengan anggota keluarga menderita diabetes millitus tidak memiliki

koping yang kompeten

Diabetes Militus adalah penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup oleh penderita dan keluarga. Tidak jarang kondisi ini menjadikan penderita dan keluarga jatuh pada kondisi stress. Keluarga berusaha mengatasi dan beradaptasi terhadap situasi tersebut, sakit pada anggota keluarga merupakan stress situasional yang tidak diharapkan oleh keluarga yang dapat menyebabkan masalah kesehatan pada keluarga sering disebut sebagai “ penyakit keluarga” (Foreman 2001, dalam Freidman, 2010). Tidak semua keluarga memiliki koping yang efektif atau kompeten dalam menghadapi masalah anggota keluarga dengan penyakit kronis. Nanda (2012), menjelaskan masalah penurunan koping keluarga sebagai ketidakadekuatan dan ketidakefektifan keluarga membantu klien untuk mengelola dan menguasai tugas adaptif terkait masalah kesehatan. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor yang berhubungan antara lain; sakit yang berlangsung lama dan menghabiskan kemampuan suportif dari keluarga, kurangnya informasi pada keluarga, tidakadekuatnya pemahaman keluarga dan informasi yang tidak benar kepada keluarga tentang masalah kesehatan yang dihadapi keluarga (NANDA, 2012).

Penerapan intervensi keperawatan pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) untuk meningkatkan koping keluarga dengan diabetes militus tipe-2 masih sangat jarang dilakukan oleh perawat dan masih sedikit penelitian yang dilakukan, hal ini terjadi karena banyak peneliti lebih melihat aspek pemberdayaan keluarga pada sisi peningkatan pengetahuan dan sikap saja, tidak sampai pada kemampuan koping keluarga. Keluarga dengan diabetes militus tidak

hanya sisi pengetahuan dan sikap saja yang menjadi tujuan intervensi namun, sampai pada tingkat kemampuan untuk hidup secara sehat dan produktif dengan anggota keluarga mengalami diabetes militus tipe-2.

METODE

Jenis penelitian deskripsi analitik. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) terhadap peningkatan coping keluarga

HASIL

Karakteristik Responden

Karakteristik umur penderita paling banyak pada usia 50-59 tahun sebanyak 40%, jenis kelamin sama banyak antara laki-laki dan wanita, lama menderita penyakit paling banyak antara 1-5 tahun sebanyak 60%, frekuensi periksa paling banyak adalah tidak periksa secara teratur sebesar 50%. Keenam keluarga di Dusun Krajan dan Dusun Krajan Desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember berada pada keluarga tahap 5 dan rata-rata penderita DM tipe 2 ada pada usia dewasa tengah.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan efek pemberdayaan keluarga dapat meningkatkan coping keluarga yang merawat anggota yang menderita DM tipe 2. Dari 6 keluarga di Dusun Krajan dan Dusun Krajan Desa Glagahwero Kecamatan Panti dapat disimpulkan masih kurangnya pemberdayaan keluarga sehingga menyebabkan coping yang tidak efektif pada keluarga. Anggota yang sakit juga merasa kurang diperhatikan oleh keluarga. Hasil penelitian tersebut dapat dijelaskan sesuai dengan konsep Mc Cubbin dalam Friedmen (2010) bahwa coping keluarga adalah merupakan sebuah proses aktif saat keluarga memanfaatkan sumber keluarga yang ada dan mengembangkan perilaku serta sumber baru yang akan memperkuat unit keluarga dan mengurangi dampak peristiwa hidup

penuh stress yang berlangsung cukup lama, coping keluarga menjadi semakin kompleks karena bergeser dari individu menjadi keluarga. Caudle (1993) menyebutkan bahwa beberapa studi dan penelitian menyimpulkan bahwa coping keluarga merupakan kombinasi respon individu dan keluarga dan menggunakan pendekatan kognisi khusus sehingga untuk merubahnya membutuhkan intervensi keperawatan. Peningkatan coping keluarga dapat dijelaskan dengan menggunakan indikator indek coping keluarga yang merupakan rangkuman dari strategi coping yang dimiliki oleh keluarga (Caudle, 1993).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Burr dan Bahr (1993) menyebutkan bahwa dengan menggunakan berbagai coping strategi untuk mengatasi masalah dalam keluarga adalah lebih penting dibanding menggunakan satu atau dua strategi tertentu sepanjang waktu (Burr & Bahr, 1993). Keluarga memiliki strategi coping baik internal maupun eksternal. Strategi coping internal keluarga berusaha menjalin hubungan dengan lingkungan dalam keluarga maupun lingkungan luar keluarga antara lain: mengandalkan kelompok keluarga, membentuk kebersamaan yang lebih besar dan adanya fleksibilitas peran. Strategi Koping internal lain adalah strategi kognitif dimana keluarga berusaha melakukan normalisasi keluarga, pengendalian terhadap makna masalah dengan pembingkai ulang dan penilaian pasif, pemecahan masalah bersama, serta berusaha mendapatkan informasi dan pengetahuan. Strategi internal yang lain adalah Komunikasi, dimana keluarga berusaha mengedepankan keterbukaan dalam komunikasi keluarga, menggunakan strategi humor dan tawa.

Pemberian implementasi keperawatan keluarga berupa pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) berpengaruh terhadap peningkatan coping keluarga. Andren dan Elmstahl (2007) menjelaskan bahwa

meskipun keluarga mengalami masalah psikologis dalam merawat anggota keluarga yang sakit namun pemberian intervensi pemberdayaan dengan menggunakan *caregiver empowerment model* dapat memberikan manfaat terhadap kemampuan keluarga untuk dapat menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Penelitian yang dilakukan oleh Folkman (1996) menjelaskan bahwa terdapat pengaruh yang sangat positif pemberdayaan pada keluarga dengan masalah penyakit kronis terhadap kemampuan pemusatan makna coping keluarga. Penelitian serupa juga pernah dilakukan oleh Jones (2003) yang melaporkan bahwa pemberian intervensi pemberdayaan keluarga menggunakan *caregiver empowerment model* telah dapat mengubah keluarga dalam resiko kerentanan terhadap masalah-masalah yang dapat mengakibatkan keluarga tidak sejahtera. Patricia (2011), merekomendasikan bahwa intervensi keperawatan pemberdayaan keluarga dengan memperhatikan *caregiver empowerment model* dapat digunakan oleh perawat dalam meningkatkan kemampuan individu dan keluarga untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi dengan memperhatikan sumberdaya keluarga yang tersedia.

Johnson juga menjelaskan bagaimana memberdayakan (*empowerment*) keluarga dengan mengatakan bahwa intervensi yang bertujuan membantu keluarga yang beresiko mengalami masalah dapat dilakukan dengan memberikan dorongan atau mobilisasi keluarga dengan membantu keluarga mengenali, mengidentifikasi, dan memanfaatkan kekuatan dan sumber keluarga guna secara positif mempengaruhi kesehatan anggota keluarga yang sakit (Johnson, 2001).

SIMPULAN

Pemberian intervensi keperawatan keluarga pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) berpengaruh terhadap

peningkatan coping keluarga (*family coping*) pada keluarga dengan diabetes mellitus tipe-2. Keluarga yang kurang melakukan pemberdayaan keluarga akan menyebabkan coping yang kurang efektif dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

SARAN

Saran yang dapat peneliti berikan adalah perawat dapat menjadikan pendidikan kesehatan sebagai alternatif dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga pada klien khususnya dengan keluarga yang memiliki coping yang kurang efektif. Maka dari itu intervensi pemberdayaan keluarga perlu dilakukan oleh perawat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada pihak Puskesmas Panti Kabupaten Jember, Kader Dusun Karangasem dan Dusun Krajan ,dan juga kepada responden serta keluarga yang telah membantu dalam terlaksananya penelitian ini.

KEPUSTAKAAN

- Burr, W., & Bahr, K. 1993. Family science. Grove, CA: Brooks/Cole.
- Caudle, P. (1993). Providing culturally sensitive health care to hispanic. Nurse Practitioner , 40-51.
- Depkes. 2008. Pedoman Teknis Penemuan dan Penatalaksanaan Penyakit Diabetes Melitus. Jakarta: DPPTM.
- NANDA. 2012. Nursing Diagnoses : Definitions and Classification 2012-2014. Jakarta: EGC Medical Publisher.
- Perkeni. 2011. Panduan Penatalaksanaan Penyakit Diabetes Militus. Jakarta: Perkeni.RI,

PENGARUH KELAS IBU HAMIL TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN TENTANG ANTENATAL CARE PADA IBU HAMIL DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN MODEL COMMUNITY AS PARTNER DI DUSUN KARANGASEM DESA GLAGAHWERO KECAMATAN PANTI KABUPATEN JEMBER

(THE EFFECT OF PREGNANCY CLASS ON PREGNANT WOMANS KNOWLEDGE ABOUT ANTENATAL CARE USING COMMUNITY AS PARTNER APPROACH IN THE KARANGASEM HAMLET GLAGAHWERO VILLAGE DISTRICTS PANTI OF JEMBER REGENCY)

Bella Alvionitta Gunawan Putri^{1*}, Tri Astutik²

Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

*email: bellaalvionittagunawanputri@gmail.com

ABSTRAK

Kehamilan merupakan masa dimana terjadinya konsepsi hingga terjadi kelahiran bayi antara 38-40 minggu. Tujuan dari penelitian ini yaitu menganalisis efektifitas kelas ibu hamil terhadap peningkatan pengetahuan tentang antenatal care pada ibu hamil di Dusun adean Desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember. Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan menggunakan *quasy experiment*. Sampel penelitian sebanyak 15 ibu hamil diambil menggunakan teknik *random sampling*. Pengumpulan data mengenai kelas ibu hamil dan pengetahuan tentang antenatal care di dapatkan dengan melakukan wawancara serta melakukan pre test dan post test menggunakan soal yang dibuat oleh mahasiswa sesuai dengan indikator dari program kegiatan yang akan dilakukan. Hasil penelitian terdapat kesimpulan bahwa adanya efektifitas dari kelas ibu hamil tentang peningkatan pengetahuan mengenai antenatal care pada ibu hamil yang dibuktikan dengan adanya 10 (66,7%) ibu hamil memiliki perubahan perilaku dalam melakukan kunjungan ANC dan kelas ibu hamil, dimana sebelumnya sebanyak 4 (26,6%) ibu hamil memiliki pengetahuan yang baik. Penelitian ini merekomendasikan pentingnya memberikan kelas ibu hamil secara berkelanjutan guna meningkatkan status kesehatan dari ibu hamil serta mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Kata kunci: Kelas Ibu Hamil, Pengetahuan tentang *Antenatal Care*

ABSTRACT

Pregnancy is a period where conception occurs until the birth of infants between 38-40 weeks. The purpose of this study is to analyze the effectiveness of the class of pregnant women to penenkatan knowledge about antenatal care in pregnant women in Dusun Karangasem Glagahwero Village Panti District Jember District. The type of this research is descriptive analytic by using quasy experiment. The sample of 15 pregnant women was taken using random sampling technique. Data collection on pregnant mothers class and knowledge about antenatal care are obtained by conducting interviews and performing pre test and post test using questions made by students in accordance with indicators of the program activities to be performed. The result of the research concludes that the effectiveness of maternity class about the increase of knowledge about antenatal care in pregnant women as proved by the existence of 10 (66,7%) pregnant women have behavior change in doing ANC and maternal class, where previously 4 (26.6%) of pregnant women have good knowledge. This study rec-

ommends the importance of continuously providing pregnant women classes to improve the health status of pregnant women and reduce maternal and infant mortality.

Keywords : Pregnancy Class, Knowledge about Antenatal Care

PENDAHULUAN

Masa kehamilan merupakan masa yang ditunggu oleh pasangan yang telah menikah. Adapun beberapa perubahan yang terjadi pada pasangan yang telah menikah salah satunya yaitu adaptasi fisiologis dan perubahan psikologis. Akibat adanya perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya risiko komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu. Hal tersebut yang akan menyebabkan terjadinya kasus kematian ibu.

Angka kematian ibu di Indonesia masih tergolong tinggi yaitu 228 per 100.000 kelahiran. Sedangkan di Jember sebanyak 28 kasus. Penyebab dari kematian ibu adalah perdarahan, eklamsia dan infeksi selama kehamilan. Adanya penyebab tersebut jika dapat diketahui dan ditangani sejak dini tidak akan berakibat hingga kematian ibu. Oleh karena itu untuk menghindari terjadinya penyebab yang tidak diinginkan dapat dilakukan pemeriksaan secara rutin untuk menjaga kondisi kesehatan ibu dan janin agar tetap optimal. Program pemeriksaan rutin yang dapat dilakukan adalah antenatal care.

Menurut WHO antenatal care adalah salah satu program terencana yang berupa observasi, edukasi dan penanganan medis untuk ibu hamil agar dapat memperoleh kehamilan dan persalinan yang memuaskan. Antenatal care bertujuan untuk mendeteksi dan mengantisipasi sejak dini adanya gangguan kehamilan dan masalah kehamilan.

Salah satu pilar PHBS di rumah tangga yaitu pemeriksaan ibu hamil ke pelayanan kesehatan. Adanya program dari Puskesmas mengenai kelas ibu hamil dapat digunakan sebagai langkah awal pemberian edukasi mengenai masalah kehamilan dan tanda bahaya kehamilan hingga persalinan serta pentingnya melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin.

Rendahnya cakupan kunjungan Antenatal Care dapat menimbulkan beberapa masalah kesehatan ibu hamil ataupun janin. Masalah kesehatan ibu hamil misalnya risiko kematian ibu hamil, terjadinya perdarahan antepartum, preeklamsia dan infeksi kehamilan. Masalah kesehatan pada janin seperti lahirnya dengan berat badan lahir rendah, bayi prematur dan bayi dengan asfiksia. Dari data yang di dapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember angka kematian ibu di Kabupaten Jember sebanyak 24 untuk tahun 2016, angka kelahiran prematur sebanyak 270 orang dan kejadian asfiksia sebanyak 306 pada tahun 2016 di Kabupaten Jember. Dari data Puskesmas Panti tahun 2017 mulai bulan Januari hingga November 2017 angka kematian ibu sebanyak 0 kejadian, angka kejadian perdarahan post partum sebanyak 5 orang, kasus preeklamsia sebanyak 12 orang, kelahiran prematur sebanyak 15 orang serta kasus kelahiran yang ditolong oleh dukun sebanyak 20 kelahiran di wilayah kerja Puskesmas Panti.

Melihat banyaknya fenomena yang terjadi pada ibu hamil dipicu karena rendahnya tingkat pengetahuan ibu tentang pentingnya kunjungan Antenatal Care dan rendahnya tingkat pendidikan ibu hamil. Solusi yang telah diupayakan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Panti yaitu dengan mengunjungi setiap rumah yang ada ibu hamil dengan didampingi kader setempat. Selain upaya tersebut petugas kesehatan juga sudah memberikan pendidikan kesehatan pada ibu hamil disetiap pertemuan Posyandu.

Melihat banyaknya masalah kesehatan yang terjadi maka dari itu mahasiswa Profesi Ners PSIK Universitas Jember tertarik untuk melakukan mini riset terkait pemberian kelas ibu hamil terkait dengan peningkatan kunjungan pemeriksaan ibu hamil di wilayah Dusun

Karangasem Desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan pendekatan *quasy experiment*. Subyek penelitian ini adalah ibu hamil di Dusun Karangasem. Teknik sampel yang digunakan adalah *random sampling* yang terdiri dari 15 ibu hamil. Pengambilan data dalam penelitian ini dilaksanakan di Dusun Karangasem Desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember pada bulan November 2017 dengan melakukan wawancara tidak terstruktur pada ibu hamil.

Kuesioner penelitian yang digunakan adalah soal pre test dan post test yang sudah dibuat oleh mahasiswa. Etika penelitian pada penelitian ini meliputi *informed consent*, keadilan, kemanfaatan, keanoniman, dan kerahasiaan.

HASIL

Karakteristik Responden

Tabel 1. Rerata Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Dusun Karangasem Desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember

Karakteristik Ibu Hamil	f	Persentase (%)
a. < 20 tahun	5	33,3
b. 20 – 30 tahun	7	46,7
c. > 30 tahun	3	20,0
Total	15	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa frekuensi ibu hamil terbanyak adalah usia 20 - 30 tahun (46,7%).

Tabel 2. Frekuensi Ibu Hamil berdasarkan Tingkat Pendidikan di Dusun Karangasem Desa Glagahwero Kabupaten Jember

Tingkat Pendidikan	f	Presentase (%)
a. Tidak Sekolah	2	13,3

b. SD	8	53,3
c. SMP	3	20,0
d. SMA	2	13,4
Total	15	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa frekuensi ibu hamil terbanyak adalah lulusan SD sebanyak 8 orang (53,3%)

Tabel 3. Frekuensi Ibu Hamil berdasarkan Tingkat Pengetahuan tentang Antenatal care dan Kelas Ibu Hamil di Dusun Karangasem Desa Glagahwero Kabupaten Jember.

Tingkat Pengetahuan	f	Presentase (%)
a. Rendah	8	53,3
b. Cukup	5	33,3
c. Tinggi	2	13,4
Total	15	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa frekuensi ibu hamil yang memiliki pengetahuan tentang Antenatal Care dan Kelas Ibu Hamil terbanyak adalah memiliki pengetahuan rendah sebanyak 8 orang (53,3%).

Tabel 4. Frekuensi Ibu Hamil berdasarkan Rutinitas melakukan Kunjungan Antenatal Care di Pelayanan Kesehatan di Dusun Karangasem Desa Glagahwero Kabupaten Jember

Rutinitas	f	Presentase (%)
a. Rutin	5	33,3
b. Tidak Rutin	10	66,7
Total	15	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa frekuensi ibu hamil yang memiliki rutinitas melakukan kunjungan Antenatal Care terbanyak adalah tidak rutin melakukan kunjungan sebanyak 10 orang (66,7%).

Tabel 5. Frekuensi Ibu Hamil berdasarkan nilai *Pre Test* tentang Kelas Ibu Hamil dan Antenatal Care di Pelayanan Kesehatan di

Dusun Karangasem Desa Glagahwero
Kabupaten Jember

Nilai	f	Presentase (%)
a. Baik	4	26,6
b. Cukup	4	26,6
c. Kurang	7	46,8
Total	15	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa frekuensi ibu hamil berdasarkan nilai *pre test* tentang kelas ibu hamil Antenatal Care terbanyak adalah memiliki nilai yang kurang sebanyak 7 orang (46,8%).

Tabel 6. Frekuensi Ibu Hamil berdasarkan nilai *Post Test* tentang Kelas Ibu Hamil dan Antenatal Care di Pelayanan Kesehatan di Dusun Karangasem Desa Glagahwero Kabupaten Jember

Nilai	f	Presentase (%)
d. Baik	10	66,7
e. Cukup	4	26,7
f. Kurang	1	6,6
Total	15	100

Tabel 6 menunjukkan bahwa frekuensi ibu hamil berdasarkan nilai *post test* tentang kelas ibu hamil Antenatal Care terbanyak adalah memiliki nilai baik sebanyak 10 orang (66,7%).

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Pada tabel 1 diketahui bahwa responden pada penelitian ini adalah ibu hamil yang mayoritas berusia 20 – 30 tahun. Pada usia tersebut ibu hamil cenderung memiliki perubahan psikologis yang berubah dan memiliki pengetahuan yang rendah untuk ibu hamil primigravida.

Pada tabel 2 diketahui bahwa ibu hamil yang mayoritas memiliki pendidikan SD. Pendidikan menentukan dapat atau tidaknya seseorang melakukan adaptasi yang baik terhadap perubahan perilaku baru

yang dialami. Semakin tinggi pendidikan seseorang dapat secara mudah melakukan adaptasi terhadap perubahan dan semakin rendah pendidikan akan sulit untuk melakukan perubahan.

Pada tabel 3 menunjukkan mayoritas ibu hamil memiliki pengetahuan yang kurang. Pengetahuan yang kurang mengenai Antenatal Care dan Kelas ibu hamil dapat berpengaruh terhadap status kesehatan dari ibu hamil. Dimana pengetahuan yang baik akan melakukan segala sesuatu untuk menjaga kehamilan tetap terjaga dan sehat. Pengetahuan yang kurang didasari karena pendidikan yang kurang dan mitos yang ada di masyarakat serta rendahnya keinginan ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal care.

Pada tabel 4 menunjukkan bahwa frekuensi ibu hamil yang memiliki kebiasaan tidak rutin untuk melakukan kunjungan antenatal care. Kebiasaan melakukan kunjungan antenatal care dapat menekan terjadinya gangguan kesehatan pada ibu hamil sejak dini dan menekan terjadinya kasus-kasus yang tidak diinginkan. Kebiasaan melakukan kunjungan ini didasari oleh mitos yang ada dilingkunga tempat tinggal ibu hamil dan perilaku dari orang tua atau mertua yang ikut andil dalam mengambil keputusan seorang ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kesehatan di pelayanan kesehatan.

Pada tabel 5 menunjuktan tentang nilai *pre test* ibu hamil tentang pengetahuan pentingnya melakukan kunjungan antenatal care dan kelas ibu hamil dimana mayoritas ibu hamil memiliki nilai yang kurang. Nilai yang kurang tersebut disebabkan karena faktor kurangnya paparan informasi kesehatan yang di dapatkan oleh ibu hamil. Paparan informasi kesehatan hanya di dapatkan oleh ibu hamil yang memiliki pengetahuan uas dan rutin dalam melakukan kunjungan antenata care ke pelayanan kesehatan guna menjaga kehamilan agar tetap sehat dan terjaga dari kasus yang banyak terjadi pada ibu hamil.

Pada tabel 6 menunjukkan nilai post test yang baik. Karena paparan informasi kesehatan sudah diberikan oleh petugas kesehatan secara rutin. Kelas ibu hamil yang dilakukan setiap minggu dengan perbedaan materi membuat ibu hamil tertarik untuk melakukan kunjungan antenatal care dan mengikuti kelas ibu hamil guna menjaga kesehatan atas kehamilan yang sedang berlangsung.

Berdasarkan model *Community as Partner* ada beberapa faktor yang dapat melatarbelakangi kurangnya pengetahuan ibu hamil terkait dengan pentingnya kunjungan antenatal care dan kelas ibu hamil. Lingkungan fisik yang kurang mendukung dapat menyebabkan kerentanan terhadap status kesehatan ibu hamil. Sistem kesehatan yang dominan di lingkungan ibu hamil berpengaruh terhadap perubahan perilaku untuk mengakses pelayanan kesehatan. Status ekonomi berpengaruh besar terhadap perubahan perilaku yang dimiliki ibu hamil dalam mengambil keputusan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan atau mengakses dan merubah perilaku kesehatan.

Seain beberapa faktor yang sesuai CAP ada satu faktor yang sangat mempengaruhi ibu hamil dalam melakukan tindakan untuk mencari informasi kesehatan yaitu pendidikan. Pendidikan sebagai sub sistem terhadap tingkat pengetahuan seseorang. Bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan seorang ibu hamil tentang informasi kesehatan dapat merubah status kesehatan seorang ibu hamil dalam bertindak dan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian terdapat kesimpulan bahwa adanya efektifitas dari kelas ibu hamil tentang peningkatan pengetahuan mengenai antenatal care pada ibu hamil yang dibuktikan dengan adanya 10 (66,7%) ibu hamil memiliki perubahan perilaku dalam melakukan kunjungan ANC dan kelas ibu

hamil, dimana sebelumnya sebanyak 4 (26,6%) ibu hamil memiliki pengetahuan yang baik dan kini meningkat berkat adanya informasi kesehatan yang disampaikan serta adanya perubahan perilaku dalam melakukan kunjungan ke Posyandu atau pelayanan kesehatan.

SARAN

Saran yang direkomendasikan yaitu melakukan kelas ibu hamil dengan waktu yang banyak yaitu 1 bulan 4 kali atau dalam 1 minggu 1 kali dilakukan kelas ibu hamil dengan berbagai materi yang disampaikan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti menyampaikan terima kasih Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Kepala Puskesmas Panti, Kepala Desa Glagahwero beserta Perangkat Desa Glagahwero, dan Ibu Hamil di Dusun Karangasem Desa Glagahwero yang telah bersedia menjadi responden dalam pelaksanaan penelitian ini.

KEPUSTAKAAN

- Bari, A. 2002. Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka;
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. 2015. Profil kesehatan Jawa Timur tahun 2015. Surabaya : Dinas Kesehatan Jawa Timur;
- Stanhope & Lancaster. 2004. Foundations Of nursing in community health: community oriented practiced. Philadelphia: Mosby Elsevier;
- Lestari, S. 2012. Psikologi keluarga : penanaman nilai dan penanganan konflik dalam keluarga, ed. 1. Jakarta : Kencana Prenadamedia Group;.
- Sukarni, W. 2013. Buku ajar keperawatan maternitas. Yogyakarta: Nuha Medika;.

**PENGARUH SENAM PROLANIS TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH
PADA LANSIA DI DESA GLAGAHWERO KECAMATAN PANTI KABUPATEN
JEMBER**

Lutfiasih Rahmawati^{1*}, Nailul Aizza²

Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

*e-mail: lutfiasih.psik2013@gmail.com

ABSTRAK

Hipertensi merupakan salah satu penyakit degenerative yang banyak ditemukan di Indonesia, ditandai oleh kenaikan tekanan darah diatas nilai normal yang dapat diakibatkan oleh berbagai macam faktor. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh senam Prolanis terhadap penderita hipertensi. Jenis penelitian ini ialah ekperimental lapangan dengan *pre-post test one group design*. Sampel penelitian berjumlah 22 orang lansia yang diperoleh melalui *purposive sampling*. Senam Prolanis dilakukan selama 4 minggu. Analisis data menggunakan uji t berpasangan. Hasil penelitian memperlihatkan terdapat perbedaan bermakna antara tekanan darah sistolik awal dan akhir pada latihan 2 kali/minggu ($p = 0,003 < \alpha = 0,001$); antara tekanan darah diastolik awal dan akhir pada latihan 2 kali/minggu ($p = 0,002 < \alpha = 0,001$). Terdapat perubahan rerata tekanan darah sebelum dan sesudah latihan senam baik pada latihan 2 kali/minggu. Simpulan pada kedua kelompok latihan terdapat penurunan bermakna tekanan darah sistolik dan diastolik setelah senam Prolanis selama 4 minggu berturut-turut.

Kata kunci: senam prolanis, hipertensi

ABSTRACT

Hypertension is one of the degenerative diseases commonly found in Indoensia. It is characterized by an increase of blood pressure above its normal level and is caused by various factors. This study aimed to obtain the influence of Prolanis exercise on hypertensive patients. This was an experimental field study with a pre-post test one group design conducted for 4 weeks. There were 25 respondents in this study obtained by using purposive sampling. Data were analyzed with the paired t-test. The results showed that there were significant differences between before and after two-times-per-week Prolanis exercise in systolic blood pressure ($p = 0,003 < \alpha = 0,001$) and in diastolic blood pressure ($p = 0,002 < \alpha = 0,001$). There were changes in mean blood pressure before and after Prolanis exercise two times per week. Conclusion: In the two groups, there were significant decreases of systolic and diastolic blood pressures after Prolanis exercise for 4 weeks consecutively.

Keywords: senam Prolanis, hypertension

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal, yaitu melebihi 140/90 mmHg. Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Kerusakan organ target yang umum ditemui pada pasien hipertensi adalah

penyakit ginjal kronis, jantung, otak, penyakit arteri perifer, dan retinopati.

Menurut *American Heart Association* (AHA), hipertensi adalah penyakit dimana terjadi peningkatan tekanan darah sistolik >140 mmHg atau tekanan darah diastolik >90 mmHg. Secara umum penyebab hipertensi ialah umur, jenis kelamin, perilaku, aktivitas fisik, tingginya kadar kolesterol darah

serta diabetes melitus. Di Amerika menurut *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHNES III) paling sedikit 30% pasien hipertensi tidak menyadari kondisi mereka, dan hanya 31% pasien yang diobati mencapai target tekanan darah yang diinginkan di bawah 140/90 mmHg. Pada penelitian di Amerika oleh *American Hypertension Association* (2006) ditemukan hanya 68% penderita hipertensi yang mengetahui penyakit tersebut, sisanya sama sekali tidak mengetahui penyakit tersebut, dan diperkirakan 30% penduduknya (kurang lebih 50 juta jiwa), menderita tekanan darah tinggi dengan persentase biaya kesehatan cukup besar setiap tahunnya. Sekitar 80% kenaikan kasus hipertensi terjadi terutama di negara-negara berkembang.

Prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 31,7% dari populasi usia 18 tahun ke atas, dimana jumlah itu 60% penderita mengalami penyakit jantung, gagal ginjal, pada semua umur di Indonesia (Risikesdas, 2010) sampai dengan umur 55 tahun laki-laki lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan dengan perempuan, dari umur 55 tahun sampai dengan 74 tahun, sedikit lebih banyak perempuan dibanding laki-laki yang menderita hipertensi. Pada populasi lansia (umur ≥ 60 tahun), prevalensi untuk hipertensi sebesar 65,4%.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Risikesdas) Nasional tahun 2007 menunjukkan prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran termasuk kasus yang sedang minum obat, secara nasional sebesar 28,3 %. Menurut WHO, batas tekanan darah masih dianggap normal ialah $<130/85$ mmHg, sedangkan bila $>140/90$ mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah didalam arteri. Hipertensi ini sering ditemukan pada usia lanjut. Tekanan sistolik terus meningkat sampai usia 55-60 tahun, kemudian berkurang secara perlahan dan menurun drastis.

Hipertensi pada dasarnya memiliki sifat yang cenderung tidak stabil dan sulit dikontrol. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas).

Olahraga menyebabkan perubahan besar pada sistem sirkulasi dan pernapasan dimana keduanya berlangsung bersamaan sebagai respon homeostatik. Latihan olahraga yang sering digunakan pada penderita hipertensi adalah olahraga aerobik. Banyak bentuk olahraga aerobik yang dapat ditempuh oleh pasien hipertensi antara lain *jogging* dan senam aerobik. Olahraga teratur dapat menurunkan tekanan sistolik maupun diastolik pada orang dengan hipertensi tingkat ringan.

Latihan fisik sangat berpengaruh bagi penurunan tekanan darah dalam meningkatkan imunitas tubuh setelah latihan teratur, mengatur kadar glukosa darah, mencegah kegemukan, meningkatkan sensitivitas reseptor insulin, menormalkan tekanan darah serta meningkatkan kemampuan kerja. Senam aerobik dapat membantu memperbaiki profil lemak darah, menurunkan kolesterol total, *Low Density Lipoprotein* (LDL), trigliserida dan menaikkan *High Density Lipoprotein* (HDL) serta memperbaiki sistem hemostatis dan tekanan darah.

Salah satu program pemerintah yaitu senam Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) merupakan bentuk latihan jasmani aerobik. Senam ini juga termasuk program pemerintah yang dijalankan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS). Prolanis adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan dan BPJS (Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial) Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta yang menyandang penyakit kronis untuk

mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh program Prolanis yang dijalankan oleh BPJS khususnya Senam Prolanis terhadap penurunan tekanan darah.

METODE

Jenis penelitian ini ialah eksperimental lapangan dengan *pre-post group design*. Penelitian dilaksanakan pada bulan November 2015 - Desember 2015 di Klinik Husada Sario Manado. Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling* pada lansia yang didiagnosis hipertensi di Klinik Husada. Kriteria inklusi penelitian ini ialah pasien berumur 40 tahun ke atas penurunan tekanan darah yang bersedia ikut dalam penelitian serta

menandatangani *informed consent*. Responden yang memenuhi kriteria inklusi, dikumpulkan untuk diberikan penjelasan tentang Senam Prolanis. Sebelum latihan senam dilakukan pemeriksaan tekanan darah. Responden dibagi dua kelompok yaitu 2 kali/seminggu dan 3 kali/seminggu selama 4 minggu melakukan latihan senam dalam waktu 30 menit. Setelah diberikan latihan selama 4 minggu, tekanan darah responden diperiksa lagi.

Data dianalisis dengan uji t berpasangan untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan pengamatan. Uji statistik dijalankan dengan menggunakan perangkat lunak SPSS (*Statistical Program For Social Science*) versi 22,0

HASIL

Pada penelitian ini diperoleh respon-den 25 orang penurunan tekanan darah yang telah memenuhi kriteria inklusi (Tabel 1). Jumlah responden perempuan (77,3%) lebih bantak dari laki-laki (22,7%).

Tabel 1. Distribusi frekuensi berdasarkan Jenis kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	(%)
Perempuan	17	77,3
Laki-laki	5	22,7
Total	22	100,0

Pada Tabel 2 dapat dilihat bahwa jumlah responden yang terbanyak ialah berumur 45-55 tahun (54,5%) dan yang paling sedikit ialah berumur 61-70 tahun (18,2%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur

Umur (tahun)	Jumlah	(%)
45-50	12	54,5
51-60	6	27,3
61-70	4	18,2
Total	22	100,0

Tabel 3 memperlihatkan pada kelompok latihan 2 kali/minggu dengan tekanan darah sistolik sebelum latihan 140 mmHg terjadi penurunan sesudah latihan menjadi 130 mmHg; dan tekanan darah diastolik sebelum latihan yaitu 84 mmHg mengalami juga penurunan sesudah latihan menjadi 77 mmHg.

Tabel 3. Kelompok Latihan 2 kali/minggu (Tekanan Darah Sistolik dan Diastolik Sebelum dan Sesudah Latihan)

Tekanan darah Sistolik (mmHg)		Tekanan darah Diastolik (mmHg)	
Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
140	130	84	77

Hasil uji statistik pada kedua kelompok latihan yaitu kelompok latihan 2 kali/minggu rerata tekanan darah sistolik awal dan akhir serta tekanan darah diastolik awal dan akhir maka perlu dilakukan pengujian kenormalan data dengan hasil uji tidak menyebar normal (Sig <0,05); oleh sebab itu dilakukan uji perbedaan yaitu uji Wilcoxon signed

ranks pada masing-masing kelompok latihan (Tabel 4).

Tabel 4. Hasil uji kelompok latihan 2 kali/minggu

	T	Asymp Sig. (1-tailed)
Tekanan Darah Sistolik Akhir - Tekanan Darah Sistolik Awal	6,243	0,001
Tekanan Darah Diastolik Akhir - Tekanan Darah Diastolik Awal	6,197	0,001

Tabel 4 memperlihatkan terdapat perbedaan bermakna antara tekanan darah sistolik awal dan akhir pada latihan 2 kali/minggu ($p = 0,003 < \alpha = 0,001$); terdapat perbedaan bermakna antara tekanan darah diastolik awal dan akhir pada latihan 2 kali/minggu ($p = 0,002 < \alpha = 0,001$);

PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan terhadap 22 orang pasien hipertensi di Desa Glagahwero yang mengikuti senam Prolanis yang dilakukan latihan 2 kali/minggu. Perlakuan berupa senam Prolanis selama 60 menit. Responden didominasi oleh jenis kelamin perempuan (77,3%) (Tabel 1). Umur responden berkisar 45-80 tahun terbanyak pada kisaran 45 – 50 tahun (54,5%) (Tabel 2).

Tabel 3 memperlihatkan bahwa didapatkan penurunan baik tekanan darah sistolik maupun tekanan darah diastolik setelah latihan. Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian oleh Rismayanthi¹³ yang mendapatkan perbedaan bermakna tekanan darah diastolik pada penderita hipertensi stadium sedang sebelum dan sesudah melakukan senam aerobic. Rerata yang diperoleh tekanan darah diastolik sebelum perlakuan sebesar 103,733 dan rerata tekanan darah diastolik sesudah perlakuan sebesar 99,300. Dengan

demikian dapat dikatakan, bahwa terjadi penurunan bermakna dari tekanan darah sesudah perlakuan senam *aerobic low impact* pada penderita hipertensi stadium sedang.

Berdasarkan Tabel 4 terdapat perbedaan bermakna antara tekanan darah sistolik awal dan akhir latihan ($p = 0,003 < \alpha = 0,001$) dan terdapat perbedaan bermakna antara tekanan darah diastolik awal dan akhir latihan ($p = 0,002 < \alpha = 0,001$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna tekanan darah sistolik dan diastolik antara sebelum dan sesudah latihan.

Latihan olahraga yang dilakukan agar dapat berpengaruh terhadap efisiensi kerja jantung. Sebaiknya latihan berada pada intensitas sedang yaitu denyut jantung 150-170/menit. Intesitas sedang $\leq 70-80\%$ dari kapasitas aerobik maksimal. Intesitas latihan adalah lamanya yang dilakukan, khususnya latihan yang bersifat aerobik dan intesitas latihan yang paling penting harus dipenuhi. Frekuensi latihannya 3- 5 kali seminggu dengan lama latihan 20-60 menit sekali latihan. Latihan olahraga dapat menyebabkan dilatasi pembuluh-pembuluh darah sehingga tekanan darah menurun. Orang yang melakukan latihan 3 kali seminggu akan mengalami peningkatan daya tahan kardiorespirasi dan latihan olahraga secara teratur bisa menurunkan resiko penyakit jantung.

Rismayanthi mendapatkan bahwa olahraga aerobik terutama bermanfaat untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan dan daya tahan jantung, paru, peredaran darah, otot-otot, dan sendi-sendi. Senam *aerobic low impact* mempunyai pengaruh besar terhadap tubuh, khususnya terhadap daya tahan paru dan jantung.

Latihan fisik sangat berpengaruh bagi penderita hipertensi untuk meningkatkan imunitas dalam tubuh setelah latihan teratur, meregulasi kadar glukosa darah, mencegah kegemukan, meningkatkan sensitivitas reseptor insulin,

menormalkan tekanan darah serta meningkatkan kemampuan kerja. Senam aerobik dapat membantu memperbaiki profil lemak darah, menurunkan kolesterol total, *Low Density Lipoprotein* (LDL), trigliserida dan menaikkan *High Density Lipoprotein* (HDL) serta memperbaiki sistem hemostatis dan tekanan darah.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian pada 22 responden yang diberi perlakuan senam Prolanis dapat disimpulkan bahwa pada kedua kelompok latihan terdapat penurunan bermakna tekanan darah sistolik dan diastolik setelah senam Prolanis selama 4 minggu berturut-turut.

SARAN

Lansia hendaknya secara teratur melakukan senam prolanis sebagai salah satu perawatan terhadap tekanan darah.

KEPUSTAKAAN

- American Hypertension Association. 2006. *Alternative Treatments Hypertension*. Available form: [http:// healthlibrary. epnet. com/print](http://healthlibrary.epnet.com/print).
- Arnilawaty, Amalia, H., Amirudin, R. 2007. *Hipertensi dan Faktor Resikonya dalam kajian Epidemiologi*. Makassar: Bagian Epidemiologi FKM UNHAS,.
- Barnason, S., Zimmerman, Nieveen, J. 2007. *Effectiveness of Community Health Workers in the Care of People with Hypertension*. *Am J Prev Med*.
- Caspersen, C., Powell, K., Christenson, G. 1985. *Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research*. *Public Health Rep.*; 100:126-31.
- Kamus Kedokteran Dorland. 2010. (31st ed). Jakarta: EGC.
- Puji, I., Heru, S., Agus, S. 2007. *Pengaruh Senam aerobik*. *Media Ners.*;1(2):49-99.

- . 2015. *Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi* (diakses 5 Oktober 2015).
- Kusmana, D. 2006. *Olahraga Untuk Orang Sehat dan Penderita Penyakit Jantung*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia,.
- Kusmana, D. 2002. *Olahraga Bagi Kesehatan Jantung*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia,.
- Riskesdas. 2010. *Laporan Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Riskesdas. 2007. *Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Ridjab, DA. 2005. *Pengaruh Aktifitas fisik terhadap Tekanan Darah*. *Jurnal Kedokteran Atmajaya.*;4(2):73.
- Rismayanthi, C. 2009. *Pengaruh Latihan Senam Jantung Indonesia Terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi* [Tesis]. Yogyakarta: Pps IK UNY.
- World Health Organization. 2010. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Switzerland,.

**LATIHAN GERAK MATA UNTUK KESEHATAN MATA: STUDI KASUS PADA
KELUARGA BINAAN DI DESA KEMUNINGSARI LOR KECAMATAN PANTI
KABUPATEN JEMBER**

**(EYE GESTURE TRAINING FOR EYE HEALTH: CASE STUDY ON FAMILY HOME
CARE IN KEMUNINGSARI LOR VILLAGE, PANTI, JEMBER)**

Misbakhul Anwari¹, Rita Vidyawati², Ropickhotus Salamah³, Mashila Refani⁴, Nur
Winingsih⁵, Dwi Yoga⁶, Rizka Inna⁷, Tantut Susanto^{8*}
^{1,2,3,4,5,6,7,8}Fakultas Keperawatan, Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

*e-mail: tantut_s.psik@unej.ac.id

ABSTRAK

Kebiasaan buruk ini dapat berpengaruh pada sistem-sistem tubuh pada anak sekolah usia 6-12 tahun. Kebiasaan buruk yang dapat mengakibatkan kerusakan pada mata yaitu seperti aktivitas melihat dekat meliputi waktu dan jarak yang dihabiskan untuk membaca, penggunaan komputer, menonton televisi dan bermain *TV game* atau *handphone*, serta lamanya pajanan terhadap cahaya. Hal ini paling banyak disebabkan oleh semakin bertambah usia pada saat perkembangan bola mata maka panjang aksial bola mata juga akan bertambah sehingga cahaya akan jatuh di depan retina. Sarana media visual antara lain televisi, komputer dan video game, dan aktivitas melihat dekat yang terlalu banyak seperti melihat layar komputer, bermain video game, dan menonton televisi yang dapat melemahkan otot siliaris mata dan mengurangi ketajaman mata/visus. Pemeriksaan secara dini perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah pada mata, tetapi dengan menggunakan teknik non farmakologi berupa latihan gerak mata dapat dilakukan. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif pada keluarga Ny. I dengan responden An. A dengan dilakukan pretest dan posttest pengukuran visus/ketajaman mata. Hasil akhir penelitian didapatkan bahwa perubahan visus pada An. A terjadi secara bertahap yaitu pada pertemuan pertama sebesar 20/60 dan pada pertemuan ke-12 didapatkan hasil 39.4/60. Hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara latihan gerak mata terhadap kesehatan mata pada An. A di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember. (p-value = 0,001)
Kata Kunci : Anak sekolah, Visus/ketajaman mata, latihan gerak mata.

PENDAHULUAN

Anak sekolah usia 6-12 tahun merupakan masa dimana anak aktif dalam melakukan segala kegiatannya. Dalam kehidupan sehari-hari, anak sekolah tentu memperoleh hal-hal baru yang dapat mengakibatkan kebiasaan buruk yang pasti akan berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Kebiasaan buruk ini dapat berpengaruh pada sistem-sistem tubuh pada anak sekolah usia 6-12 tahun. Salah satunya akan berpengaruh pada sistem indra yang ada pada anak, utamanya adalah mata. Mata merupakan salah satu indra yang terpenting untuk manusia yang

digunakan untuk melihat benda dan lingkungan sekitar (Ilyas, 2002).

Mata pada anak yang sedang dalam masa tumbuh kembang dapat mengalami kerusakan yang akan berakibat buruk bagi kehidupan akibat kebiasaan buruk yang banyak dilakukan oleh anak. Pada saat usia sekolah, mata akan mengalami pertumbuhan refraksi lambat yang berpuncak pada perkembangan miopia atau rabun jauh. Hal ini paling banyak disebabkan oleh semakin bertambah usia pada saat perkembangan bola mata maka panjang aksial bola mata juga akan bertambah sehingga cahaya akan jatuh di

depan retina (Wojciechowski, 2011 dalam Puspa, dkk, 2018).

Kebiasaan buruk yang dapat mengakibatkan kerusakan pada mata yaitu seperti aktivitas melihat dekat meliputi waktu dan jarak yang dihabiskan untuk membaca, penggunaan komputer, menonton televisi dan bermain *TV game* atau *handphone*, serta lamanya pajanan terhadap cahaya. Kebiasaan yang salah tersebut dapat mengakibatkan kerusakan mata yang disebut dengan miopi (mata minus) (Barliana, 2005). Kelainan tajam penglihatan (*visus*) pada anak usia sekolah merupakan masalah kesehatan yang penting (Fachrian dkk, 2009 dalam Porotu'o dkk 2014).

Menurut penelitian Fachrian dkk, 2015 dalam Puspa, dkk, 2018 menyatakan bahwa sarana media visual antara lain televisi, komputer dan video game, dan aktivitas melihat dekat yang terlalu banyak seperti melihat layar komputer, bermain video game, dan menonton televisi yang dapat melemahkan otot siliaris mata dan mengurangi ketajaman mata/*visus* sehingga mengganggu otot untuk melihat jauh sehingga menyebabkan kelainan tajam penglihatan. Pada penelitian tahun 2010, anak dan remaja menggunakan gadget rata-rata lebih dari 7 jam. Pemakaian gadget berlebihan didefinisikan pada anak berusia di atas 2 tahun yang menggunakan gadget itu lebih dari 2 jam per hari (Puspa, dkk, 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Anggityas menyatakan bahwa rata-rata durasi bermain game online pada anak usia sekolah sebesar 20,80 jam perminggu dan rata-rata nilai *visus* mata anak menurun dengan nilai 0,8 sebanyak 35%.

Faktor lain yang menyebabkan *visus* mata kurang baik adalah faktor genetik dan faktor perilaku atau aktivitas melihat dekat dalam jangka waktu yang panjang, intensitas menonton tv secara terus menerus, intensitas membaca buku secara terus menerus, dan intensitas menggunakan komputer secara terus menerus (National Geographic Indonesia,

2015 dalam Tamboto, dkk, 2015). Lebih dari 90% pengguna komputer mengalami gejala penglihatan seperti mata lelah, penglihatan buram, penglihatan ganda, pusing, mata kering, serta ketidaknyamanan pada okuler saat melihat dari dekat ataupun dari jauh setelah penggunaan komputer jangka lama (Puspa dkk, 2018). Masalah kebutaan pada anak-anak merupakan salah satu masalah kesehatan yang dihadapi oleh dunia terutama negara-negara berkembang seperti Indonesia, dan menurut WHO 3,9% kebutaan disebabkan oleh kebutaan di masa anak-anak. Namun saat ini masih tampak kurangnya perhatian di beberapa daerah Indonesia mengenai masalah gangguan penglihatan khususnya pada anak.

Tajam penglihatan/*visus* merupakan masalah kesehatan yang penting. Deteksi dini dan publikasi mengenai prevalensi dan faktor yang berhubungan dengan kelainan tajam penglihatan di Indonesia masih jarang dilakukan. Sedangkan tajam penglihatan yang baik sangat diperlukan dalam proses belajar mengajar (Tamboto, dkk, 2015). Pemeriksaan rutin pada mata sebaiknya dimulai pada usia dini. Pada anak 2-2,5 tahun, skrining mata perlu dilakukan untuk mendeteksi apakah menderita gangguan tajam penglihatan yang nantinya akan mengganggu aktivitas di sekolahnya pertahun (Menkes RI, 2006 dalam Tamboto dkk, 2015).

Banyak upaya mampu dilakukan untuk meningkatkan kesehatan pada anak sekolah maupun remaja salah satunya dengan latihan. Latihan yang mata direlaksasikan dengan cara digerakkan dengan seksama dan sejajar. Latihan gerak mata baik dilakukan pada anak sekolah yang sedang dalam masa tumbuh kembang untuk merilekskan otot-otot mata, mengurangi atau menghilangkan penyakit mata, dan membuat otot mata dan sekitarnya menjadi elastis dan kuat, serta mempertajam penglihatan.

Pengkajian terkait kesehatan mata pada anak usia sekolah dilakukan oleh mahasiswa program studi pendidikan profesi ners pada tanggal 5 Mei 2018 di RT 1 RW 7 Dusun Summersari Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember. Pengkajian dilakukan pada An. A dan didapatkan hasil, yaitu An. A mengatakan bahwa ia beberapa saat pernah tidak mampu melihat dengan jelas tulisan yang ada di jalan-jalan. Intensitas An. A dalam sehari mampu menonton tv $\pm 8-10$ jam/hari dan didapatkan bahwa An. A juga sering kali main game pada handphonenya $\pm 3-5$ x/hari dengan intensitas 10-20 menit setiap permainan, An. A juga didapati sering bermain gadget dengan jarak dan posisi yang salah. An. A mengatakan bahwa ia sering bermain game dengan gadgetnya sambil tiduran karena dirasa nyaman. Pengkajian juga dilakukan dengan mengukur ketajaman mata/visus dengan uji hitung jari, hasil pengkajian didapatkan hasil visus An. A dengan uji hitung jari yaitu 20/60 sedangkan menurut teori uji hitung jari dapat dilihat terpisah oleh orang normal pada jarak 60 meter.

Upaya yang dilakukan mahasiswa program studi pendidikan profesi ners dalam menangani masalah ini adalah dengan latihan gerak mata. Latihan gerak mata merupakan upaya dalam merelaksasikan mata akibat kebiasaan buruk seperti bermain game, menonton tv terlalu sering dan membaca buku terlalu dekat utamanya pada anak usia sekolah.

Pencegahan penurunan kesehatan mata pada anak usia sekolah dapat dilakukan dengan melakukan latihan gerak mata. Latihan gerak mata merupakan salah satu upaya untuk mempertahankan kesehatan pada mata dengan cara yang optimal dan mudah untuk dilakukan utamanya pada anak usia sekolah. Oleh karena itu dengan menggunakan latihan gerak mata sebagai intervensi untuk merelaksasikan mata pada An. A yang tinggal di RT 1 RW 7 Dusun Summersari Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember, sehingga peneliti

tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Pengaruh Latihan Gerak Mata Terhadap Kesehatan Mata Pada An. A Di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember”.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian studi kasus pada keluarga binaan melalui evaluasi kuantitatif dan kualitatif. Evaluasi kuantitatif dilakukan dengan sebelum dilakukan intervensi peneliti melakukan penilaian pretest dan diakhir akan diberikan posttest. Intervensi dan pendidikan kesehatan terkait kesehatan mata akan diberikan kepada keluarga Ny. I dengan 12 (1 minggu terdapat 2 kali kunjungan) kali tatap muka. Evaluasi kualitatif dilakukan melalui evaluasi perkembangan keluarga binaan selama dilakukan kunjungan rumah. Studi kasus dalam penelitian adalah An. A. Latihan gerak mata merupakan latihan yang diberikan untuk kesehatan mata yang dilakukan selama ± 5 menit. Latihan gerak mata terdiri dari 9 gerakan terhadap bola mata sebagai upaya untuk merilekskan dan menjaga kesehatan mata.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Usia

Pada penelitian ini, responden berusia 12 tahun. Menurut Ilyas (2002), anak sekolah usia 6-12 tahun merupakan masa dimana anak aktif dalam melakukan kegiatan dan hal-hal baru yang dapat mengakibatkan kebiasaan buruk pada sistem-sistem tubuh anak salah satunya adalah mata. Kebiasaan buruk yang dapat mengakibatkan kerusakan pada mata yaitu seperti aktivitas melihat dekat meliputi waktu dan jarak yang dihabiskan untuk membaca, penggunaan komputer, menonton televisi dan bermain *TV game* atau *handphone*, serta lamanya pajanan terhadap cahaya. Kebiasaan yang salah tersebut dapat mengakibatkan kerusakan mata yang disebut dengan miopi (mata minus) (Barliana, 2005).

Lama penggunaan gadget/smartphone

Tabel 1. Distribusi Lama Penggunaan Gadget/Smartphone

Pertemuan	Intensitas Menonton TV	Intensitas Main Game
1	8-10 jam/hr	120 menit/hr

Tabel diatas menunjukkan bahwa pada awal pertemuan An. A memiliki kebiasaan menonton tv ±8-10 jam/hari dan bermain game ±3-5x/hari dengan intensitas 10-20 menit setiap permainan. Setelah dilakukan intervensi pada setiap pertemuan didapatkan bahwa hasil dari intervensi meningkatkan visus/ketajaman mata pada anak dengan hasil akhir visus pada anak yaitu 39.4/60 sedangkan untuk intensitas menonton TV dan main game didapatkan hasil bahwa terjadi penurunan yang bertahap setelah diberikan pendidikan kesehatan terkait kesehatan mata yaitu untuk menonton TV menjadi 5 jam/hari dan untuk main game menjadi 55 menit/hari. Menatap layar ganged dalam waktu yang lama memberikan tekanan tambahan pada mata dan susunan syarafnya. Menggunakan gadget melebihi batas waktu berkaitan pula dengan durasi paparan radiasi yang diterima oleh tubuh. Lamanya radiasi yang menyinari tubuh khususnya mata walaupun dengan intensitas yang rendah akan tetapi dalam jangka waktu lama dapat menyebabkan gangguan fisiologis.

Posisi saat membaca/menggunakan gadget

Pengkajian pada An. A didapatkan bahwa saat pertemuan pertama An. A sering bermain game dengan gadgetnya sambil tiduran karena terasa nyaman. Setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang kesehatan mata didapatkan hasil dengan An. A mengatakan bahwa “selama 6 minggu saya mencoba untuk main hp dan membaca buku dengan cara yang benar agar saya terhindar dari masalah

kesehatan dan kesehatan mata saya tetap terjaga”. Posisi membaca atau bermain gadget dengan tiduran cukup berisiko dan posisi menyebabkan mata mudah lelah. Hal ini membuat jarak buku dengan mata semakin dekat. Saat berbaring, tubuh tidak bisa relaks karena otot mata akan menarik bola mata ke arah bawah, mengikuti letak buku yang sedang dibaca. Mata yang sering beraomodasi dalam waktu yang lama akan cepat menurunkan kemampuan melihat jauh.

Pengaruh Latihan Gerak Mata

Mata merupakan salah satu indera yang sangat sensitif dan mudah terpengaruh oleh paparan lingkungan. Masalah kesehatan sering terjadi dikarenakan kurang peduli akan kesehatan mata. Gaya hidup yang salah mampu menimbulkan terjadinya kerusakan pada mata seperti miopi, iritasi mata, bahkan kebutaan. Deteksi dini untuk kesehatan mata sangat penting dilakukan pada usia dini, akan tetapi pencegahan akan lebih berpengaruh bagi kesehatan mata. Salah satu cara untuk mengatasi masalah kesehatan mata yaitu dengan melakukan latihan gerak mata. Latihan gerak mata dapat membuat otot mata dan sekitarnya menjadi elastis dan kuat, mengurangi ketegangan pada mata serta dapat mempertajam penglihatan apabila dilakukan setiap hari. Menurut Doug Dollemore, Mark Gucci dalam Age Erasers for Men, berpendapat bahwa latihan gerak mata dapat membantu mempertahankan penglihatan dengan melakukan latihan gerak mata setiap hari (Mangoenprasodjo, 2005).

Tabel 2. Distribusi Pretest dan Postest Visus Mata Pada An. A

Pertemuan	Pretest	Post Test
	Visus	Visus
1	20/60	24/60
2	23.8/60	24.6/60
3	24.3/60	26.1/60
4	26.7/60	27.5/60

5	27.5/60	28/60
6	28/60	28.8/60
7	28.7/60	30/60
8	29.8/60	30.2/60
9	30.1/60	30.9/60
10	31/60	35/60
11	34.7/60	37.5/60
12	37.8/60	39.4/60

Tabel diatas didapatkan hasil bahwa pada setiap pertemuan terdapat perubahan yang signifikan untuk visus pada An. A. Perubahan visus terbesar terjadi pada pertemuan pertama dengan perubahan visus pretest sebesar 20/60 dan posttest sebesar 24/60, sedangkan untuk pertemuan ke-10 didapatkan hasil pretest sebesar 31/60 dan posttest 35/60. Hasil akhir penelitian didapatkan bahwa perubahan visus pada An. A terjadi secara bertahap yaitu pada pertemuan pertama sebesar 20/60 dan pada pertemuan ke-12 didapatkan hasil 39.4/60.

Pengaruh Latihan Gerak Mata Terhadap Kesehatan Mata An. A

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan perbesaan yang signifikan terhadap perubahan visus pada An. A sebelum dan sesudah dilakukan intervensi latihan gerak mata. Menurut Mangoenprasodjo (2005), latihan gerak mata signifikan terhadap perubahan kelelahan pada mata, ketajaman pada mata serta merileksasikan ketegangan otot mata. Peneliti Mangoenprasodjo mengungkapkan bahwa latihan gerak mata salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan mata pada segala usia karena tindakan ini tidak memiliki pengaruh yang buruk bagi mata. Hasil penelitian ini didapatkan perubahan yang cukup besar pada prestest hingga posttest di akhir pertemuan ke-12, dengan visus pertemuan pertama sebesar 20/60 dan visus di akhir pertemuan ke-12 sebesar 39.4/60. Dimungkinkan latihan gerak mata mampu meningkatkan visus/ketajaman mata.

KESIMPULAN

Hasil penelitian didapatkan hasil bahwa latihan gerak mata mampu meningkatkan visus/ketajaman mata pada An. A. Latihan gerak mata merupakan upaya yang optimal dilakukan pada anak usia sekolah karena mudah dan dapat dilakukan secara berulang-ulang untuk hasil yang optimal.

KEPUSTAKAAN

- Barliana, JD, Mangunkusumo, VW. 2005. Prevalensi dan faktor resiko miopia pada pelajar kelas tiga dan enam sekolah dasar. *Oftalmologica Indonesiana*;32:74-83.
- Ilyas, S. 2002. Ilmu penyakit mata. Ed 2. Jakarta: Balai penerbit FKUI..
- Mangoenprasodjo, S. 2005. Mata Indah Sehat. Yogyakarta:THINKFRESH.
- Vaughan, DG, Asbury, T, Eva, PR. 2000. *Oftalmologi umum*. Ed 14. Jakarta: Widya Medika..
- Puspa, dkk. 2018. Pengaruh Penggunaan Gadget Terhadap Penurunan Kualitas Penglihatan Siswa Sekolah Dasar. *Global Medical and Health Communication*. Vol 6 (1).
- Porotu'o dkk, 2014. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Ketajaman Penglihatan pada Pelajar Sekolah Dasar Katolik Santa Theresia 02 Kotan Manado. Manado: Universitas Sam Ratulangi.
- Tamboto, dkk. 2015. Gambaran Visus Mata pada Senat Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi. *Jurnal e-Biomedik*. Vol 3 (3).

**PENGARUH SENAM ANTI HIPERTENSI LANSIA TERHADAP PENURUNAN
TEKANAN DARAH LANSIA DI DESA KEMUNINGSARI LOR KECAMATAN
PANTI KABUPATEN JEMBER**

Misbakhul Anwari¹, Rita Vidyawati², Ropickhotus Salamah³, Mashila Refani⁴, Nur
Winingsih⁵, Dwi Yoga⁶, Rizka Inna⁷, Tantut Susanto^{8*}

^{1,2,3,4,5,6,7,8}Fakultas Keperawatan, Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

*e-mail: tantut_s.psik@unej.ac.id

ABSTRAK

Masalah kesehatan yang terjadi pada lansia umumnya adalah penurunan fungsi organ yang memicu terjadinya berbagai penyakit degeneratif termasuk hipertensi. Penyakit degeneratif pada lansia jika tidak ditangani dengan baik maka menurunkan kualitas hidup lansia. Hipertensi merupakan suatu gejala penyakit degeneratif kardiovaskuler yang paling banyak di alami oleh lansia dan belum dapat diketahui dengan pasti penyebabnya. Penatalaksanaan hipertensi pada lansia selain dengan farmakologi dapat pula dilakukan dengan non farmakologi seperti senam anti hipertensi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh senam anti hipertensi lansia terhadap penurunan tekanan darah lansia dengan hipertensi di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan preexperiment design One Group Pre test-post test. Pengumpulan data menggunakan Sphygmomanometer air raksa, sedangkan analisis data menggunakan uji Wilcoxon Signed Rank Test. Hasil dari penelitian ini adalah tekanan darah sebelum pemberian intervensi sebagian besar adalah prehypertension (87,5%), tekanan darah setelah pemberian intervensi senam hipertensi sebagian besar adalah normal (87,5%), dan terdapat pengaruh senam anti hipertensi terhadap tekanan darah lansia di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember (p-value = 0,001).

Kata Kunci : Lansia, senam hipertensi, tekanan darah

PENDAHULUAN

Meningkatnya penduduk lanjut usia dibutuhkan perhatian dari semua pihak dalam mengantisipasi berbagai permasalahan yang ada. Penuaan penduduk membawa berbagai implikasi baik dari aspek social, ekonomi, hukum, politik dan terutama kesehatan (Komnas Lansia 2010).

Meningkatnya populasi lansia ini tidak dapat dipisahkan dari masalah kesehatan yang terjadi pada lansia, menurunnya fungsi organ memicu terjadinya berbagai penyakit degeneratif (Azizah, 2011). Penyakit degeneratif pada lansia ini jika tidak ditangani dengan baik maka akan menambah beban finansial negara yang tidak sedikit dan akan menurunkan kualitas hidup lansia karena

meningkatkan angka morbiditas bahkan dapat menyebabkan kematian (Depkes, 2013). Beberapa penyakit degeneratif yang paling banyak diderita oleh lansia antara lain, gangguan sendi, hipertensi, katarak, stroke, gangguan mental emosional, penyakit jantung dan diabetes melitus (Risksedas, 2013).

Prevalensi hipertensi di dunia diperkirakan sebesar 1 milyar jiwa dan hampir 7,1 juta kematian setiap tahunnya akibat hipertensi, atau sekitar 13% dari total kematian (Gusmira, 2012). Prevalensi hipertensi di Indonesia untuk penduduk berumur diatas 25 tahun adalah 8,3%, dengan prevalensi laki-laki sebesar 12,2% dan perempuan 15,5%. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar Depkes (Risksedas) 2013, sekitar 76% kasus hipertensi di

masyarakat belum terdiagnosis. Hal ini terlihat dari hasil pengukuran tekanan darah pada usia 18 tahun ke atas ditemukan prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 31,7% (Depkes RI, 2013). Hipertensi seringkali ditemukan pada lansia. Dari hasil studi tentang kondisi sosial ekonomi dan kesehatan lanjut usia yang dilaksanakan Komnas Lansia di 10 Provinsi tahun 2012, diketahui bahwa penyakit terbanyak yang diderita lansia adalah penyakit sendi (52,3%) dan Hipertensi (38,8%), penyakit tersebut merupakan penyebab utama disabilitas pada lansia (Kemenkes RI, 2013).

Olahraga seperti senam anti hipertensi mampu mendorong jantung bekerja secara optimal, dimana olahraga mampu meningkatkan kebutuhan energi oleh sel, jaringan dan organ tubuh, dimana akibatnya dapat meningkatkan aliran balik vena sehingga menyebabkan volume sekuncup yang akan langsung meningkatkan curah jantung sehingga menyebabkan tekanan darah arteri meningkat, setelah tekanan darah arteri meningkat akan terlebih dahulu, dampak dari fase ini mampu menurunkan aktivitas pernafasan dan otot rangka yang menyebabkan aktivitas saraf simpatis menurun, setelah itu akan menyebabkan kecepatan denyut jantung menurun, volume sekuncup menurun, vasodilatasi arteriol vena, karena penurunan ini mengakibatkan penurunan curah jantung dan penurunan resistensi perifer total, sehingga terjadinya penurunan tekanan darah (Sherwood, 2005).

Hubungan senam hipertensi terhadap pengendalian tekanan darah lansia sebagaimana disimpulkan dalam penelitian Wahyuni (2015). Penelitian menunjukkan terjadinya perbaikan tekanan darah pada lansia namun tidak mencapai taraf signifikansi yang diinginkan. Tidak tercapainya perbaikan tekanan darah yang diinginkan disebabkan adanya faktor perancu yang berhubungan dengan tekanan darah lansia antara lain pola makan, stress,

aktivitas fisik, genetik serta farmakologi dalam penelitian yang tidak dapat dikendalikan.

Senam anti hipertensi merupakan olah raga yang salah satunya bertujuan untuk meningkatkan aliran darah dan pasokan oksigen kedalam otot-otot dan rangka yang aktif khususnya terhadap otot jantung. Mahardani (2010) mengatakan dengan senam atau berolah raga kebutuhan oksigen dalam sel akan meningkat untuk proses pembentukan energi, sehingga terjadi peningkatan denyut jantung, sehingga curah jantung dan isi sekuncup bertambah. Dengan demikian tekanan darah akan meningkat. Setelah beristirahat pembuluh darah akan berdilatasi atau meregang, dan aliran darah akan turun sementara waktu, sekitar 30-120 menit kemudian akan kembali pada tekanan darah sebelum senam. Jika melakukan olahraga secara rutin dan terus menerus, maka penurunan tekanan darah akan berlangsung lebih lama dan pembuluh darah akan lebih elastis. Mekanisme penurunan tekanan darah setelah berolah raga adalah karena olahraga dapat merilekskan pembuluh-pembuluh darah. Sehingga dengan melebarnya pembuluh darah tekanan darah akan turun.

Skrining tekanan darah telah dilakukan oleh mahasiswa program studi pendidikan profesi ners pada tanggal 26 Mei 2018 di RT 2 RW 6 Dusun Sumbersari Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember. Skrining dilakukan pada 17 lansia didapatkan hasil, yaitu 3 lansia dengan tekanan darah normal, 4 lansia prehipertensi, 6 lansia termasuk hipertensi ringan, dan 4 lansia termasuk hipertensi berat.

Upaya yang dilakukan mahasiswa program studi pendidikan profesi ners dalam menangani masalah ini adalah dengan senam anti hipertensi. Gerakan senam yang dilakukan adalah senam anti hipertensi secara umum perlu gerakan gerakan senam yang disesuaikan dengan

kemampuan gerak lansia yaitu pada senam anti hipertensi.

Pencegahan penurunan fungsional tubuh pada lansia terutama tekanan darah tinggi dapat dilakukan dengan melakukan latihan fisik. Akan tetapi tidak semua latihan fisik sesuai dengan lansia mengingat kemampuan mobilisasi lansia terbatas. Oleh karena itu menggunakan senam anti hipertensi sebagai intervensi untuk menurunkan tekanan darah lansia hipertensi yang tinggal di RT 2 RW 6 Dusun Sumbersari Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul, “Pengaruh Senam Anti Hipertensi Lansia Terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia Di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember”.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan *pre experiment design One Group Pre test-post test* dimana pada desain ini peneliti membandingkan nilai pre test yaitu sebelum dilakukan intervensi dan nilai post test yaitu setelah dilakukan intervensi. Populasi penelitian adalah seluruh lansia yang hadir di kegiatan tersebut. Senam anti hipertensi merupakan aktifitas fisik yang dilakukan berupa gerakan senam khusus penderita hipertensi yang dilakukan selama 4 menit.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik responden

Karakteristik	n	%
Jenis Kelamin		
a. Laki – laki	0	0%
b. Perempuan	8	100%
Umur		
a. 50 – 75 tahun	7	87,5%
b. >75 tahun	1	12,5%

Tekanan Darah Lansia

Tabel 2. Hasil pengumpulan data tekanan darah sistol dan diastol responden diperoleh tendensi statistik

Nilai Statistik	Pre tes		Post tes	
	Sistole	Diastole	Sistole	Diastole
terendah	130	60	110	60
tertinggi	190	100	200	90
rata-rata	151,43	85,36	140	82,10
median	150	90	130	80,00
Standar Deviasi	11,46	8,81	14,53	8,33

Nilai tendensi statistik tekanan darah responden pada pre test diperoleh rata – rata sistole 151,43 mmHg dan rata – rata pre tes diastole 85,36 mmHg. Nilai rata – rata post test sistole 140 mmHg dan rata – rata diastole 82,10 mmHg.

Tabel 3. Hasil Uji Wilcoxon Signed Rank Test

Tekana Darah	X ± SD		p-value
	Pre	Post	
sistole	151,43 ± 11,46	140 ± 14,53	0,001
diastole	85,36 ± 8,81	82,10 ± 8,33	0,001

Pengaruh Senam Hipertensi terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia

Berdasarkan hasil penelitian diketahui terdapat 8 responden yang mengalami penurunan tekanan darah setelah mengikuti senam antihipertensi. Dengan hasil uji statistik diperoleh nilai probabilitas 0,001 maka dapat disimpulkan bahwa senam lansia terbukti membantu menurunkan tekanan darah lebih cepat pada penderita hipertensi yang menjalani pengobatan farmakologis, dibandingkan penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi yang hanya mendapatkan pengobatan secara farmakologis saja. Penelitian ini dilakukan dengan intensitas ringan, frekuensi latihan 1 kali seminggu dengan lama latihan 4-12 menit. Hasil

penelitian ini sesuai dengan pendapat Rigaud yang menyatakan bahwa jenis olahraga yang efektif menurunkan tekanan darah adalah senam lansia dengan intensitas sedang. Frekuensi latihannya 3-5 kali seminggu dengan lama latihan 20-60 menit sekali latihan.

Nilai rata-rata tekanan darah sistol pre test (151,463) lebih tinggi dibandingkan rata-rata tekanan darah sistol post test (130,36) sehingga disimpulkan pemberian intervensi senam hipertensi berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah sistol responden. Nilai rata-rata tekanan darah diastol pre test (95,36) lebih tinggi dibandingkan rata-rata tekanan darah diastole post test (82,14) sehingga disimpulkan pemberian intervensi senam hipertensi berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah diastol responden.

Henuhilli menjelaskan bahwa senam lansia yang terdiri dari latihan pemanasan, latihan inti, dan latihan pendinginan yang mana gerakan-gerakan didalamnya bertujuan untuk menurunkan kecemasan, stres, dan menurunkan tingkat depresi. Penurunan tersebut akan menstimulasi kerja sistem syaraf perifer (autonom nervous system) terutama parasimpatis yang menyebabkan vasodilatasi penampang pembuluh darah akan mengakibatkan terjadinya penurunan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik.

Penelitian yang dilakukan Titin tentang manfaat senam tera terhadap kebugaran lansia didapatkan hasil mampu menunjukkan bahwa senam dapat mempengaruhi tidak hanya stabilitas nadi, namun juga stabilitas tekanan darah, pernafasan dan kadar immunoglobulin, dengan hasil uji analisis statistik untuk kategori tekanan darah sistolik p-value 0.02 berarti $\alpha < p = 0,05$) artinya terdapat perbedaan tekanan darah antara lansia pada kelompok perlakuan dan kontrol.

Menurut Tulak dan Umar (2017), hipertensi pada lansia terjadi akibat proses penuaan pada lansia yaitu terjadi kemunduran fisiologis yang menyebabkan

kekuatan mesin pompa jantung berkurang serta arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku dan, tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut yang mengakibatkan naiknya tekanan darah. Adanya pengaruh senam lansia terhadap penurunan tekanan darah lansia penderita hipertensi disebabkan oleh gerakan berupa senam lansia yang dilakukan oleh lansia merangsang peningkatan kekuatan pompa jantung serta merangsang vasodilatasi pembuluh darah sehingga aliran darah lancar dan terjadi penurunan tekanan darah. Hal tersebut sesuai dengan teori yang kemukakan oleh Maryam (2008) Pada usia lanjut kekuatan mesin pompa jantung berkurang. Berbagai pembuluh darah penting khusus di jantung dan di otak mengalami kekakuan. dengan latihan fisik atau senam dapat membantu kekuatan.

KESIMPULAN

Tekanan darah responden pada pre test diperoleh rata – rata sistole 151,43 mmHg dan rata – rata pre tes diastole 85,36 mmHg. Nilai rata – rata post test sistole 140 mmHg dan rata – rata diastole 82,10 mmHg. Terdapat pengaruh senam hipertensi terhadap tekanan darah lansia di dusun Sumbersari Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Jember.

KEPUSTAKAAN

- Azizah. 2011. Keperawatan lanjut usia. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Profil Kesehatan Indonesia 2013. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Gusmira, S. 2012. Evaluasi Penggunaan Antihipertensi Konvensional dan Kombinasi Konvensional Bahan Alam pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Wilayah Depok. Makara. Kesehatan. Vol. 16: NO. 2. 77-83.
- Kemenkes RI. 2013. Buletin Jendela Data

- dan Informasi Kesehatan. Kemenkes RI. Jakarta.
- Komnas Lansia. 2010. Profil Penduduk Lanjut Usia 2009. Jakarta.
- Mahardani, N.M.A.F. 2010. Pengaruh Senam Jantung Sehat terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi di klub Jantung Sehat Klinik Kardiovaskuler Rumah Sakit Hospital Cinere tahun 2010.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. Kementerian Kesehatan RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Sherwood, L. 2005. Fisiologi kedokteran:dari Sel ke Sistem. Jakarta : EGC.
- Tulak dan Umar. 2017. Pengaruh Senam Lansia Terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia Penderita Hipertensi di Puskesmas Wara Palopo.
- Wahyuni, S. 2015. Pengaruh Senam Hipertensi Terhadap Tekanan Darah ansia di Posyandu Lansia Desa Krandegan Kabupaten Wonogiri. Skripsi: Program Studi S-1 Keperawatan Stikes Kusuma Husada Surakarta. Surakarta

**PEMBERIAN SENAM ANTIHIPERTENSI SEBAGAI UPAYA MENSTABILKAN
TEKANAN DARAH: STUDI KASUS PADA KELUARGA BINAAN DI DESA
KEMUNINGSARI LOR KECAMATAN PANTI KABUPATEN JEMBER**

Misbakhul Anwari¹, Rita Vidyawati², Ropickhotus Salamah³, Mashila Refani⁴,
Nur Winingsih⁵, Dwi Yoga⁶, Rizka Inna⁷, Tantut Susanto^{8*}

^{1,2,3,4,5,6,7,8}Fakultas Keperawatan, Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax. (0331) 323450

*e-mail: tantut_s.psyk@unej.ac.id

ABSTRAK

Hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang terjadi pada sistem kardiovaskuler dan memiliki angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi. menurut WHO pada tahun 2020 Penyakit Tidak Menular (PTM) akan menyebabkan kematian sebesar 73% dan seluruh kesakitan di dunia sebesar 60% (WHO, 2013). Hipertensi dapat diatasi dengan terapi farmakologis dan non farmakologis. Pola perilaku perlu untuk diperhatikan bagi seseorang yang mengalami hipertensi. Pola perilaku seperti pengaturan pola makan, kebiasaan tidur, dan teratur untuk berolahraga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pola perilaku terhadap kestabilan tekanan darah pasien hipertensi. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien kelolaan keperawatan keluarga yaitu Ny. Y yang mengalami hipertensi yang berada di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember. Teknik pengambilan sampel dari penelitian ini berdasarkan pasien kelolaan dalam mata kuliah keperawatan keluarga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pola perilaku mempengaruhi kestabilan tekanan darah pada pasien hipertensi.

Kata kunci: Senam antihipertensi, Tekanan Darah

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan yang serius baik di Indonesia maupun di Dunia. Hipertensi disebut sebagai silent killer atau pembunuh diam-diam, karena penderita hipertensi sering tidak menampakkan gejala. Salah satu tanda penyakit hipertensi adalah terjadinya peningkatan tekanan darah.

Prevalensi hipertensi di dunia diperkirakan sebesar 1 milyar jiwa dan hampir 7,1 juta kematian setiap tahunnya akibat hipertensi, atau sekitar 13% dari total kematian (Gusmira, 2012). Prevalensi di Indonesia dengan umur diatas 25 tahun adalah sebesar 8,3% dengan jumlah prevalensi laki-laki sebesar 12,2% dan perempuan 15,5%. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar Depkes (Riskesdes) 2013, sekitar 76% kejadian hipertensi di masyarakat belum

terdiagnosis. Hal ini didapat dari pengukuran tekanan darah pada usia 18 tahun ke atas ditemukan prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 31,7% (Depkes RI, 2013). Dilihat dari sudut pandang epidemiologi, seseorang yang menderita hipertensi diperkirakan karena beberapa faktor seperti usia, jenis kelamin, genetik, obesitas, merokok, kurang aktivitas fisik, stress, dan asupan natrium berlebih (Babatsikou, 2010).

Fenomena hipertensi di Indonesia sebesar 9,3% yang terdiagnosa tenaga kesehatan atau sedang minum obat 9,4% (Trihono, 2013) menunjukkan bahwa pasien hipertensi masih banyak menggunakan pengobatan dengan menggunakan pengobatan dengan cara terapi farmakologi. Selain terapi farmakologi, terapi nonfarmakologi yang dapat menurunkan tekanan darah adalah senam antihipertensi.

Olahraga seperti senam antihipertensi mampu mendorong jantung bekerja secara optimal, dimana olahraga mampu meningkatkan kebutuhan energi oleh sel, jaringan dan organ tubuh, dimana akibatnya dapat meningkatkan aliran balik vena sehingga menyebabkan volume sekuncup yang akan langsung meningkatkan curah jantung sehingga menyebabkan tekanan darah arteri meningkat, setelah tekanan darah arteri meningkat maka dapat memberikan dampak pada penurunan aktivitas pernafasan dan otot rangka yang menyebabkan saraf simpatis menurun, setelah itu akan menyebabkan kecepatan denyut jantung menurun, volume sekuncup menurun, vasodilatasi arteriol vena, karena penurunan ini mengakibatkan penurunan curah jantung dan penurunan resistensi perifer total, sehingga terjadinya penurunan tekanan darah (Sherwood, 2005).

Senam antihipertensi merupakan olahraga yang salah satu bertujuan untuk meningkatkan aliran darah dan pasokan oksigen kedalam otot-otot jantung dan rangka yang aktif khususnya terhadap otot jantung. Menurut Mahardani (2010) mengatakan bahwa dengan senam atau berolah raga kebutuhan oksigen dalam sel akan meningkat untuk proses pembentukan energi, sehingga terjadi peningkatan denyut jantung, menyebabkan terjadinya curah jantung dan isi sekuncup bertambah. Hal ini menyebabkan tekanan darah meningkat. Setelah beristirahat pembuluh darah akan berdilatasi atau meregang, dan aliran darah akan turun sementara waktu, sekitar 30-120 menit kemudian akan kembali pada tekanan darah sebelum senam. Jika melakukan olahraga rutin dan terus menerus, maka penurunan tekanan darah akan berlangsung lebih lama dan pembuluh darah akan lebih elastis. Mekanisme penurunan tekanan darah setelah berolahraga adalah karena olahraga dapat merilekskan pembuluh darah sehingga tekanan darah akan menurun.

Berdasarkan hasil pengkajian mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Jember pada tanggal 11 Mei di RW 5 – 8 Desa kemuningsari Lor berdasarkan sampel 101 KK didapatkan hasil distribusi penyakit sebanyak 14 (13,9%) KK dengan hipertensi. Pengkajian 28 Mei 2018 terhadap Ny. Y diketahui bahwa saat ini klien mengatakan darahnya sering naik turun tidak stabil. Ketika darahnya naik pasien akan mengalami sakit kepala bagian belakang dan mengatakan sulit tidur. Klien mengatakan ketika darah tinggi akan tidur dan jika sudah tidak tahan dengan sakitnya baru memeriksakan kondisinya ke pelayanan kesehatan. Sehari-hari klien adalah seorang ibu rumah tangga yang sebagian besar waktunya dihabiskan untuk berada di rumah. Banyak waktu yang dihabiskan untuk bersantai selama di rumah. Keluarga Ny. Y merupakan keluarga yang saling peduli dengan anggota keluarganya. Keluarga selalu berada di sisi Ny. Y dalam keadaan apapun. Ketika Ny. Y sakit, maka akan dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat. Berdasarkan analisa situasi dan kondisi maka Mahasiswa Program Profesi Ners Universitas Jember telah melatih keluarga dan Ny. Y untuk melakukan senam antihipertensi.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian studi kasus dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif pada keluarga kelolaan yaitu Ny. Y yang mengalami hipertensi, sebelum dilakukan intervensi peneliti melakukan penilaian pretest dan akan melakukan posttest setelah akhir intervensi pada keluarga kelolaan selama 14 pertemuan. Senam hipertensi merupakan aktifitas fisik yang dilakukan berupa gerakan senam khusus penderita hipertensi yang dilakukan selama 30 menit dengan tahapan 5 menit latihan pemanasan, 20 menit gerakan peralihan dan 5 menit gerakan pendinginan dengan frekuensi 2 kali dalam satu minggu. senam ini

bertujuan untuk melancarkan peredaran darah dan meregangkan otot kaku pada klien yang mengalami hipertensi. Pengumpulan data menggunakan Sphygmomanometer terkalibrasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	n	%
Jenis Kelamin		
Perempuan	1	100
Umur		
43 tahun	1	100

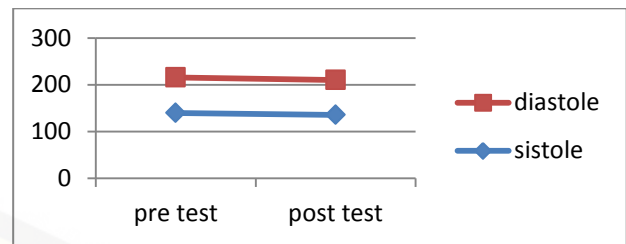
Tekanan Darah Klien

Table 2. Tekanan Darah Klien

Nilai Statistik	Pre test		Post test	
	Sisto l	Dias tole	Sisto l	Dias tole
Pertemuan 1	150	70	150	60
Pertemuan 2	140	80	130	80
Pertemuan 3	150	80	140	70
Pertemuan 4	140	70	130	70
Pertemuan 5	140	90	140	90
Pertemuan 6	130	70	130	80
Pertemuan 7	140	70	130	70
Pertemuan 8	140	80	140	70
Pertemuan 9	150	70	140	70
Pertemuan 10	140	80	140	70
Pertemuan 11	140	80	140	80
Pertemuan 12	130	70	130	80
Pertemuan 13	140	70	130	80
Pertemuan 14	130	80	130	70
Rata-rata	140	75,7	135,8	74,3

Nilai tendensi statistik tekanan darah klien pada awal (pre test) diperoleh rata-rata tekanan darah sistol sebesar 140 mmHg, dan tekanan darah diastol 75,5 mmHg. Selanjutnya nilai tendensi statistik tekanan darah klien setelah intervensi (post test) diperoleh rata-rata tekanan darah sistol sebesar 135,8 mmHg dan tekanan darah diastole sebesar 74,3 mmHg.

Penurunan rata-rata tekanan darah sistol dan diastole pretest ke post test klien ditampilkan pada Grafik 1.



Gambar 1. Grafik Penurunan Rata-rata Tekanan Darah

Nilai rata-rata tekanan darah sistol pre test (140) lebih tinggi dibandingkan rata-rata tekanan darah sistol post test (135,8) sehingga disimpulkan pemberian intervensi senam hipertensi berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah sistole klien. Nilai rata-rata tekanan darah diastole pre test (75,7) lebih tinggi dibandingkan rata-rata tekanan darah diastole post test (74,3) sehingga disimpulkan pemberian intervensi senam hipertensi berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah diastole klien.

KESIMPULAN

Berdasarkan dari hasil pembahasan, dapat disimpulkan bahwa klien tekanan darah klien sebelum pemberian intervensi dengan rata-rata nilai pre test sistole 140 mmHg termasuk dalam klasifikasi stadium 1 dan diastole rata-rata 75,5 termasuk dalam klasifikasi normal. Tekanan darah klien setelah pemberian intervensi senam antihipertensi memiliki nilai rata-rata sistol sebesar 135,8 termasuk dalam klasifikasi prehipertensi dan nilai rata-rata diastole sebesar 74,3 termasuk dalam klasifikasi normal. Terdapat pengaruh senam antihipertensi terhadap tekanan darah klien di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember.

KEPUSTAKAAN

Departemen Kesehatan Republik Indonesia., 2013, Profil Kesehatan

- Indonesia 2013, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Gusmira, S., 2012, Evaluasi Penggunaan Antihipertensi Konvensional dan Kombinasi Konvensional Bahan Alam pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Wilayah Depok, Makara, Kesehatan, Vol. 16, NO. 2. 77-83.
- Kemenkes RI, 2013, Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan, Kemenkes RI, Jakarta.
- Komnas Lansia., 2010, Profil Penduduk Lanjut Usia 2009, Jakarta.
- Mahardani, N.M.A.F., 2010, Pengaruh Senam Jantung Sehat terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi di klub Jantung Sehat Klinik Kardiovaskuler Rumah Sakit Hospital Cinere tahun 2010.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)., 2013, Kementerian Kesehatan RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Sherwood, L., 2005, Fisiologi kedokteran:dari Sel ke Sistem, EGC, Jakarta.

PENGARUH REBUSAN DAUN SALAM TERHADAP PENURUNAN TEKANAN DARAH PADA LANSIA PENDERITA HIPERTENSI DI WISMA SERUNI UPT PSLU JEMBER

Susi Wahyuning Asih

Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

*e-mail: susiwahyuningasih@gmail.com

ABSTRAK

Hipertensi merupakan salah satu bentuk penyakit kronis pada lansia. Perubahan fisiologis pada lansia mengindikasikan perlunya pendekatan lain untuk menangani hipertensi, seperti dengan menggunakan terapi herbal. Salah satu bentuk terapi herbal yang dapat digunakan untuk mengatasi hipertensi adalah daun salam. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh daun salam terhadap penurunan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi di UPT PSTW Jember. Penelitian ini adalah penelitian pre eksperimental dengan pendekatan one group pre post test design. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia dengan hipertensi yang tinggal di UPT PSTW Jember sejumlah 45 orang. Responden diambil dengan teknik total sampling. Responden diberi air rebusan daun salam sebanyak 1 gelas, dua kali sehari selama 2 minggu. Tekanan darah responden diukur dengan menggunakan sphygmomanometer. Analisis statistik menunjukkan uji t test untuk tekanan darah sistolik adalah 0,000 dan 0,087 untuk tekanan darah diastolik. Sehingga dapat disimpulkan bahwa air rebusan daun salam berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah sistolik dan tidak berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah diastolik lansia dengan hipertensi. Oleh karenanya, daun salam dapat digunakan sebagai salah satu terapi herbal untuk menurunkan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi.

Kata kunci : lansia, hipertensi, daun salam

ABSTRACT

Hypertension is one of chronic disease of elderly. Physiological changes in elderly indicated the need of other approach to cure hypertension, such as the use of herbal therapy. One of herbal therapy that can be use to cure hypertension is Syzygium Polyanthum. This study is conduct to find out the effectiveness of Syzygium Polyanthum to decrease blood pressure in elderly with hypertension. It's a pre experimental study with one group pre post test design. The population are elderly with hypertension who lived in PSTW Jember counted 45 elderly. The respondents are taken by total sampling. The respondents was given a glass of boiled water of Syzygium Polyanthum, twice a day for two weeks. The blood pressure was measured by using sphygmomanometer. Statistical analysis using paired t test show p value 0,000 for sistolic blood pressure and 0,087 for diastolic blood pressure. It can be conclude that the boiled water of Syzygium Polyanthum are effervative to decrease the sistolic blood pressure but not effective to decrease the diastolic blood pressure in elderly with hypertension.

Key words : elderly, hypertension, Syzygium Polyanthum

PENDAHULUAN

Penuaan merupakan hal normal yang terjadi pada setiap orang (Stanley, 2007). Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan - lahan

kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan fungsi yang diderita

(Constantindes, 1994 dalam dazpecta, 2012). Hipertensi seringkali disebut sebagai pembunuh gelap (*silent killer*), karena termasuk penyakit yang mematikan, tanpa disertai dengan gejala-gejalanya lebih dahulu sebagai peringatan bagi korbannya. Kalaupun muncul, gejala tersebut seringkali dianggap gangguan biasa, sehingga korbannya terlambat menyadari akan datangnya penyakit (Sustrani, 2006).

Hipertensi pada lanjut usia sebagian besar merupakan hipertensi sistolik terisolasi (HST), meningkatnya tekanan sistolik menyebabkan besarnya kemungkinan timbulnya kejadian stroke dan infark myocard bahkan walaupun tekanan diastoliknya dalam batas normal (*isolated systolic hypertension*). *Isolated systolic hypertension* adalah bentuk hipertensi yang paling sering terjadi pada lansia. Pada suatu penelitian, hipertensi menempati 87% kasus pada orang yang berumur 50 sampai 59 tahun. Adanya hipertensi, baik HST maupun kombinasi sistolik dan diastolik merupakan faktor risiko morbiditas dan mortalitas untuk orang lanjut usia. Hipertensi masih merupakan faktor risiko utama untuk stroke, gagal jantung penyakit koroner, dimana peranannya diperkirakan lebih besar dibandingkan pada orang yang lebih muda (Kuswardhani, 2007).

Berbagai cara dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri dari gejala yang ditimbulkan, salah satunya adalah dengan menggunakan terapi herbal seperti daun salam. Daun salam merupakan salah satu daun yang biasa digunakan oleh para Ibu rumah tangga untuk penyedap dan pengharum masakan. Manfaat daun salam tidak hanya digunakan untuk menambah cita rasa pada masakan saja, namun juga dapat dijadikan obat tradisional mencegah sekaligus menyembuhkan beberapa penyakit yang ada di tubuh. Kandungan vitamin dan mineral yang ada pada daun salam sangat baik untuk kesehatan tubuh. Daun salam untuk obat herbal ini sudah

dikenal sejak dulu, namun sayangnya belum terkenal seperti obat herbal lainnya

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di UPT PSTW Jember pada tanggal 28 Maret 2018, didapatkan data jumlah lansia yang tinggal diwisma seruni berjumlah 15 orang, 4 diantaranya lansia perempuan dan 11 orang laki - laki. Diketahui dari hasil pemeriksaan kesehatan, bahwa terdapat 9 lansia yang tinggal di wisma seruni memiliki tekanan darah cukup tinggi. Hasil wawancara dengan 9 orang lansia yang mengalami hipertensi diketahui 2 (20%) diantaranya rutin memmeriksakan diri dan peduli terhadap kesehatan, sedangkan 6 lansia lainnya peduli terhadap kesehatan akan dirinya masih kurang. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi efektifitas rebusan daun salam terhadap hipertensi pada lansia di UPT PSTW Jember.

METODE

Desain penelitian yang digunakan adalah *pre experimental* dengan pendekatan *one group pre-post test design*, yaitu mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Populasi dalam penelitian ini adalah 45 lansia penderita hipertensi di UPT PSLU Jember dengan teknik *total sampling* seluruh populasi dijadikan sampel penelitian.

Responden diberikan minuman air rebusan daun salam sebanyak 1 gelas dua kali sehari selama 2 minggu. Tekanan darah diukur sebelum dan setelah tindakan. Data selanjutnya diolah dengan uji *t* berpasangan untuk mengetahui pengaruh air rebusan daun salam dalam menurunkan tekanan darah lansia dengan hipertensi.

HASIL

Tabel 1. Karakteristik Umum Responden

Karakteristik	n	%
Usia		
60 - 69	5	11,2
70 - 79	20	44,4
80 - 89	20	44,4

Tingkat Pendidikan		
SD	10	22,2
SMP	15	33,3
SMA	20	44,4
Jenis Kelamin		
Laki - laki	40	88,9
Perempuan	5	11,2
Jumlah	45	100

Berdasarkan data pada tabel 1 dapat dilihat bahwa mayoritas responden berusia 70 – 79 tahun dan 80 -89 tahun, dengan tingkat pendidikan SMA dan berjenis kelamin laki – laki.

Tabel 2. Tekanan Darah Responden Sebelum dan Setelah Tindakan

Variabel	Mean	Std. deviasi	P value
Sistolik pre	154,444	± 18,104	0,000
Sistolik post	140,00	± 15,811	
Distolik pre	90,00	± 7,0710	0,087
Siastolik post	75,555	± 8,8191	

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa terdapat perubahan rerata tekanan darah sistolik responden dari 154,444 mmHg sebelum diberi minum air rebusan daun salam menjadi 140 mmHg setelah dilakukann. Uji t berpasangan menunjukkan p value 0,000 yang artinya H0 ditolak dengan kata lain air rebusan daun salam berpengaruh dalam menurunkan tekanan darah sistolik lansia dengan hipertensi. Sedangkan rerata tekanan darah diastolik sebelum dilakukan tindakan adalah 90 mmHg menjadi 75,55 mmHg setelah dilakukan tindakan. Uji t berpasangan menunjukkan p value 0,087 lebih besar dari α 0,05 yang berarti H0 diterima, atau air rebusan daun salam tidak

berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah diastolik lansia dengan hipertensi.

PEMBAHASAN

Secara fisiologis pada lansia terjadi peningkatan kekakuan areteri besar yang berkontribusi terhadap terjadinya peningkatan tekanan darah sistolik (Pinto, 2007). Kekakuan arteri, disregulasi otonom dan proses menua pada ginjal berperan dalam patofisiologi terjadinya hipertensi pada lansia. Pada golongan usia yang lebih muda, laki – laki cenderung mengidap hipertensi dibandingkan perempuan karena perempuan memiliki estrogen sebagai pelindung dari resiko penyakit kardiovaskuler. Namun sejalan dengan peningkatan usia dan memasuki usia menopause maka kemungkinan perempuan dan laki-laki untuk mengidap hipertensi adalah sama.

Daun salam dapat menurunkan kadar trigliserida serum karena daun salam mengandung beberapa senyawa seperti saponin, flavonoid, tanin dan niasin. Flavonoid dalam daun salam berfungsi sebagai antioksidan yang mampu mencegah terjadinya oksidasi sel tubuh. Semakin tinggi oksidasi semakin tinggi prevalensi terjadinya penyakit degeneratif, jadi kandungan flavonoid daun salam dapat mencegah terjadinya hipertensi dan menurunkan kolesterol darah. Tanin berfungsi sebagai antioksidan dan hipokolesterolemia. Tanin bekerja dengan cara bereaksi dengan protein mukosa dan sel epitel usus sehingga menghambat penyerapan lemak. Saponin yang berfungsi mengikat kolesterol dengan asam empedu sehingga dapat menurunkan kadar kolesterol.

Kandungan dalam daun salam menstimulasi penurunan kolesterol dalam darah, sehingga membantu mempertahankan elastisitas pembuluh darah. Terbukti dengan adanya penurunan rerata tekanan darah sistolik responden dari 154,44 mmHg menjadi 140 mmHg .

Park et al (2015) menyebutkan bahwa tekanan diastolik menggambarkan

penutupan katup aorta, besaran energi pada serat elastik arteri besar selama sistolik dan tahanan aliran darah dalam arteriol hingga kapiler. Penutupan katup aorta saat diastol dan daya recoil serat elastis aorta dan arteri besar mengatur aliran darah, meski saat jantung dalam kondisi relaksasi. Pinto (2007) berpendapat bahwa tahanan vaskuler perifer bertanggung jawab pada peningkatan tekanan diastolik, terutama pada lansia. Peningkatan tahanan vaskuler perifer dapat dipengaruhi oleh penurunan elastisitas arteri. Hasil penelitian menunjukkan adanya perubahan rerata tekanan darah diastolik responden dari 90 mmHg menjadi 75 mmHg namun hasil uji t berpasangan menunjukkan p value 0,087 yang berarti tidak ada pengaruh air rebusan daun salam terhadap perubahan tekanan darah diastolik responden. Hal ini sesuai dengan pendapat Pestana (2015) yang menyebutkan bahwa secara fisiologis akibat proses menua pada sistem kardiovaskuler disebutkan bahwa pada lansia yang berusia di atas 60 tahun tekanan diastolik akan mengalami sedikit perubahan atau bahkan menetap.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa lain air rebusan daun salam berpengaruh dalam menurunkan tekanan darah sistolik lansia dengan hipertensi namun tidak berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah diastolik lansia dengan hipertensi.

SARAN

Peneliti menyarankan agar lansia dengan hipertensi dapat mengaplikasikan penggunaan daun salam sebagai salah satu bentuk terapi herbal untuk menangani hipertensi, khususnya pada lansia

KEPUSTAKAAN

Agus, P. 2000, Kedaruratan Medik: Pedoman Penatalaksanaan Praktis, Binarupa Aksara, Jakarta.
Arikunto, S. 2010. Prosedur penelitian: Suatu Pendekatan Praktik.(Edisi

Revisi). Jakarta: Rineka Cipta
Bustan. 2007. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Jakarta: Rineka Cipta

Cahyono, S. 2008. Gaya Hidup dan Penyakit Modern. Yogyakarta: Kanisius

Departemen Kesehatan RI. 2012. Pharmaceutical Care untuk Penyakit Hipertensi. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Evelyn, C.P. 1999, Anatomi dan Fisiologi Untuk Paramedis, Penerbit PT Gramedia, Jakarta.

Fauzi. I. 2014. Buku Pintar Deteksi Dini Gejala dan Pengobatan Asam Urat, Diabetes dan Hipertensi. Yogyakarta: Araska.

Junaedi, E. 2013. Hipertensi Kandas Berkat Herbal. Jakarta Selatan

Kristanti, H. 2013. Mencegah dan Mengobati 11 Penyakit Kronis. Citra Pustaka: Yogyakarta.

Ni Kadek, et al. 2014. Pengaruh Kombinasi Jus Seledri, Wortel dan Madu Terhadap Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas II Denpasar Barat. Artikel Penelitian, Stikes Bina Husada

Nugroho, W. 2010. Keperawatan Gerontik dan Geriatrik. Jakarta: EGC.

Nursalam.2009. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian

Notoatmodjo, S. 2010. Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta:Rineka Cipta.

Patricia, GM., et.al. 2011. Keperawatan Kritis: pendekatan asuhan holistic ed.8; alih bahasa, Nike Esty wahyuningsih. Jakarta: EGC

Parker, M. & Smith, M., 2010. Nursing Theories and Nursing Practice. Philadelphia: F A Davis Company.

Park, J. B., Kario, K. & Wang, J. G., 2015. Systolic Hypertension: An Increasing in Clinical Challenge in Asia. Hypertension Research, 5(38), pp. 227 - 236.

Pestana, M., 2002. Hypertension in Elderly. *International Urology and Nephrology*, Volume 3, pp. 563 - 569.



PENGARUH TERAPI REMINISCENCE TERHADAP FUNGSI KOGNITIF LANSIA DI UPT PSTW BONDOWOSO

Sofia Rhosma Dewi

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

8e-mail: sofiahosma84@gmail.com

ABSTRAK

Pada masa tua banyak sekali masalah yang terjadi, salah satunya adalah fungsi kognitif. Penurunan fungsi kognitif pada lansia belum mendapatkan penanganan yang maksimal. Salah satu bentuk terapi untuk fungsi kognitif lansia adalah terapi Reminiscence. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh terapi Reminiscence terhadap peningkatan fungsi kognitif lansia di UPT PSTW Bondowoso. Penelitian ini adalah penelitian pra eksperimental dengan pendekatan pre – post test design. Populasi dalam penelitian ini adalah 81 lansia yang tinggal di UPT PSTW Bondowoso. Responden yang terlibat dalam penelitian ini adalah 20 lansia yang diambil dengan purposive sampling dengan kriteria inklusi lansia yang kooperatif, mudah diajak berkomunikasi dan bersedia menjadi responden. Penelitian dilakukan selama bulan Maret 2018. Responden terbagi dalam 4 kelompok. Setiap kelompok melakukan terapi Reminiscence selama 90 menit setiap sesi dan dalam dua minggu dilakukan tiga sesi untuk masing- masing kelompok. Fungsi kognitif lansia diukur dengan menggunakan MMSE sebelum dan sesudah tindakan. Analisa data dilakukan dengan menggunakan uji wilcoxon. Hasil uji wilcoxon menunjukkan p value 0.09 lebih kecil dari α 0.05 sehingga H0 ditolak artinya ada pengaruh terapi Reminiscence terhadap peningkatan fungsi kognitif lansia. Terapi ini direkomendasikan sebagai salah satu terapi yang dapat dilakukan dalam upaya mempertahankan fungsi kognitif lansia.
Kata kunci : lansia, fungsi kognitif, terapi reminiscence

ABSTRACT

There are so many problem that happen in older age, one of them is decreasing of cognitive function. This problem hasn't get maximum intervention. One of therapy that can be done to maintain elderly's cognitive function are reminiscence therapy. This study is conduct to find out the effectiveness of reminiscence therapy to maintain elderlys cognitive function in Bondowoso state nursing home. It's a pre experimental study with pre and post test approach. The population are 81 elderly living in Bondowoso state nursing home. The respondents who taking a part in this study are 20 elderly taken by purposive sampling including elderly who are cooperative, easy to communicate with and agree to taking a part as respondent. This study is conduct in March 2018. The respondents are divided into 4 groups. Each group is doing reminiscence therapy for 90 minutes at each session and three sessions were done within two weeks. Elderlys cognitive function was measured by using MMSE before and after the therapy. Data analysis using wilcoxon signed test show p value 0.09 mean reminiscence therapy is effective in maintainig elderly's cognitive function. Since it effectiveness, this therapy is recommended to be done in order to maintain elderly's cognitive function.

Keywords : elderly, cognitive function, therapy reminiscence

PENDAHULUAN

Proses menua merupakan proses fisiologis yang dihadapi oleh setiap orang.

Usia permulaan tua menurut UU nomor 13 tahun 1998 tentang lanjut usia menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah

usia (Nugroho, 2008). Pada masa tua banyak sekali masalah yang terjadi, salah satunya adalah fungsi kognitif. Penurunan fungsi kognitif ini biasanya ditandai dengan adanya gangguan mengingat dan mempelajari suatu hal yang baru, gangguan kelancaran bicara, keliru mengenali tempat dan waktu, orang atau benda, sulit menghitung, tidak mampu lagi membuat rencana, tidak dapat mengatur kegiatan, tidak dapat mengambil keputusan, penurunan konsentrasi dan tingkat kewaspadaan. Penurunan fungsi kognitif pada lansia dapat menyebabkan beberapa penyakit berbahaya yang dapat membahayakan lansia, misalnya demensia. Lansia yang mengalami demensia sangat beresiko mengalami jatuh, bahkan terjadi kecelakaan apabila kurang pengawasan dari keluarga (Sumijatun, 2005).

Meningkatnya populasi lansia akan dapat menimbulkan masalah – masalah penyakit usia lanjut pada lansia. Jumlah penduduk lansia di Indonesia pada tahun 2006 sebesar ± 19 juta (8,9%), pada tahun 2010 sebesar 23,9 juta (9,77%), sedangkan pada tahun 2020 diperkirakan sebesar 28,8 juta (11,34%) (Badan Pusat Statistik, 2010). Menurut data Departemen Kesehatan tahun 1998, di Jawa Timur terdapat 7,2% populasi lansia untuk kasus demensia. Sebanyak 5% lansia usia 60 – 74 tahun mengalami penurunan fungsi kognitif dan menderita penyakit demensia dan diperkirakan akan meningkat dua kali lipat setiap 5 tahunnya mencapai lebih dari 45% pada usia di atas 85 tahun (Nugroho, 2008).

Fenomena peningkatan proporsi populasi lansia juga terjadi di kota Bondowoso. Setiap tahun terjadi peningkatan jumlah lansia di UPT PSTW Bondowoso sebesar 4 – 7 %. Hal ini sedikit banyak juga berkontribusi terhadap terjadinya berbagai macam masalah lansia seperti kemunduran fisik, mental, sosial, produktifitas kerja, komunikasi dan terbatasnya aksesibilitas di Indonesia. Salah satu masalah yang timbul akibat

proses menua adalah timbulnya gangguan kognitif.

Gangguan kognitif dapat dicegah dengan memperbanyak aktifitas gerak dan pemikiran yang melibatkan otak bagian kanan dan kiri (Khuluq, 2009). Fenomena yang terjadi di lapangan menunjukkan bahwa penurunan fungsi kognitif pada lansia belum mendapatkan penanganan yang maksimal. Teknik yang selama ini digunakan memiliki kelemahan tersendiri sehingga tujuan peningkatan fungsi kognitif belum maksimal untuk dicapai. Teknik peningkatan fungsi kognitif lansia harus dibuat lebih mudah dan efektif. Salah satunya adalah terapi Reminiscence. Reminiscence merupakan salah satu metode pengekspresian perasaan yang akan memicu munculnya rasa percaya diri dan perasaan dihargai pada lansia yang berdampak pada munculnya coping positif yang mempengaruhi persepsi dan emosi lansia dalam memandang suatu masalah. Terapi ini bertujuan untuk membantu meningkatkan fungsi kognitif pada lansia (Jahanbin, 2013).

Terapi Reminiscence masih jarang diminati di Indonesia akibat kurang maksimalnya sosialisasi kepada masyarakat sehingga penurunan fungsi kognitif pada lansia masih menjadi masalah utama. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh terapi Reminiscence terhadap peningkatan fungsi kognitif lansia di UPT PSTW Bondowoso.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian pra eksperimental dengan pendekatan pre – post test design. Populasi dalam penelitian ini adalah 81 lansia yang tinggal di UPT PSTW Bondowoso. Responden yang terlibat dalam penelitian ini adalah 20 lansia yang diambil dengan purposive sampling dengan kriteria inklusi lansia yang kooperatif, mudah diajak berkomunikasi dan bersedia menjadi responden.. Penelitian dilakukan selama bulan Maret 2018. Responden terbagi

dalam 4 kelompok. Setiap kelompok dilakukan terapi Reminiscence selama 90 menit setiap sesi dan dalam dua minggu dilakukan tiga sesi untuk masing- masing kelompok. Fungsi kognitif lansia diukur dengan menggunakan MMSE sebelum dan sesudah tindakan. Analisa data dilakukan dengan menggunakan uji wilcoxon.

HASIL

Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik	n	%
Usia		
60 - 69	4	20
70 - 79	10	50
80 - 89	6	30
Tingkat Pendidikan		
Tidak sekolah	2	10
SD	6	30
SMP	8	40
SMA	4	20
Jenis Kelamin		
Laki - laki	12	60
Perempuan	8	40
Jumlah	20	100

Berdasarkan data pada tabel 1 dapat dilihat bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini berusia 70 – 79 tahun, mengenyam pendidikan SMP, dan berjenis kelamin laki – laki.

Tabel 2. Fungsi Kognitif Lansia Sebelum dan Sesudah Terapi Reminiscence

	Pre test	Post test	P value
Jumlah	20	20	
Mean	12.80	14.10	0,009
St. deviasi	1.751	2.234	
Minimum	10	10	
Maximum	15	17	

Hasil analisis sebelum dan sesudah dilakukan terapi Reminiscence menunjukkan bahwa status kognitif lansia berada pada rerata 12.80 dengan nilai minimum 10 dan nilai maksimum adalah 15. Sedangkan setelah dilakukan terapi

Reminiscence rerata status kognitif lansia adalah 14.10 dengan nilai minimum 10 dan nilai maksimum 17. Hasil uji wilcoxon menunjukkan p value 0.09 lebih kecil dari α 0.05 sehingga H0 ditolak artinya ada pengaruh terapi Reminiscence terhadap peningkatan fungsi kognitif lansia.

PEMBAHASAN

Hasil analisis sebelum dilakukan terapi Reminiscence menunjukkan status kognitif lansia berada pada rerata 12.80 dengan nilai minimum 10 dan nilai maksimum adalah 15. Berdasarkan karakteristik responden terlihat bahwa responden pada penelitian ini mayoritas berusia lebih dari 70 tahun. Usia merupakan faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi kognitif lansia. Hal ini sesuai dengan pendapat Schiae (2003) yang menyebutkan ada perubahan yang terjadi di otak akibat pertambahan usia, diantaranya adalah perubahan pada fungsi penyimpanan informasi (storage). Jenis kelamin juga berpengaruh terhadap fungsi kognitif. Responden pada penelitian ini mayoritas laki – laki. Schiae (2003) menyebutkan laki – laki diduga lebih banyak dan cenderung untuk menjadi pelupa. Hal ini disebabkan oleh pengaruh stres yang mengakibatkan penurunan memori. Reseptor estrogen pada laki – laki ditemukan dalam area otak yang berperan dalam fungsi belajar dan memori seperti pada hipokampus. Rendahnya level estradiol dalam tubuh dikaitkan dengan penurunan fungsi kognitif umum dan memori verbal.

Proses menua dapat menurunkan kemampuan kognitif dan menyebabkan kepikunan. Masalah kesehatan kronis dan penurunan fungsi kognitif serta memori. Gejala penurunan kognitif ringan berupa melambatnya proses pikir, kurang menggunakan strategi memori yang tepat, kesulitan memusatkan perhatian, mudah terdistraksi pada hal yang kurang perlu dan memerlukan waktu yang lebih lama untuk belajar.

Terapi reminiscence akan memicu impuls pada memori. Memori adalah proses penyimpanan impuls sensorik penting untuk dipakai pada masa yang akan datang sebagai pengatur aktifitas motorik dan pengolahan berpikir. Sebagian besar penyimpanan ini terjadi dalam korteks serebri. Korteks yang mempunyai sel otak lebih dari 10 milyar sel terhubung dengan sel - sel lain di daerah otak. Tiap sel otak mempunyai hubungan dengan 4 ribu hingga 10 ribu sel otak lainnya dan berhubungan melalui impuls listrik dan zat kimia yang disebut neurotransmitter.

Proses penyimpanan informasi juga merupakan fungsi dari sinaps. Setiap sinyal sensorik tertentu yang melewati serentetan sinaps di masa datang akan mampu menjalankan sinyal yang sama. Bila sinaps tersebut sudah seringkali dilewati oleh sinyal sensorik maka sinyal itu akan akan begitu terfasilitasi sehingga sinyal yang timbul dari otak sendiri saja sudah dapat menjalankan impuls melalui serentetan sinaps yang sama walaupun belum timbul masukan sensoris.

Proses pemikiran bawah sadar bermula dari kegiatan fasilitas sinaps ini. Hal ini akan menimbulkan suatu persepsi dari pengalaman sensasi yang sebenarnya dan mendapat respon tubuh walaupun pengaruh ataupun akibat yang timbul hanyalah suatu memori dari suatu sensasi. Sekali memori tersimpan dalam sistem saraf maka memori tersebut akan menjadi bagian mekanisme pengolahannya.

Terapi Reminiscence memberikan kesempatan kepada anggota kelompok untuk membangun hubungan baru dalam kelompok yang berdampak positif dan berlangsung dalam suasana santai. Melalui terapi Reminiscence setiap anggota akan melibatkan diri dalam diskusi menyenangkan tentang masa lalu sehingga memberikan efek relaksasi dan menimbulkan hubungan yang harmonis.

KESIMPULAN

Terapi Reminiscence terbukti berpengaruh terhadap peningkatan fungsi kognitif lansia.

SARAN

Sehingga diharapkan terapi ini dapat dijadikan sebagai salah satu terapi yang dapat dilakukan dalam kegiatan pembinaan lansia di UPT PSTW Bondowoso.

KEPUSTAKAAN

- Boekhorst, S., M. D., A. F. & Twisk, S., 2013. Quality of Life of Nursing Home Residents with Dementia Subject to Surveillance Technology Versus Physical Restraints : An Explorative Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4), pp. 356 - 363.
- Kesehatan, P. D. d. I. K., 2013. Buletin dan Jendela Informasi Kesehatan. *Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*, 12 Juli, pp. 1-17
- Lachman, V. D., 2012. Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice. *Medical Surgical Nursing*, 21(2), pp. 112 - 116.
- Malone, L. K., Fletcher, R. K. & Plank, L. M., 2004. *Management Guideline for Nurse Practicioners Working With Older Adult*. 2nd Edition penyunt. Philadelphia: F A Davis Company.
- Mauk, K. L., 2012. *Gerontolical Nursing Competencies for Care*. 4th Edition penyunt. Boston: Jones and Bartlett Publisher.
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Park, D. C., Gutchess, A. H., Meade, M. & Stine-Morrow, E. L., 2007. Improving Cognitive Function in Older Adults : Nontraditional Approaches. *Journal of Gerontology*, 62B(I), pp. 45 - 52.
- Perry & Potter, 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan* :

Konsep, Proses dan Praktik. 3
penyunt. Jakarta: EGC
Schiae, W. K., 2003. Cognitive Aging,
Washington DC: National
Research Council.



**UPAYA PENANGANAN NON FARMAKOLOGIS KECEMASAN PADA
PERSALINAN**

(EFFORTS HANDLING NON PHARMACOLOGICAL OF ANXIETY LABOR)

Sri Wahyuningsih

Dosen D3 Keperawatan UNEJ Jl. Brigjend Katamso Lumajang (67311)

*e-mail: wahyu_ni.1978@yahoo.co.id

ABSTRAK

Kehamilan dan persalinan merupakan suatu periode yang special bagi wanita dan keluarganya. Periode ini dapat menghadirkan berbagai macam emosi pada wanita. Salah satunya adalah kecemasan. Kecemasan dan rasa takut yang dialami oleh ibu bersalin sangat bervariasi, sehingga perlu mengatasinya dengan hal-hal yang non farmakologis. Tujuan yaitu mencoba menggali lebih banyak informasi mengenai hal-hal dalam penanganan non farmakologis kecemasan pada persalinan. Metode yang digunakan dalam hal ini tinjauan literatur dari 6 jurnal. Hasilnya peningkatan prevalensi kecemasan dalam persalinan dikaitkan oleh berbagai macam faktor dapat dikurangi yang diungkapkan melalui banyak penelitian yaitu bidan perawat dapat menerapkan non-farmakologis dengan langkah-langkah efektif, sederhana, murah, nyeri persalinan dapat dikurangi, meningkatkan kepuasan wanita, dan menghindari efek samping dari obat-obatan. Simpulannya Tenaga kesehatan diharapkan dapat menerapkan upaya non farmakologis sebelum upaya farmakologis untuk mengurangi kecemasan ibu bersalin.

Kata kunci: Kecemasan Persalinan, Terapi Non Farmakologis

ABSTRAK

Pregnancy and childbirth are a special period for women and their families. This period can present a variety of emotions in women. One of them is anxiety. The anxiety and fear experienced by the maternal vary greatly, so need to overcome it with non pharmacological things. Aims to dig up more information about things in non-pharmacological treatment of anxiety in labor. Methods used in this case reviews the literature of 6 journals. Results of an increase in the prevalence of anxiety in labor is attributed to a variety of factors that can be reduced expressed through many studies nurse, midwives can apply non-pharmacologically effective, simple, inexpensive, labor pain can be reduced, increase women satisfaction, and avoid adverse effects from drugs. ealth workers are expected to implement non-pharmacological efforts prior to pharmacological efforts to reduce maternal anxiety.

Keywords: Anxiety Labor, Non Pharmacological Therapy

PENDAHULUAN

Kehamilan dan persalinan merupakan suatu periode yang special bagi wanita dan keluarganya. Periode ini dapat menghadirkan berbagai macam emosi pada wanita. Salah satunya adalah kecemasan. Kecemasan

dan rasa takut yang dialami oleh ibu bersalin sangat bervariasi. Kondisi ini dapat terjadi sebagai akibat dari perubahan-perubahan yang terjadi pada proses persalinan, sekitar 5-20% wanita hamil merasa takut saat proses persalinan. Untuk kehamilan yang

berisiko tinggi berdasarkan studi kohort di Brazil dengan 865 wanita hamil dilaporkan terhadap stress dan kecemasan bervariasi 22,1%-52,9%. Berdasarkan hasil penelitian kualitatif di Australia, sebagian besar ibu mengatakan bahwa persalinan identik dengan pengalaman yang menakutkan dan sakit. Penelitian serupa yang dilakukan di Yordania, juga menunjukkan bahwa sebanyak 92% mempunyai pengalaman yang negative tentang persalinan, yang menakutkan 66%, durasi waktu yang lama 66%, dan nyeri 78%. Terjadinya peningkatan prevalensi kecemasan dikaitkan oleh berbagai macam faktor, diantaranya adalah usia ibu yang terlalu muda, nulipara, telah memiliki masalah psikologi sebelumnya, kurangnya dukungan social, serta adanya riwayat persalinan dengan tindakan obstetrik yang merugikan. Kecemasan dan meningkatkan konsentrasi plasma ketolamin. konsentrasi kaketolamin yang tinggi dapat melemahkan kontraksi uterus.

METODE

Studi ini merupakan suatu tinjauan literatur (*Literature Review*) yang mencoba menggali lebih banyak informasi mengenai hal-hal yang penanganan non farmakologis kecemasan pada persalinan. Sumber untuk melakukan tinjauan literatur dari 6 jurnal studi pencarian sistematis database terkomputerisasi ((*Biol Res Nurs*, *Thai J Nurs Res*, *International Journal of Advanced Research*, *BMC Pregnancy and Childbirth*, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, *MKB*)

HASIL

Penanganan non farmakologis kecemasan pada persalinan Berendam dengan air hangat

Penelitian *Effect of Warm Showering on Labor Pain during the First Stage of Labor* oleh Fatma Ahmed Abo-Romia & Azza Fouad Mohammed El-Adham, menjelaskan bahwa nyeri dan kontrol kecemasan adalah penting selama tahap pertama persalinan. Mandi air hangat disarankan untuk mengurangi rasa sakit dan kecemasan selama persalinan. Penelitian ini mengevaluasi pengaruh mandi air hangat pada nyeri persalinan dan kecemasan selama tahap satu persalinan. Penelitian ini merupakan studi acak intervensi terkontrol usia kehamilan 37 sampai dengan 42 minggu di Almatrentaih Rumah Sakit Swasta di Alexandria, Mesir. Seratus perempuan dalam tahap pertama persalinan yang memenuhi kriteria inklusi dilibatkan dalam penelitian tersebut. Mereka sama-sama dibagi menjadi dua kelompok. Perangkat lunak komputer alokasi acak ditugaskan peserta untuk baik eksperimental atau kelompok kontrol. Sebuah pra kuesioner yang dirancang terdiri dari dua bagian dikembangkan, divalidasi dan digunakan untuk pengukuran yang diperlukan data. Derajat nyeri persalinan, kecemasan, dan kelelahan dengan menggunakan Skala Analog Visual (VAS). Perempuan dalam hidroterapi memiliki perubahan yang signifikan terhadap kecemasan dan nyeri setelah 15 menit. Namun, tidak ada yang signifikan secara statistik perbedaan yang ditemukan antara kedua kelompok tentang kelelahan.

Mandi terapeutik adalah kegiatan dan dianggap bermanfaat untuk kenyamanan selama persalinan sering dan akrab, kemanjurannya jarang dievaluasi dalam studi klinis. Penelitian ini menemukan efek positif dari terapi mandi pada rasa sakit perempuan dan kecemasan tingkat dipelajari. Efeknya secara signifikan ditandai, bila dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Data dari penelitian ini jelas menunjukkan efektivitas mandi hangat dalam mengurangi nyeri dan kecemasan dalam persalinan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mandi air hangat adalah efektif biaya, nyaman, mudah menyebarkan, pendekatan non-farmakologis untuk mengurangi rasa sakit.

Pendamping persalinan

Ketika suami wanita hadir pada saat lahir, dia merasa lebih memegang kendali selama persalinan dan ini membantu untuk mengurangi kecemasan ibu saat melahirkan.

Pijat Aroma terapi Lavender

Inti dari lavender (*Lavandula augustifolium*) biasanya dibuat dari akar dan batang tanaman. Lavender esensi digunakan dalam aromaterapi dan berisi linalyl asetat, yang merupakan analgesik sehingga dapat mengurangi rasa nyeri pada saat persalinan dan yang berdampak pada penurunan tingkat kecemasan ibu bersalin. Akar *Lavandula* memiliki efek antikonvulsan kuat dan daun dan bunga memiliki efek menghilangkan rasa sakit (Zargary, 1997).

PEMBAHASAN

Banyak penelitian mengungkapkan bahwa bidan perawat dapat menerapkan non-farmakologis langkah-langkah efektif sederhana murah nyeri persalinan bantuan yang mempromosikan kemajuan persalinan, meningkatkan kepuasan wanita, dan menghindari efek samping dari obat-obatan. Mandi air hangat adalah salah satu langkah-langkah seperti yang mengurangi stimulus nyeri pada sumbernya, menghambat kesadaran rasa sakit, dan mengurangi reaksi negatif perempuan terhadap nyeri persalinan. Pendamping persalinan, ketika suami

hadir pada saat lahir, dia merasa lebih memegang kendali selama persalinan dan ini membantu untuk mengurangi kecemasan ibu saat melahirkan. Pijat aroma terapi lavender (*lavandula augustifolium*) biasanya dibuat dari akar dan batang tanaman. Lavender esensi digunakan dalam aromaterapi dan berisi linalyl asetat, yang merupakan analgesik, sehingga dapat mengurangi rasa nyeri pada saat persalinan dan yang berdampak pada penurunan tingkat kecemasan ibu bersalin. Akar *Lavandula* memiliki Efek antikonvulsan kuat dan daun dan bunga memiliki efek menghilangkan rasa sakit.

SIMPULAN

Tenaga kesehatan terutama bidan, diharapkan dapat menerapkan upaya non farmakologis sebelum upaya farmakologis untuk mengurangi kecemasan ibu bersalin.

Penyiraman dengan air hangat, menghadirkan pendamping persalinan, dan menggunakan aroma terapi lavender merupakan salah satu upaya untuk mengurangi kecemasan secara non farmakologis pada persalinan.

KEPUSTAKAAN

- Benfield RD, Hortobágyi T, Tanner CJ, Swanson M, Heitkemper MM, Newton ER. 2010. The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. *Biol Res Nurs*. Jul;12(1):28-36. Diakses 20 Oktober 2014.
- Borders N, Wendland C, Haozous E, Leeman L, Rogers R. 2013. Midwives' Verbal Support of Nulliparous Women in Second Stage Labor. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. May ; 42(3): 311–320. Diakses 27 Oktober 2014.

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloome SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. 2005. Williams's Obstetrics, 22nd ed. McGraw-Hill, New York. pp. 865-866.
- Fatma Ahmed Abo-Romia & Azza Fouad Mohammed El-Adham.2014. Effect of Warm Showering on Labor Pain during the First Stage of Labor. International Journal of Advanced Research. Volume 2, Issue 5, 438-442. Diakses 12 Agustus 2014
- Gallo, Rubneide Barreto Silva et al. 2018. Sequential Application of Non-Pharmacological Interventions Reduces The Severity of Labour Pain, Delays Use of Pharmacological Analgesia, and Improves Some Obstetric Outcomes: A Randomised Trial. Journal Of Physiotherapy , Volume 64 , Issue 1 , 33 – 40. Diakses 1 Juni 2018.
- Sapkota, S., Kobayashi, T., Kakehashi, M., Baral, G., & Yoshida, I. 2012. In the Nepalese Context, Can A Husband's Attendance During Childbirth Help His Wife Feel More In Control Of Labour. BMC Pregnancy and Childbirth, 12, 49. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-12-49>. Diakses 12 Agustus 2014.
- Tarsikah, Herman Susanto, Herri S. Sastramihardja. 2012. Penurunan Nyeri Persalinan Primigravida Kala I Fase Aktif Pasca Penghirupan Aromaterapi Lavender. MKB, Volume 44 (1):19–25. Diakses 12 Agustus 2014.

**PENGISIAN PEMBULUH DARAH KAPILER PADA PASIEN DIABETIC FOOT
ULCER**

(FILLING THE CAPILER BLOOD VESSEL IN PATIENT DIABETIC FOOT ULCER)

Mashuri

Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang
e-mail: mashuri0702@yahoo.com

ABSTRAK

Diabetes Mellitus (DM) yang dikenal juga dengan kencing manis atau kencing gula menjadi penyakit yang divonis 'tidak bisa sembuh'. Dalam daftar rengking pembunuh manusia, DM menduduki peringkat keempat. Pada Kongres Federasi Diabetes Internasional di Paris tahun 2003 terungkap bahwa sekitar 194 juta orang di dunia mengidap penyakit ini. Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan pada tahun 2025 jumlah penderitanya akan melonjak sampai 333 juta orang. Di Indonesia predikat diabetes mengenai lebih dari 2,5 juta orang dan diperkirakan terus bertambah, sehingga insiden DFU (luka kaki diabetikpun) bertambah seiring dengan bertambahnya jumlah penderita diabet. Desain penelitian ini menggunakan desain deskriptif yang bertujuan untuk menguraikan tentang pengisian pembuluh darah kapiler pada pasien diabetic foot ulcer berdasarkan nilai ankle brachial index. Hampir keseluruhan pasien diabetic foor ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang mengalami gangguan pengisian pembuluh darah kapiler, dari mulai yang ringan hingga yang berat. Dan hanya ada sebagian kecil responden saja yang tidak mengalami gangguan. Pengaturan pola makan dan latihan jasmani untuk mengendalikan kadar gula darah pasien DM sangat penting, mengingat gangguan pengisian pembuluh darah kapiler sering terjadi pada pasien DM

Kata kunci: pengisian pembuluh darah kapiler, diabetic foot ulcer

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is also known as diabetes or sugar urine into a disease that was convicted 'can not recover'. In the list of human killer racking, DM ranked fourth. At the International Diabetes Federation Congress in Paris in 2003 it was revealed that about 194 million people worldwide suffer from the disease. The World Health Organization (WHO) estimates that by 2025 the number of diabet sufferers will jump to 333 million people. In Indonesia, diabetes predicates more than 2.5 million people and is expected to increase, so the incidence of DFU (diabetic foot wounds) increases with the increase in the number of diabet sufferers. The design of this study used a descriptive design that aims to describe the filling of capillary blood vessels in patients with diabetic foot ulcer based on the ankle brachial index value. Almost all diabetic foor ulcer patients in the internal room of RSUD Dr. Haryoto Lumajang has trouble filling capillary blood vessels, ranging from mild to severe. And there is only a small percentage of respondents who are not disturbed Setting diet and physical exercise to control blood sugar levels DM patients is very important, considering the impairment of capillary blood vessels often occur in patients with DM

Keywords: filling the capiler blood vessel, diabetic foot ulcer

PENDAHULUAN

Diabetes melittus (DM) adalah suatu kumpulan gejala yang ditandai oleh

adanya kadar glukosa darah yang tinggi (hiperglikemia) yang disebabkan oleh kekurangan hormon pengatur kadar

glukosa darah (insulin), baik secara mutlak yaitu memangkadarnya berkurang atau dapat juga jumlah insulinnya sendiri mencukupi, tetapi kerja insulin yang kurang baik dalam mengatur kadar glukosa darah agar menjadi selalu normal seperti pada orang normal yang tidak menyandang diabetes melitus.

Diabetes Mellitus (DM) yang dikenal juga dengan kencing manis atau kencing gula menjadi penyakit yang divonis ‘tidak bisa sembuh’. Dalam daftar rengking pembunuh manusia, DM menduduki peringkat keempat. Pada Kongres Federasi Diabetes Internasional di Paris tahun 2003 terungkap bahwa sekitar 194 juta orang di dunia mengidap penyakit ini. Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan pada tahun 2025 jumlah penderitanya akan melonjak sampai 333 juta orang. Di Indonesia predikat diabetes mengenai lebih dari 2,5 juta orang dan diperkirakan terus bertambah.

Terjadinya DM karena kelenjar pancreas tidak lagi memproduksi insulin atau produksinya sangat sedikit sehingga tidak mampu mencukupi kebutuhan tubuh akan hormon insulin. Inilah babak awal kerusakan seluruh organ tubuh.

Secara umum, asupan gula dalam darah disimpan dalam hati. Di sini diolah menjadi glikogen. Jika tubuh memerlukan, hati akan mengeluarkan dan mengolah kembali menjadi glukosa. Bagi orang normal, sebanyak apa pun konsumsi gula tidak mengganggu organ tubuh. Namun, tidak demikian bagi diabetes.

Menurut *The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease*, diperkirakan 16 juta orang Amerika Serikat diketahui menderita diabetes, dan jutaan diantaranya beresiko untuk menderita diabetes. Dari keseluruhan penderita diabetes, 15% menderita ulkus di kaki, dan 12-14% dari yang menderita ulkus di kaki memerlukan amputasi.

METODE

Desain penelitian menggunakan desain deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif (Soekidjo Notoatmodjo, 2002). Desain deskriptif dalam penelitian ini bertujuan untuk menguraikan tentang pengisian pembuluh darah kapiler pada pasien diabetic foot ulcer berdasarkan nilai ankle brachial index di RSD Dr. Haryoto Lumajang tahun 2014.

HASIL

Tabel 1 klasifikasi usia pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang

No	Usia	Σ	%
1	41-50	7	23.3
2	51-60	21	70
3	61-70	1	3.3
4	71-80	1	3.3
Jumlah		30	100

Dari tabel 1 sebagian besar usia pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang adalah 51 – 60 tahun , yaitu: 21 orang (70%)

Table 2 Distribusi frekuensi pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang berdasarkan jenis kelamin

No	J/K	Σ	Prosentase (%)
1	Laki	13	43.3
2	Perempuan	17	56.6
Jumlah		30	100

Dari table 2 sebagian besar jenis kelamin pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang adalah perempuan, yaitu: 17 orang (56.6 %).

Table 3 Distribusi frekuensi pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr.

Haryoto Lumajang berdasarkan tingkat pendidikan

No	Tingkat Pendidikan	Σ	Prosentase (%)
1	SD	4	13.3
2	SMP	5	16.6
3	SMA	12	40
4	PT	9	30
Jumlah		30	100

Dari table 3 hampir sebagian tingkat pendidikan pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang adalah SMA, yaitu: 12 orang (40 %)

Table 4 Distribusi frekuensi pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang berdasarkan jenis pekerjaan

No	Jenis Pekerjaan	Σ	Prosentase (%)
1	Buruh	14	46.6
2	Pedagang	2	6.6
3	PNS	8	26.6
4	Wiraswasta	2	6.6
5	Petani	4	13.3
Jumlah		30	100

Dari table 4 hampir sebagian jenis pekerjaan pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang adalah buruh, yaitu: 14 orang (46,6 %)

Table 5 Distribusi frekuensi pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang berdasarkan lamanya menderita DM

No	Lama Menderita DM	Σ	Prosentase (%)
1	< 5 Tahun	12	40.0
2	5 - ≤10 Tahun	16	53.3
3	> 10 Tahun	2	6.6
Jumlah		30	100

Dari table 5 hampir sebagian responden lama menderita DM-nya 5 - ≤ 10 Tahun di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang , yaitu: 16 orang (53,3 %). Table 6 Distribusi frekuensi pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang berdasarkan klasifikasi pengisian pembuluh darah kapiler.

No	Usia	Σ	Prosentase (%)
1	Normal	3	10
2	Iskemik Ringan	10	33.3
3	Obstruksi Vaskuler Sedang	9	30
4	Obstruksi Vaskuler Berat	8	26.6
Jumlah		30	10.0

Dari table 6 hampir sebagian klasifikasi pengisian pembuluh darah kapiler pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang termasuk dalam kategori iskemik ringan, yaitu: 10 orang (33,3 %).

PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 6 hanya ada sebagian kecil pasien diabetic foot ulcer yang pengisian pembuluh darah kapilernya normal.

Salah satu kerusakan jangka panjang pada system saraf dan pembuluh darah akibat penyakit diabetes mellitus adalah : saraf tepi dengan rasa kesemutan dan rasa baal sedang pada pembuluh darah akan terjadi sklerosis yakni, bila terjadi pada otak dapat menimbulkan stroke, dan pada jantung bisa terjadi penyakit jantung koroner : serangan jantung, pada kaki bisa terjadi luka, gangren/jaringan mati/busuk (Mary Baradero, 2009)

Hal ini sangat sesuai dengan hasil temuan pada penelitian ini dimana hanya ada tiga responden saja yang nilai ankle brachial indexnya normal yaitu 1.0 – 1.2;

dari ketiga responden tersebut apabila ditinjau dari aspek usianya memang masih usia dewasa dan lamanya menderita diabetes mellitus masih baru saja yaitu ≤ 2 tahun, sehingga kemungkinan terjadi kerusakan pembuluh darah kapiler belum ditemukan.

Berdasarkan tabel 6 terdapat sepertiga pasien diabetic foot ulcer yang pengisian pembuluh darah kapilernya mengalami iskemik ringan.

Pengisian pembuluh darah kapiler pada pasien diabetic foot ulcer rata-rata akan mengalami kendala seiring dengan berbagai factor resiko baik yang dapat dirubah atau tidak dapat dirubah yang dimiliki oleh masing-masing pasien tersebut seperti berat badan lebih, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi, dislipidemia, diet tak sehat, ras, riwayat keluarga dengan diabetes, umur, riwayat melahirkan bayi dengan Berat Badan (BB) lahir bayi >4000 gram atau riwayat pernah menderita DM gestasional (DMG) dan riwayat lahir dengan berat badan rendah (Ahmad Rudianto, 2009).

Pada sepertiga pasien yang pengisian pembuluh darah kapilernya mengalami iskemik ringan bila ditinjau dari usianya rata-rata tergolong usia dewasa, dan hanya ada satu saja responden yang berusia lanjut, selain dari factor usia ternyata factor riwayat lamanya menderita diabetes mellitus juga memberikan kontribusi yang signifikan terhadap pengisian pembuluh darah kapiler pada pasien diabetic foot ulcer, dimana rata-rata responden yang mengalami iskemik ringan riwayat lamanya menderita DM kurang dari 5 tahun.

Berdasarkan table 6 hampir semua pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang mengalami gangguan pengisian pembuluh darah kapiler, dari mulai yang ringan hingga yang berat. Dan hanya ada 3 responden saja yang tidak mengalami gangguan.

Ada tiga faktor yang berperan dalam kaki diabetik, yaitu neuropati, iskemia, dan sepsis. Biasanya, amputasi

harus dilakukan. Hilangnya sensori pada kaki bisa mengakibatkan trauma dan potensial untuk ulkus. Perubahan mikrovaskuler dan makrovaskuler dapat mengakibatkan iskemik jaringan dan sepsis. Neuropati, iskemia, dan sepsis bisa menyebabkan *gangren* dan amputasi. (Mary Baradero, 2009).

Hal ini menunjukkan bahwa masalah gangguan vaskuler pada pembuluh darah kapiler pasien diabetic foot ulcer hampir dipastikan akan terjadi seiring dengan lamanya menderita diabet, dan kemampuan mengendalikan kadar gula darah, selain dari factor usia, sebab 3 tiga responden tersebut tidak ada yang berusia lanjut, walaupun usia sangat berkontribusi terhadap kompatibilitas pembuluh darah seseorang, namun pengaturan pola makan untuk mengendalikan kadar gula darah seseorang jauh lebih penting

KESIMPULAN

Hampir keseluruhan pasien diabetic foot ulcer di ruang interna RSUD Dr. Haryoto Lumajang mengalami gangguan pengisian pembuluh darah kapiler, dari mulai yang ringan hingga yang berat. Dan hanya ada sebagian kecil responden saja yang tidak mengalami gangguan.

SARAN

Pengaturan pola makan dan latihan jasmani untuk mengendalikan kadar gula darah pasien DM sangat penting, mengingat gangguan pengisian pembuluh darah kapiler sering terjadi pada pasien DM.

KEPUSTAKAAN

- Baradero, Marry. 2009. Klien gangguan Endokrin : Seri Asuhan Keperawatan. Jakarta: EGC
- Hidayat, A. Aziz Akimul. 2007. Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa. Jakarta : Data Selemba Medika
- Hidayat, A. Aziz Akimul. 2003. Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah. Jakarta: Selemba Medika

- Kozier B, et al. 1995. Fundamental Of Nursing Concepts. Process and Practice 4 the Edition. Addison Wesley : Publishing Company Inc.
- Misnadiarly, A, S. 2006. Permasalahan Kaki Diabetes dan upaya Senang. www.tempo.co.id/medika/arsip/2003/har-htm-19k (diakses tanggal 10 Desember 2013).
- Morison, Moya. 2003. Manajemen Luka. Jatakarta : EGC
- Notoatmojo, Soekidjo.2003. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineke Cipta.
- Nursalam. 2011. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Selemba Medika.
- PERKENI.2011. Konsesus Diabetes Mellitus tipe 2 di Indonesia. www.perkeni.org
- PERKENI.2009. Konsesus Diabetes Mellitus tipe 2 di Indonesia. www.perkeni.org
- Riyadi, Sujono; Sukarmin. 2008. Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan Eksokrin dan Endokrin pada Pankreas. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Smeltzer, S, C dan B, G. Bare.2003. Buku Ajar Kperawatan. Burner & Suddarth. Jakarta : EGC.
- Tandra H, 2008. Segala Sesuatu yang harus anda ketahui Tentang Diabetes Meliyus : Tanggung jawab lengkap dengan ahlinya. Jakarta. Gramedia Pustaka Utama
- Taylor C, et al. 1997. Fundamental Of Nursing. The Art and Science Nursing. Addison Wesley : Publishing Company Inc.
- Tjokoprawiro, Askandar dkk.2007. Ilmu Penyakit Dalam. Surabaya : Airlangga University Press.
- Tjokonegoro, Arjatmo.2003. Pedoman Diet Diabetes Mellitus. Jakarta : FKUI
- Yunir, Em. 2007. Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta : FKUI
- Waspadji, Sarwono.2005. Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta : FKUI

**EFEKTIFITAS *PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION* (PMR) TERHADAP
PENURUNAN TEKANAN DARAH PADA PENDERITA HIPERTENSI**

**(*EFFECTIVENESS OF PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION (PMR) ON
BLOOD PRESSURE REDUCTION IN HYPERTENSION PATIENTS*)**

Primasari Mahardhika Rahmawati¹, Musviro², Fitrio Deviantony³

^{1,2}Staf Pengajar Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang,

³Staf Pengajar Fakultas Keperawatan Universitas Jember

ABSTRAK

Hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk penyakit kardiovaskular dan membawa beban kesehatan yang tinggi dalam hal morbiditas dan mortalitas. Hipertensi merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kematian akibat stroke dan faktor yang memperberat infark miokard. Salah satu upaya untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi diantaranya adalah dengan terapi relaksasi otot progresif (*Progressive Muscle Relaxation/PMR*). Mengetahui efektifitas terapi PMR terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi kelompok "Prolanis" di wilayah kerja Puskesmas Jatiroto Kabupaten Lumajang. Desain Penelitian menggunakan desain *pre eksperiment* dengan rancangan *one group pre test post test*. Teknik sampling menggunakan teknik *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 24 responden. Pelaksanaan terapi PMR menggunakan *tool* atau *standard operating procedures* (SOP) terapi PMR. Instrument untuk mengukur tekanan darah dengan menggunakan Sphygmomanometer digital merk Omron. Terdapat perbedaan yang signifikan pada tekanan darah baik systole dan diastole responden sebelum dan sesudah diberikan terapi PMR. Hal ini dibuktikan dengan nilai *p* melalui uji T didapatkan nilai *p* 0,000 dimana nilai $p < 0,05$ dan nilai 95% *Confidence Interval* tidak melewati angka nol. Terapi relaksasi otot progresif signifikan menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi sehingga terapi ini dapat dijadikan salah satu alternatif terapi sebagai terapi non farmakologis dalam menurunkan tekanan darah bagi penderita hipertensi.

Kata Kunci: relaksasi otot progresif, tekanan darah, hipertensi.

ABSTRACT

Hypertension is a major risk factor for cardiovascular disease and carries a high burden of health in terms of morbidity and mortality. Hypertension is a contributing factor to death from stroke and factors that exacerbate myocardial infarction. One effort to decrease blood pressure such as progressive muscle relaxation therapy (Progressive Muscle Relaxation/PMR). To know the effectiveness of PMR therapy on the decrease of blood pressure in hypertension group of "Prolanis" in Jatiroto Health Center Lumajang. The research design used pre experiment design with one group pre test post test. Sampling technique using consecutive sampling technique with the number of samples of 26 respondents. Implementation of PMR therapy using PMR therapy tool or standard operating procedures (SOP). Instrument for measuring blood pressure using Omron brand digital sphygmomanometer. There were significant differences in blood pressure in both systole and diastolic respondents before and after PMR therapy. This is evidenced by the value of $p = 0,000$ where the p value < 0.05 and the value of 95% Confidence Interval does not pass zero. Progressive muscle relaxation therapy significantly decreased blood pressure so this therapy can be used as an alternative therapy as non-pharmacological therapy in lowering blood pressure for hypertensive patients.

Keywords: Progressive Muscle Relaxation (PMR), blood pressure, hypertension.

PENDAHULUAN

Hipertensi adalah salah satu faktor pemicu penyakit jantung dan stroke yang menjadi penyebab kematian teratas didunia. Hipertensi disebut *silent killer*, setiap tahun 9,4 juta warga dunia meninggal karena hipertensi (Kemenkes RI, 2014). Data *Global Status Report on Noncommunicable Diseases* (2010) dari WHO menyebutkan bahwa 40% negara berkembang menderita

hipertensi. Negara berkembang memiliki prosentase lebih banyak menderita hipertensi. Di Asia Tenggara 36% orang dewasa menderita hipertensi dan telah membunuh 1,5 juta orang setiap tahunnya. Di Indonesia, hipertensi sampai saat ini menjadi tantangan masalah kesehatan dengan prevalensi tinggi. Pada tahun 2013, secara nasional 25,8% penduduk Indonesia mengalami hipertensi (Kemenkes RI, 2014).

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Peningkatan tekanan darah dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (menyebabkan stroke), sehingga tatalaksana hipertensi diperlukan dengan baik. *The Seventh Report Of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)* merekomendasikan modifikasi gaya hidup tunggal saat tekanan darah >120/80 mmHg dan <140/90 mmHg (pre hipertensi), pada tekanan darah \geq 140/90 mmHg yaitu tahap 1 dengan modifikasi gaya hidup antara lain berat badan, aktivitas fisik, asupan natrium, buah-buahan, sayuran, lemak jenuh dan total serta alkohol. Modifikasi gaya hidup dengan pengurangan stress untuk pasien normotensif dan hipertensi direkomendasi *Canadian Hypertension Education Program* dalam tatalaksana hipertensi. Stress psikososial terbukti berkontribusi terhadap tekanan darah tinggi. Komplikasi tekanan darah tinggi dapat menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan stress (Smeltzer, et al., 2008).

Stress merupakan faktor resiko independen utama pada hipertensi. Stress mengendalikan sistem saraf simpatis dan korteks adrenal melalui aktivasi hipotalamus. Sistem saraf simpatis juga memberikan sinyal ke medulla adrenal untuk melepaskan epineprin dan norepineprin ke aliran darah (Sherwood, 2010). Stimulasi aktivitas saraf simpatis akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga mempengaruhi peningkatan tekanan darah. Pada stress akut, dipicu oleh sistem saraf simpatis dan hipotalamus-pituitari-axis adenocortical sehingga terjadi peningkatan curah jantung, *heart rate* dan resistensi perifer dan pada stress kronik terjadi hiperaktivasi persisten sistem saraf simpatis dan *hipotalamus-pituitari-axis adrenocortical*.

Teknik relaksasi dapat menghambat respon stress saraf simpatis, otot-otot pembuluh darah arteri dan vena bersamaan dengan otot-otot lain dalam tubuh menjadi rileks. Relaksasi otot-otot dalam tubuh berpengaruh terhadap penurunan kadar norepineprin dalam tubuh (Shinde, et all, 2013). Salah satu teknik relaksasi sebagai upaya menurunkan tekanan darah adalah dengan terapi relaksasi otot progresif atau *Progressive Muscle Relaxation (PMR)*.

Progressive Muscle Relaxation (PMR) merupakan salah satu bentuk terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan merelaksasikan otot-otot satu bagian tubuh pada satu waktu untuk mendapatkan kontrol atas kecemasan yang merangsang pikiran dan ketegangan otot (Keliat & Pasaribu, 2016).

Hasil riset terdahulu tentang *Progressive Muscle Relaxation (PMR)* antara lain Fraser, Matsuzakawal, Lee1, dan Minen (2017) yang menyatakan bahwa PMR adalah salah satu *nonpharmacologic treatment* bagi penderita PTH (*Post-Traumatic Headache*) dan penelitian Meyer, et al. (2016), menyatakan bahwa setelah terapi PMR, pasien migrain menunjukkan pengurangan frekuensi migrain. Riset yang dilakukan Kasron (2017) juga menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian PMR dengan kualitas tidur penderita hipertensi di Cilacap Selatan. Menurut Rainfort, et all (2007), *substansial evidence* menunjukkan bahwa stress psikososial berkontribusi pada hipertensi dan penyakit kardiovaskuler (CVD). Dari hasil sistematic review dari literatur dan identifikasi 107 penelitian dalam mengurangi stress dan tekanan darah, PMR dapat mengurangi stress dan tekanan darah yaitu -1,9/-1,4 mmHg. Dari latar belakang tersebut, peneliti ingin menganalisis lebih lanjut pengaruh terapi *Progressive Muscle Relaxation (PMR)* terhadap penurunan tekanan darah. Tujuan penelitian ini yaitu mengetahui efektifitas terapi PMR terhadap penurunan tekanan darah pada penderita hipertensi kelompok "Prolanis" di wilayah kerja Puskesmas Jatiroto Kabupaten Lumajang.

METODE

Desain Penelitian menggunakan desain *pre eksperiment* dengan rancangan *one group pre test post test*. Teknik sampling menggunakan teknik *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 24 responden. Pelaksanaan terapi PMR menggunakan *tool* atau *standard operating procedures (SOP)* terapi PMR. Instrument untuk mengukur tekanan darah dengan menggunakan Sphygmomanometer digital merk Omron. Uji analisis statistik yang digunakan adalah uji *parametric paired t-test* untuk menganalisis perbedaan tekanan darah responden sebelum (*pre*) dan sesudah (*post*) diberikan terapi PMR.

Hasil

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan

Varia bel	Kategori	n	%
Usia	41-50 tahun	5	20,83%
	> 51 tahun	19	79,17%
Jenis Kelamin	Pria	3	
	Wanita	21	12,50%
			87,50%
Pendidikan	Dasar (SD, SMP)	15	62,50%
	Menengah (SMA)	6	25,00%
	Tinggi (PT)	3	12,50%
Pekerjaan	Tidak bekerja	12	50,00%
	Swasta	3	12,50%
	Wiraswasta	4	16,67%
	PNS/TNI	5	20,83%

Berdasarkan tabel 3.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang menderita hipertensi berusia diatas 51 tahun dengan persentase 79,17%, 87,5% responden berjenis kelamin wanita, 62,5% berpendidikan dasar dan 50% responden tidak bekerja.

Tabel 2. Perbedaan Tekanan Darah Klien Hipertensi Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi PMR

	Mean	Selisih	95% CI	T	p value
TDS pre (n= 24)	133,85	10,00	7,53	8,83	0.000
TDS post (n= 24)	123,85		12,47		
TDD pre (n=24)	93.08	9,23	6,25	6,74	0,000
TDD post (n=24)	83.85		12,21		

Tabel 3.2 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada tekanan darah (systole dan diastole) sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi otot progresif dibuktikan dengan nilai p 0,000 dimana nilai $p < 0,05$ dan nilai 95% *Confidence Interval* tidak melewati angka nol. Secara klinis pun juga dapat dikatakan terdapat perbedaan tekanan darah sebelum dan sesudah diberikan terapi PMR dengan selisih nilai 10 pada tekanan darah systole

dan selisih nilai 9,23 pada tekanan darah diastole.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 87,5% responden berjenis kelamin wanita. Hal ini sesuai dengan pernyataan Triyanto (2014) dalam Rusnoto dan Alviana (2017) yang mencatat sedikitnya sejumlah 839 juta kasus hipertensi pada Tahun 2012 dan diperkirakan mengalami peningkatan kasus menjadi 1,15 milyar pada tahun 2025 atau sekitar 29% dari total penduduk dunia, dimana penderitanya lebih banyak dialami wanita dibandingkan pria. 79,17% responden dalam penelitian ini berusia diatas 51 tahun dan sesuai dengan teori yang dikemukakan Cohen (2009) bahwa penyakit hipertensi cenderung dialami pada usia kelompok 45-54 tahun dimana usia ini merupakan usia yang produktif. Hasil penelitian juga menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan pada tekanan darah baik systole maupun diastole sebelum dan sesudah diberikan terapi PMR dengan adanya selisih nilai pada tekanan darah systole maupun diastolanya. Hal ini sesuai dengan teori Setyoadi dan Kushariyadi (2011) yang menyatakan bahwa salah satu tujuan diberikannya terapi PMR ini adalah untuk menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, dan laju metabolik.

Terapi PMR akan menghasilkan adanya relaksasi pada tubuh sehingga dapat menghambat peningkatan saraf simpatetik yang diharapkan agar hormon penyebab disregulasi tubuh dapat dikurangi jumlahnya. Sistem saraf parasimpatetik adalah sistem yang mendominasi pada keadaan tenang dan santai memiliki fungsi kerja berlawanan dengan saraf simpatetik akan memperlambat atau memperlemah kerja alat-alat internal tubuh sehingga akan terjadi penurunan detak jantung, irama nafas, tekanan darah, ketegangan otot, dan tingkat metabolisme (Praptini, 2014). Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang menunjukkan adanya perbedaan tekanan darah dan nadi setelah diberikan intervensi terapi PMR dimana terjadi penurunan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik serta penurunan nadi seiring dengan turunnya skor kecemasan responden. Penelitian yang dilakukan Santidar (2016) juga membuktikan bahwa terapi PMR lebih efektif menurunkan tekanan darah daripada terapi tertawa. Penelitian terbaru yang dilakukan oleh Setyaningrum dan Badi'ah (2018) membuktikan bahwa terapi *progressive muscle relaxation* yang dikombinasikan dengan zikir secara bersamaan efektif

menurunkan tekanan darah dan stress pada penderita hipertensi.

Synder dan Lindquist (2002) menyatakan bahwa selama maupun setelah melakukan terapi PMR akan terjadi perubahan dalam tubuh seperti merasa tenang, ringan dan klien akan merasakan sensasi kehangatan yang menyebar ke seluruh tubuh. Respon emosi dan efek sensasi menenangkan yang ditimbulkan oleh terapi relaksasi ini akan mengubah fisiologi dominan sistem saraf simpatis menjadi dominan sistem saraf parasimpatis sehingga akan menurunkan regulasi sumbu HPA yang overaktif (McCloughan, Hanrahan, Anderson, & Halson, 2016). Diperkuat dengan pernyataan bahwa PMR dapat meningkatkan hormon parasimpatis dan neurotransmitter seperti DHEA (Dehidroepinandrosteron), dopamine atau endorfin dan enkefalin serta merangsang signal otak sehingga otot rileks. yang disertai dengan penurunan tekanan darah (Conrad & Roth, 2007; Lestari & Yuswiyanti, 2015). Saat otot rileks, maka tubuh akan membentuk hormone beta-endorfin yang akan membantu mengembalikan kondisi pembuluh darah menjadi normal seperti semula dan menjaga agar darah dapat mengalir dengan mudah dan bebas hambatan sehingga terjadi penurunan tekanan darah (Haruyama, 2011).

Implementasi terapi PMR dalam penelitian ini dibagi menjadi tiga sesi yang dilaksanakan secara langsung dengan alokasi waktu sekitar 30-45 menit. Sesi pertama terapi PMR ini adalah mengidentifikasi ketegangan otot tubuh tertentu yang dirasakan disertai dengan penjelasan singkat tentang prosedur, tujuan serta manfaat dari dilakukannya teknik terapi PMR. Responden diharapkan dapat memahami prosedur, tujuan dan manfaat dari terapi yang akan dilakukan sehingga responden dapat menerapkan terapi yang telah diajarkan sebagai salah satu tindakan untuk menurunkan tekanan darah. Sesi kedua adalah aplikasi terapi PMR, peneliti memutar musik klasik untuk mengiringi pelaksanaan terapi dan responden diminta untuk menarik nafas dalam dan menghembuskan secara perlahan sebanyak tiga kali. Responden kemudian diinstruksikan untuk menegangkan setiap kelompok otot selama kurang lebih 10 detik dimulai dari otot dahi dan mata, otot mulut, otot rahang, otot leher, otot punggung, otot dada, otot tangan, otot bicep dan otot paha diiringi oleh penjelasan terapis terkait dengan ketidaknyamanan yang dirasakan klien saat kondisi otot tegang. Setelah itu terapis menginstruksikan responden untuk

mengendorkan setiap kelompok otot yang ditegangkan tadi diiringi dengan penjelasan terapis terkait perbandingan perasaan ketika otot tersebut tegang dan ketika otot dilemaskan sehingga perasaan pada otot saat dilemaskan menjadi relaks (Rahmawati, Widjajanto, & Astari, 2017).

Sesi terakhir dalam pelaksanaan terapi PMR ini adalah mengevaluasi kemampuan responden dalam melakukan terapi PMR yang telah diajarkan oleh peneliti (Keliat & Pasaribu, 2016). Evaluasi dalam sesi ketiga dilakukan untuk menilai sejauh mana responden mampu melakukan semua gerakan terapi mulai awal hingga akhir terapi. Bila responden belum mampu melakukan semua gerakan dalam terapi yang telah diajarkan maka peneliti mengulangi kembali pelaksanaan terapi PMR mulai sesi pertama.

Synder dan Lynquist (2002) menegaskan bahwa dengan melakukan terapi PMR maka akan dapat memberikan dampak langsung pada respon fisik sehingga kemampuan relaksasi pasien dapat meningkat. Prosedur terapi PMR bertujuan untuk mendapatkan kondisi relaks pada otot melalui dua langkah, yakni dengan memberikan tegangan pada suatu kelompok otot, dan dengan menghentikan tegangan tersebut kemudian memusatkan perhatian terhadap bagaimana otot tersebut menjadi relaks, merasakan sensasi relaks secara fisik sehingga ketegangan yang dirasakan menghilang (Richmond, 2007). Keadaan otot yang rileks akan menyebarkan stimulus ke hipotalamus sehingga akan menekan sistem saraf simpatis sehingga terjadi penurunan produksi hormon epinefrin dan norepinefrin. Penurunan hormone tersebut akan menyebabkan penurunan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup juga akan menurun, serta terjadi vasodilatasi arteriol dan venula. Selain itu curah jantung, resistensi perifer total juga menurun sehingga tekanan darah juga akan turun. Modifikasi gaya hidup dan teknik relaksasi dapat menormalkan tekanan darah pada klien dengan hipertensi (Black & Hawk, 2005)

KESIMPULAN

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah terdapat perbedaan yang signifikan tekanan darah responden post diberikan terapi *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) baik tekanan darah systole maupun diastole. Terapi PMR signifikan menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi khususnya pada kelompok Prolanis di wilayah kerja Puskesmas Jatiroto. Terapi *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dapat dijadikan sebagai

salah satu kompetensi untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi yang harus dilakukan perawat baik yang berada di tatanan pelayanan kesehatan rumah sakit maupun di tatanan masyarakat.

SARAN

Berdasarkan kajian dalam penelitian ini maka disarankan kepada penderita hipertensi untuk melakukan terapi PMR secara kontinyu sebagai salah satu bentuk aktivitas fisik disamping modifikasi gaya hidup ke arah pola hidup sehat serta secara berkala melakukan pemeriksaan tekanan darahnya.

KEPUSTAKAAN

- Antari, N. K. A. J., Artini, I., & Andayani, N. 2016. Aplikasi Progressive Muscle Relaxation Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Hipertensi Derajat I Di Kota Denpasar. Program Studi Fisioterapi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar Bali.
- Black, J., & Hawk, J. 2005. Medical Surgical Nursing Clinical Mngement for Positive Outcome (7th Ed ed.). Philadelphia: Mosbi.
- Cohen, J. D. 2009. Hypertension Epidemiology and Economic Burden : Refining Risk Assessment To Lower Costs. Managed Care, (October), 51–58.
- Conrad, A. & Roth, W. T. 2007. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it work but how? Journal of Anxiety Disorders, 21 (3), 243-264
- Fraser F, Matsuzakawal, Lee1, Y.S.C, & Minen M. 2017. Behavioral Treatments For Post-Traumatic Headache. Curr Pain Headache Rep. (2017) 21: 22 Doi 10.1007/S11916-017-0624-X.
- Haruyama, S. 2011. The Miracle of Endorphin. Bandung: Mizan Media Utama.
- Kasron, Susilawati. 2017. Pengaruh Progressive Muscle Relaxation Terhadap Kualitas Tidur Penderita Hipertensi Di Cilacap Selatan. Jurnal Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah. 3 (3). 20-28.
- Keliat, B. A. & Pasaribu, J. 2016. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Singapore: Elsevier
- Kemenkes, RI. 2014. INFODATIN. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. HIPERTENSI. Jakarta.
- Lestari & Yuswiyanti. (2014). Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Dr R Soeprapto Cepu, J. Keperawatan Matern. vol 2, no 1, pp. 7–11.
- McCloughan, L. J., Hanrahan, S., J., Anderson, R., & Halson, S. R. 2016. Psychological recovery: Progressive muscle relaxation (PMR), anxiety, and sleep in dancers. Performance Enhancement & Health, 4: 12–17.
- Meyer, B., Keller A., Wöhlbier H-G., Claudia H.O., Muller B., and Kropp P. 2016. Progressive Muscle Relaxation Reduces Migraine Frequency And Normalizes Amplitudes Of Contingent Negative Variation (Cnv). The Journal Of Headache And Pain. 2016. 17:37 Doi 10.1186/S10194-016-0630-0.
- Praptini, D. 2014. Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Kemoterapi di Rumah Singgah Kanker Denpasar. COPING NERS (Community of Publishing in Nursing), 2(3).
- Rahmawati, P. M., Widjajanto, E., & Astari, A. M. 2017. The Influence of Progressive Muscle Relaxation on Anxiety Level of Pre-caesarean Section Mothers in Delivery Room. NurseLine Journal, 2(2), 117-125.
- Rainforth M. V., Schneider R. H., Nidich S. I., Gaylord-King C., Salerno J. W. and Anderson J. W. 2007. Stress Reduction Programs In Patients With Elevated Blood Pressure: A Systematic Review And Meta-Analysis. Current Hypertension Reports 2007, 9:520–528.
- Richmond, R.L. 2007. A Guide to Psychology and its Practice. Diunduh dari <http://www.guidetopsychology.com/pmr.html>
- Rusnoto & Alviana, I. 2017. Pengaruh terapi progressive muscle relaxation terhadap penurunan tekanan darah pada peserta prolanis. THE 5TH URECOL PROCEEDING UAD Yogyakarta.

- Santidar, D.V.P. 2016. Relaksasi otot progresif dan terapi tertawa untuk menurunkan tekanan darah hipertensi di Dusun Mejing Lor Ambarketawang Gamping Sleman Yogyakarta. Naskah publikasi. PSIK FIK Universitas "Aisyiyah Yogyakarta.
- Setyaningrum, N. dan Badi'ah, A. 2018. Efektivitas Progressive Muscle Relaxation Dengan Zikir Terhadap Penurunan Tekanan Darah Dan Penurunan Tingkat Stres Pada Penderita Hipertensi. *Medisains: Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, Vol 16 No 1, April 2018.
- Setyoadi & Kushariyadi. 2011. Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa pada Klien Psikogeriatik. Salemba Medika: Jakarta.
- Sherwood, L. 2010. *Human Physiology : From Cells To Systems*. Usa: Yolanda Cossio.
- Shinde, et al., 2013; Immediate effect of Jacobson's progressive muscle relaxation in hypertension; *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, Vol.7, no.3.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K, H. 2008. *Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. Eleventh Edition. Brunner, & Suddarth's. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, A Wolter Kluwer Bussiness.
- Synder, M. & Lyndquist, R. 2002. *Complementary/ alternative therapies in nursing* (4thed). New York: Springer Publishing ompany.

GAMBARAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA PADA KELUARGA YANG MEMILIKI LANSIA HIPERTENSI DI DESA GLAGAHWERO KECAMATAN PANTI KABUPATEN JEMBER

Indra Kurniawan^{1*}, Tri Buana Ratnasari²
Fakultas Keperawatan, Universitas Jember
Jl. Kalimantan No.37 Kampus Tegal Boto Jember Telp./Fax (0331)323450
*e-mail: indrak19.ik@gmail.com@yahoo.com

ABSTRACT

The purpose of this study is to describe the implementation of family health functions that are old with hypertension. The design of this study is descriptive. The study was conducted on elderly families with hypertension in Glagahwero Village, Panti Sub-district, Jember District. The total sample was 8 people taken using the accidental sampling technique data collected by questionnaire. The analysis used univariate analysis. The results show description Family Ability to perform high health tasks, 5 respondents (62.5%). This means the description from Implementation of an elderly family health function with hypertension is high. The results of this study recommend for public health center services to improve information to the community, especially families with parents with hypertension.

Keywords: Elderly, family health task, elderly hypertension

PENDAHULUAN

Keberhasilan pemerintah dalam pembangunan nasional telah terwujud berbagai hasil yang positif di berbagai bidang terutama di bidang kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas kesehatan penduduk, dan usia harapan hidup, sehingga jumlah penduduk yang berusia lanjut meningkat dan cenderung bertambah lebih cepat (Mubarak, Chayatin, & Santoso, 2010). Usia lanjut adalah tahap akhir siklus kehidupan yang merupakan tahap perkembangan normal dan akan dialami oleh setiap individu dan merupakan kenyataan yang tidak dapat dihindari (Notoatmodjo, 2007). Menjadi tua melewati tiga tahap kehidupan yaitu anak, dewasa, dan tua. WHO dan Undang-Undang Nomor 13

tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua (Nugroho, 2008). Penduduk berusia 60 tahun di dunia diprediksikan dapat mencapai angka lebih dari 1 milyar pada tahun 2020. Jumlah lansia di Amerika juga akan meningkat hingga 24% pada tahun 2050 (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Menurut proyeksi WHO pada tahun 1995 bahwa tahun 2020 diperkirakan jumlah lansia di Indonesia pun sekitar 28 juta jiwa dan tahun 2050 dibandingkan dengan tahun 1990 pertumbuhan lansia Indonesia mengalami pertumbuhan terbesar di Asia yaitu sebesar 411%, Thailand 337%, India 242%, dan China 220% (Martono, 2011). Jumlah lansia di

Indonesia tahun 2011 menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah lansia yang berusia 60-64 tahun sebanyak 5.901.728 jiwa, usia 65-69 tahun sebanyak 4.485.989 jiwa, usia 70-74 tahun sebanyak 3.087.132 jiwa dan usia 75 tahun keatas sebanyak 3.239.077 jiwa, sedangkan di Propinsi Jawa Timur pada tahun 2008 merupakan propinsi dengan peringkat kedua di Indonesia dengan jumlah lanjut usia terbanyak yaitu 3,2 juta jiwa setelah Propinsi Yogyakarta. Jumlah usia lanjut umur 60 tahun ke atas berdasarkan proyeksi penduduk sasaran program tahun 2013 sebanyak 277.398 orang, yang dilayani kesehatannya sebanyak 265.567 orang atau 95,73%. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan lansia di Kabupaten Jember mengalami peningkatan drastis dibandingkan tahun 2012.

Gambaran 10 jenis penyakit utama tahun 2013 yang ada di seluruh puskesmas di kabupaten Jember pada tahun 2013 hipertensi menduduki peringkat kedua yaitu sebanyak 5,11% dari total 1.368.475 kunjungan. Data dari puskesmas Panti dari 10 data kunjungan penyakit pada tahun 2017 hipertensi menduduki peringkat ke 5 dengan 810 kasus.

Hasil survei yang dilakukan peneliti pada masyarakat desa Glagahwero Kecamatan Panti didapatkan jumlah lansia sebanyak 679 orang, dari jumlah tersebut sebanyak 543 orang (80,9%) mengalami masalah kesehatan hipertensi. Lansia mengalami berbagai gejala akibat penurunan kondisi fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, hal ini akan berpengaruh terhadap seluruh aspek kehidupan lansia termasuk kesehatannya. Seiring dengan bertambahnya usia seseorang, berbagai permasalahan kesehatan mulai bermunculan.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013)

penyakit lanjut usia sering berbeda dengan dewasa muda, karena penyakit pada lansia merupakan gabungan dari kelainan-kelainan yang timbul akibat penyakit dan proses menua, yaitu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri serta mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap penyakit (infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Keluhan kesehatan yang dialami oleh lansia merupakan efek dari penyakit kronis seperti asam urat, hipertensi, diabetes mellitus, rematik dan penyakit lainnya, dan yang merupakan penyakit penyebab rawat jalan tertinggi pada tahun 2010 yang dialami lansia adalah hipertensi.

Hipertensi merupakan penyakit degeneratif, dengan bertambahnya usia seseorang kemungkinan untuk menderita hipertensi juga semakin besar, hipertensi banyak ditemukan pada lanjut usia (Anggraeni, 2012).

Menurut WHO, tekanan darah dianggap normal bila kurang dari 135/85 mmHg, sedangkan bila lebih dari 140/90 mmHg dikatakan hipertensi. Batasan ini berlaku bagi orang dewasa di atas 18 tahun (Adib, 2009). Batasan tekanan darah untuk lansia adalah 160/90 mmHg, jika tekanan darah lansia melebihi dari batas tersebut maka lansia menderita hipertensi (Fatimah, 2010).

Menurut Anggraeni (2012) penyebab hipertensi pada lansia salah satu faktor resikonya antara lain stress, faktor keturunan, usia, asupan garam dan gaya hidup yang kurang sehat. Organisasi kesehatan dunia (WHO) menetapkan hipertensi sebagai faktor

resiko nomor tiga penyebab kematian di dunia (Ridwan, 2011). Insiden hipertensi pada lanjut usia cukup tinggi yaitu 40% dengan kematian 50% diatas umur 60 tahun (Suhadi, 2011) Lansia yang mengalami penyakit kronis seperti hipertensi pada umumnya lebih memilih tinggal dilingkungan keluarga.

Menurut Tamher & Noorkasiani (2011) keluarga merupakan tempat berlindung yang paling disukai para lansia. Lansia lebih memilih tinggal bersama keluarganya dari pada tinggal di institusi seperti panti jompo, terdapat sekitar 65% lansia yang mengidap gangguan kesehatan seperti penyakit kronik atau kecacatan, hidup bersama orang yang merawatnya, yang mengingat masalah kesehatannya, sementara sisanya 35% hidup sendiri.

Menurut Mubarak, Santoso, Rozikin & Patonah (2006) alasan lansia perlu dirawat dilingkungan keluarga dikarenakan tempat tinggal keluarga merupakan lingkungan atau tempat alamiah dan damai bagi lansia, selain itu keluarga merupakan pengambil keputusan yang terkait dengan kesehatan anggota keluarganya termasuk lansia, dan masih banyak alasan lainnya mengapa lansia perlu dirawat dilingkungan keluarga.

Keluarga merupakan kunci utama bagi kesehatan serta perilaku sehat sakit, oleh karena itu keluarga terlibat langsung dalam mengambil keputusan dan terapeutik pada setiap tahap sehat- sakit anggota keluarga (Setiadi, 2008). Menurut Friedman (2003) dalam Mubarak, Chayatin, & Santoso, (2010) fungsi utama keluarga diantaranya adalah fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi ekonomi dan

fungsi perawatan keluarga. Fungsi utama keluarga salah satu diantaranya adalah fungsi perawatan keluarga, dimana keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga melaksanakan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan (Mubarak, Chayatin, & Santoso, 2010).

Lansia dengan penyakit hipertensi memerlukan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Menurut Setiadi (2008) adapun beberapa hal yang berkaitan dengan tugas kesehatan keluarga meliputi kemampuan untuk mengenal masalah, kemampuan keluarga untuk mengambil keputusan, kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sakit, kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada (Setiadi, 2008).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Imanah (2012) tentang hubungan lima tugas kesehatan keluarga dengan pencegahan kekambuhan pada klien skizofrenia yang berkunjung di poli jiwa rumah sakit jiwa Menur Surabaya, didapatkan hasil hubungan yang signifikan antara pelaksanaan lima tugas kesehatan keluarga terhadap upaya pencegahan kekambuhan. Hasil ini menunjukkan bahwa keluarga merupakan support utama dalam memenuhi kesehatan anggota keluarganya. Semakin keluarga memahami mengenai pelaksanaan tugas kesehatan keluarga

maka penyakit yang dialami anggota keluarga dapat diatasi.

Berdasarkan wawancara langsung yang dilakukan terhadap 8 orang keluarga yang memiliki lansia, didapatkan 6 orang keluarga yang memiliki lansia dengan hipertensi diantaranya belum mampu mengenal masalah kesehatan yang terjadi pada lansia, keluarga belum mampu mengambil keputusan apabila lansia mengalami hipertensi, keluarga belum mampu merawat lansia pada saat sakit dengan baik, keluarga belum mampu memodifikasi dan perbaikan lingkungan, dan didapatkan 2 keluarga yang memiliki lansia dengan penyakit hipertensi mengatakan jarang pergi ke pelayanan kesehatan dan belum memahami tugas kesehatan keluarga dengan benar.

Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang tugas kesehatan keluarga secara umum dengan judul gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang memiliki lansia dengan penyakit hipertensi di desa Glagahwero Kecamatan Panti Jember.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain pre eksperimen dengan menggunakan pendekatan One Group Pre-Test Design. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki lansia di Desa Glagahwero yang berusia 60-80 tahun yang berjumlah 8 orang yang menjadi klien kelolaan mahasiswa program studi profesi ners angkatan XX fakultas keperawatan universitas Jember.

Penarikan sampel dilakukan pada keluarga yang memiliki lansia dengan kriteria inklusi keluarga yang memiliki lansia yang menjadi klien kelolaan mahasiswa program studi profesi ners angkatan XX di desa Glagahwero, bersedia menjadi responden.

Penelitian dilakukan di Desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember, dilaksanakan pada bulan Mei 2018 sampai Juni 2018. Alat pengumpul data yang digunakan berupa angket.

HASIL

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden

Karakteristik	Frekuensi	%
Jumlah anggota keluarga		
▪ < 2 orang		
▪ 2-5 orang	8	100
▪ > 5 orang		
Agama		
▪ islam	8	100
Status pendidikan		
▪ SD	6	75
▪ SMP	2	25
▪ SMA	-	-
▪ PT	-	-
Pekerjaan		
▪ Tidak bekerja	3	37,5
▪ Swasta	2	25
▪ PNS	-	-

▪ Pedagang	1	12,5
▪ Dll	2	25
Total	8	100

Berdasarkan tabel 1 diketahui data bahwa dari 8 responden yang diteliti, karakteristik berdasarkan jumlah anggota keluarga seluruh responden dengan jumlah anggota keluarga 2-5 orang (100%). Berdasarkan agama seluruh responden beragama islam (100%). Karakteristik responden berdasarkan status pendidikan terbanyak adalah tingkat pendidikan SD sebanyak 6 responden (75%), dan karakteristik berdasarkan pekerjaan mayoritas responden tidak bekerja sebanyak 3 responden (37,5%).

Tabel 2. Distribusi frekuensi kemampuan keluarga mengenal masalah hipertensi pada lansia

mengenal	frekuensi	%
Tinggi	7	87,5
Rendah	1	12,5
Total	8	100

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa dari 8 responden yang diteliti, mayoritas kemampuan responden dalam mengenal masalah hipertensi pada lansia adalah tinggi sebanyak 7 responden (87,5%).

Tabel 3. Distribusi frekuensi kemampuan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan pada lansia

Memutuskan	frekuensi	%
Tinggi	6	75

Rendah	2	25
Total	8	100

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa dari 8 responden yang diteliti, mayoritas kemampuan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan pada lansia adalah tinggi sebanyak 6 responden (75%).

Tabel 4. Distribusi frekuensi kemampuan keluarga merawat lansia hipertensi

Merawat	frekuensi	%
Tinggi	5	62,5
Rendah	3	37,5
Total	8	100

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa data dari 8 responden yang diteliti, mayoritas kemampuan keluarga merawat lansia yang mengalami hipertensi adalah tinggi sebanyak 5 responden (62,5%).

Tabel 5. Distribusi frekuensi kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan kesehatan sekitar keluarga

Memodifikasi	frekuensi	%
Tinggi	2	25
Rendah	6	75
Total	8	100

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa data dari 8 responden yang diteliti, mayoritas kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan kesehatan sekitar keluarga rendah sebanyak 6 orang (75%).

Tabel 6. Distribusi frekuensi kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada

Memanfaatkan	frekuensi	%
Tinggi	5	62,5
Rendah	3	37,5
Total	8	100

Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa data dari 8 responden yang diteiliti, mayoritas kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada adalah tinggi sebanyak 5 responden (62,5%).

Tabel 7. Distribusi frekuensi kemampuan keluarga tentang pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang memiliki lansia dengan penyakit hipertensi

Pelaksanaan	frekuensi	%
Tinggi	5	62,5
Rendah	3	37,5
Total	8	100

Berdasarkan tabel 7 diketahui bahwa dari 8 responden yang diteliti, mayoritas kemampuan keluarga tentang pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang memiliki lansia dengan masalah hipertensi adalah tinggi sebanyak 5 responden (62,5%).

PEMBAHASAN

Karakteristik responden

Dari hasil penelitian tentang karakteristik responden ditemukan bahwa karakteristik berdasarkan jumlah anggota keluarga mayoritas dengan jumlah anggota keluarga 2-5 orang sebanyak 8 responden (100%). Berdasarkan agama seluruh

responden beragama islam (100%), karakteristik responden berdasarkan status pendidikan yang terbanyak adalah tingkat pendidikan SD yang berjumlah 6 responden (75%) dan karakteristik responden berdasarkan pekerjaan yang terbanyak adalah tidak bekerja yang berjumlah 3 responden (37,5%). Menurut Friedman (2005) mendefinisikan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Keluarga merupakan salah satu unsur yang berperan penting dalam proses pelayanan kesehatan pada anggota keluarga. Jumlah anggota keluarga akan sangat mempengaruhi terhadap perhatian dan fokus pelayanan pada anggota keluarga. Keluarga yang memiliki jumlah anggota keluarga yang lebih banyak akan menyebabkan menurunnya perhatian kepada anggota keluarga yang mengalami masalah-masalah didalam keluarga. Selain itu juga besar kecilnya keluarga akan sangat mempengaruhi pendapatan rumah tangga karena besarnya biaya yang dikeluarkan untuk memenuhi konsumsi rumah tangga lebih banyak sehingga dituntut pemasukan yang lebih tinggi. Pengeluaran yang dikeluarkan biasanya hanya sebatas memenuhi kebutuhan pokok saja. Belum lagi memperhitungkan kebutuhan lain yang jarang diperhitungkan dengan biaya seperti konsumsi air sehari-hari. Berdasarkan hasil dari peneliti menunjukkan jumlah anggota keluarga 2- 5 orang mempengaruhi perhatian dan fokus pelayanan terhadap lansia

yang menderita hipertensi, perhatian dan fokus pelayanan dapat diberikan keluarga dengan baik terhadap lansia.

Unsur karakteristik yang berperan penting dalam pelaksanaan tugas kesehatan keluarga salah satunya adalah pendidikan, merupakan faktor yang mempengaruhi pola pikir seseorang. Menurut Perry & Potter (2005) latar belakang pendidikan akan membentuk cara berpikir seseorang termasuk membentuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tersebut untuk menjaga kesehatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Sugiharto, Suharyo, Sukandarno, dan Shofa (2003), dimana pada penelitian yang dilakukan terhadap 310 pasien hipertensi didapatkan tingkat pendidikan responden paling banyak yaitu tidak pernah sekolah sebanyak 48 orang (31%), pendidikan responden paling sedikit adalah tamat akademi sebanyak 1 orang (0,6%) dan tamat pasca sarjana sebanyak 1 orang (0,6%). Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan dan pengetahuan seseorang dalam menerapkan perilaku hidup sehat. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi kemampuan seseorang dalam menjaga kesehatan.

Kemampuan Keluarga Dalam Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Yang Memiliki Lansia Dengan Penyakit Hipertensi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas kemampuan

keluarga tentang pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang memiliki lansia dengan penyakit hipertensi adalah tinggi sebanyak 5 responden (62,5%). Bila dilihat dari tugas kesehatan keluarga berdasarkan mengenal masalah kesehatan mayoritas adalah kategori tinggi yaitu sebesar 7 responden (87,5%). Kemampuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pendidikan yang diterima, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Hal ini juga didukung oleh Notoatmodjo (2005) yang mengemukakan bahwa pendidikan merupakan perubahan pada diri manusia sehingga pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang lebih mudah dalam mengambil keputusan dan bertindak.

Menurut Setiadi (2008) mengenal masalah kesehatan keluarga yaitu sejauh mana keluarga, mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan keluarga yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga terhadap lansia dengan hipertensi, menunjukkan kemampuan keluarga dalam mengenal gejala hipertensi yang sering dialami lansia seperti sakit kepala, gelisah, nyeri tengkuk, mual, dan muntah, sesak nafas, dan pandangan menjadi kabur. Keluarga mengetahui faktor-faktor penyebab hipertensi seperti merokok dan mengkonsumsi garam yang berlebihan. Kemampuan keluarga

dalam mengenal masalah hipertensi pada lansia sangat berperan penting dalam upaya peningkatan kesehatan lansia, sehingga beban keluarga dalam mengurus lansia dapat berkurang.

Berdasarkan tugas kesehatan keluarga yang kedua yaitu mengambil keputusan didapatkan hasil bahwa mayoritas kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan adalah tinggi sebanyak 6 responden (75%). Keluarga merupakan kunci utama bagi kesehatan serta perilaku sehat sakit, oleh karena itu keluarga terlibat langsung dalam mengambil keputusan dan terapeutik pada setiap tahap sehat-sakit anggota keluarga (Setiadi, 2008). Mengambil sebuah keputusan kesehatan keluarga merupakan langkah sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, apakah masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dihadapi, takut akan akibat tindakan penyakit, mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan terhadap lansia dengan hipertensi mengerti akan dampak dari hipertensi seperti stroke, kerusakan ginjal, penyakit jantung, dan gangguan penglihatan. Keluarga memberi saran kepada lansia untuk segera memberi tahu keluarga jika gejala hipertensi muncul/ dialami oleh lansia.

Berdasarkan tugas kesehatan keluarga dalam merawat lansia didapatkan hasil bahwa mayoritas kemampuan keluarga merawat lansia yang mengalami hipertensi adalah tinggi sebanyak 5 responden (62,5%).

Fungsi utama keluarga salah satu diantaranya adalah fungsi perawatan keluarga, dimana keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga melaksanakan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan (Mubarak, Chayatin, & Santoso, 2010).

Menurut Setiadi, (2008) anggota keluarga dalam menjalankan fungsinya perlu mengetahui keadaan penyakitnya, mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, keuangan, fasilitas fisik, psikososial), mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap yang sakit. Perawatan keluarga dengan melakukan perawatan sederhana sesuai dengan kemampuan, dimana perawatan keluarga yang biasa dilakukan dan cara pencegahannya seminimal mungkin. Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. (Setiadi, 2008). Keluarga dalam merawat lansia dengan hipertensi menunjukkan memenuhi kebutuhan saat lansia sakit, membatasi aktivitas yang melelahkan dan membatasi pola makan lansia seperti mengurangi penggunaan garam dalam masakan. Pemahaman dalam proses pelaksanaan perawatan keluarga sangat diperlukan, sehingga keluarga

mampu melaksanakan kegiatan-kegiatan selama proses perawatan lansia baik sebelum ataupun sesudah mengalami hipertensi.

Berdasarkan tugas kesehatan keluarga dalam memodifikasi lingkungan didapatkan hasil kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan kesehatan sekitar keluarga adalah rendah sebanyak 6 responden (75%). Menurut Setiadi (2008), modifikasi lingkungan sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki, keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan, mengetahui pentingnya hygiene sanitasi dan kekompakan antar anggota keluarga.

Memodifikasi lingkungan dapat membantu dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, dalam bentuk kebersihan rumah dan menciptakan kenyamanan agar dapat beristirahat dengan tenang tanpa adanya gangguan dari luar. Selain itu perbaikan dan pemeliharaan kesehatan sangat perlu terutama melalui komitmen dan modifikasi lingkungan serta gaya hidup pribadi, hal ini semakin memperkuat peran pokok keluarga dalam melaksanakan tanggung jawab terhadap kesehatan para anggotanya.

Lansia yang mengalami penyakit kronis seperti hipertensi pada umumnya lebih memilih tinggal dilingkungan keluarga. Menurut Tamher & Noorkasiani (2011) keluarga merupakan tempat berlindung yang paling disukai para lansia. Lansia lebih memilih tinggal bersama keluarganya

dari pada tinggal di institusi seperti panti jompo, terdapat sekitar 65% lansia yang mengidap gangguan kesehatan seperti penyakit kronik atau kecacatan, hidup bersama orang yang merawatnya, yang mengingat masalah kesehatannya, sementara sisanya 35% hidup sendiri.

Hasil penelitian menunjukkan modifikasi lingkungan keluarga dengan lansia hipertensi mampu berperilaku menyenangkan dirumah agar tidak terjadi stress, dimana stress yang dialami lansia bila berkelanjutan memicu terjadinya hipertensi, Modifikasi dilakukan agar lingkungan keluarga menjadi lingkungan yang nyaman dan damai bagi lansia.

Berdasarkan tugas kesehatan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan adalah mayoritas tinggi sebanyak sebanyak 5 responden (62,5%). Menurut Setiadi (2008) kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dimana keluarga mengetahui apakah keberadaan fasilitas kesehatan, memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga.

Keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, dimana biasa mengunjungi pelayanan kesehatan yang biasa dikunjungi dan cenderung yang paling dekat misalnya posyandu, Puskesmas maupun rumah sakit, hal ini dilakukan dengan alasan lebih efisien waktu dan merasa cocok.

Menurut penelitian yang

dilakukan oleh Amelia (2012) tentang hubungan antara tugas kesehatan keluarga dengan kejadian stroke berulang pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang. Didapatkan hasil tidak ada hubungan bermakna antara tugas kesehatan keluarga dengan kejadian stroke berulang. Sebanyak 27 keluarga dari 31 Keluarga mampu mengenal masalah, dari 19 keluarga mampu mengambil keputusan, 25 keluarga mampu memberikan perawatan, 20 keluarga mampu memodifikasi lingkungan dan sebanyak 30 dari 31 keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan baik.

Keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan harus mampu memanfaatkan fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat seperti Puskesmas dan posyandu untuk lansia agar kesehatan pada lansia dengan hipertensi dapat terkontrol. Sering kali kemampuan keluarga untuk menjangkau fasilitas kesehatan menjadi kendala bagi keluarga untuk membawa lansia ke fasilitas kesehatan. Keluarga yang memiliki lansia dengan hipertensi mendapatkan informasi tentang penanganan penyakit dan rajin mengontrol tekanan darah ke pelayanan terdekat seperti Puskesmas.

Kemampuan keluarga dalam pelaksanaan tugas kesehatan keluarga tinggi dikarenakan faktor pendidikan responden, sehingga mudah menyerap informasi-informasi terbaru khususnya mengenai penyakit hipertensi, pengetahuan responden yang sudah banyak tentang hipertensi,

memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terjangkau berada di perkotaan mempermudah keluarga mengambil keputusan yang tepat dan semaksimal mungkin memanfaatkan fasilitas-fasilitas kesehatan seperti penyuluhan khususnya tentang penyakit hipertensi yang dialami lansia.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan tentang gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang memiliki lansia dengan penyakit hipertensi di desa Glagahwero Kecamatan Panti Kabupaten Jember, dapat disimpulkan sebagai berikut: mayoritas kemampuan keluarga tentang pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang memiliki lansia dengan hipertensi adalah tinggi (62,5%), mayoritas kemampuan keluarga dalam mengenal masalah hipertensi pada lansia adalah tinggi (87,5%), mayoritas kemampuan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan perawatan pada lansia adalah tinggi (75%), mayoritas kemampuan keluarga merawat lansia yang mengalami hipertensi adalah tinggi (62,5%), Mayoritas kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan kesehatan sekitar keluarga adalah rendah (75%), mayoritas kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada adalah tinggi (62,5 %).

SARAN

Berdasarkan hasil kesimpulan diatas maka dapat diberikan beberapa saran yang ditujukan pada keluarga dan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas dan Instansi Kesehatan Lainnya sebagai berikut:

1. Kepada keluarga Mempunyai Lansia

Diharapkan kepada keluarga untuk dapat membawa lansia ke Puskesmas atau posyandu tiap bulannya agar kesehatan lansia dapat terkontrol dan diharapkan keluarga selalu mencari informasi yang berhubungan dengan tugas-tugas keluarga dalam merawat lansia dengan hipertensi.

2. Kepada Pendidikan Keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi mahasiswa keperawatan sehingga menambah wawasan tentang pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang memiliki lansia dengan penyakit hipertensi.

3. Kepada Pihak Puskesmas

Diharapkan kepada puskesmas untuk dapat melakukan Peningkatan upaya penyuluhan kepada masyarakat terutama keluarga yang memiliki lansia tentang pentingnya upaya peningkatan derajat kesehatan lansia dan perawatan pada lansia dengan hipertensi, dan cara memodifikasi lingkungan karena berdasarkan hasil penelitian dalam distribusi frekuensi keluarga memodifikasi lingkungan mayoritas rendah. Selain itu perlu dilakukanya upaya kerjasama dengan lintas sektor maupun lintas program dalam peningkatan komunikasi, informasi dan motivasi dalam pemberian edukasi pada masyarakat /keluarga lansia.

3. Bagi Peneliti selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut terkait pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang memiliki lansia dengan variabel- variabel yang lain.

KEPUSTAKAAN

- Adib, M. 2009. Cara mudah memahami dan menghindari hipertensi, jantung, dan stroke. Yogyakarta: Dianloka.
- Anggaraeni, Y. 2012. Super komplet pengobatan darah tinggi. Yogyakarta: Araska.
- Fatimah, 2010. Merawat manusia lanjut usia. Jakarta: Trans info media.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. 2003. Family nursing, research, theory and practice. New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman. 2005. Keperawatan keluarga. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI, 2013. Gambaran kesehatan lansia di Indonesia.
- Martono, 2011. Lanjut usia dan dampak sistemik dalam siklus kehidupan.
- Maryam, R.S., Ekasari, M.F., Rosidawati., Jubaedi, A., & Batubara, I. 2008. Mengenal usia lanjut danperawatannya. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, W.I., Chayatin, N., & Santoso, B.A. 2010. Ilmu keperawatan komunitas konsep dan aplikasi. Jakarta: Selemba Medika.

Tim Publikasi Jurnal

Desain Cover : Ns. Kholid Rosyidi MN, MNS

Layout : Ns. Kholid Rosyidi MN, MNS

Ns. Kushariyadi, M.Kep

Editor : Ns. Kushariyadi, M.Kep

Ns. Kholid Rosyidi MN, MNS

Reviwer : DR. Siti Nur Kholifah, S. KM, M. Kep, Sp. Kom.

Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom., Ph.D

Hanny Rasni, S. Kp, M. Kep

Ns. Latifa Aini S, M. Kep, Sp. Kom

Ns. Susi Wahyuning Asih. M. Kep

Seluruh artikel sudah di publikasikan di jurnal unmuh jember, Akses jurnal:

<http://jurnal.unmuhjember.ac.id/index.php/TIJHS/issue/view/143>

The screenshot displays the journal's website interface. At the top, there is a header with the journal logo, the title "JOURNAL", and the subtitle "The Indonesian Journal of Health Science". To the right, it lists the faculty and university information: "Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember, Alamat: Jl. Kanisasa No.49, Gunung Kerang, Sumbersari, Kabupaten Jember, Jawa Timur 68121, Email: jurnal.fikesuny@gmail.com". Below the header is a navigation menu with links: HOME, ABOUT, LOGIN, REGISTER, SEARCH, CURRENT, ARCHIVES, ANNOUNCEMENTS. The main content area shows the year "2018" and the issue title "Edisi Khusus, September: The Indonesian Journal Of Health Science". A DOI link is provided: "DOI: http://dx.doi.org/10.32528/tijhs.v0i0". A "Table of Contents" section lists three articles with their titles, authors, and page numbers. On the right side, there is a sidebar with links for "Aim & Scope", "Editorial Board", "Section Policies", "Peer Review Process", "Online Submissions", and "Publication Ethics". Below these links is a "USER" login section with fields for "Username" and "Password", a "Remember me" checkbox, and a "Login" button. At the bottom of the sidebar, there is an "ISSN MEDIA" section with the ISSN number "2087-5053" and a barcode.

Article Title	Author(s)	Page(s)
PENGARUH HIDROTERAPI KAKI TERHADAP PENURUNAN SKOR INSOMNIA PADA LANJUT USIA DI PANTI IWERDHA MUHAMMADIYAH KOTA PROBOLINGGO	Setyoadi S, Vansa Agustianan Eka Putra	1-6
IDENTIFIKASI MASALAH KESEHATAN PENDUDUK RUKUN WILAYAH 01 KELURAHAN ABEPANTAI ABEPURA KOTA JAYAPURA	Fransisca B. Batticacci, Imma Wardhani	7-27
STUDI KOMPARASI TERAPI KOMPLEMENTER YOGA DAN TERAPI MODALITAS AKTIVITAS KELOMPOK TERHADAP KEMAMPUAN MIKRODIALISIS HALUSINASI PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT KHUSUS PROVINSI SULAWESI SELATAN	Indrawaty I, Rahman R, Sumirah B P, Khoerunnisa K	28-34



Seluruh artikel sudah dipublikasikan di jurnal Unmuh Jember, Akses Jurnal
<http://jurnal.unmuhjember.ac.id/index.php/TJHS/view/143>

