

Jurnal Kebidanan dan Keperawatan

Analisis Diagnosis Keperawatan yang Muncul pada Pasien Gagal Jantung
di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta
Intan Kurnianingsih, Widaryati

Pengaruh Stimulasi Counter Pressure Disertai Teknik Pernafasan
terhadap Tingkat Nyeri pada Ibu Primigravida Kala Satu Fase Aktif
Umu Hani Edi Nawangsih

Studi Komparasi Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) Berdasarkan
Pola Asuh Orang Tua pada Anak Sekolah Dasar Kelas III-VI
Dina Cahyani, Yuli Isnaeni

Efektivitas Asuhan Keperawatan pada Klien Post Operasi Appendisit
dengan Analisis Nanda, NOC dan NIC
Edy Suprayitno, Suratini

Hubungan Contraction Stress Test dengan Status Kebugaran Bayi
di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
Farida Kartini

Analisis Faktor Sosial Ekonomi Budaya Perilaku Pasangan Usia Subur
dalam Menentukan Jumlah Anak Di Kabupaten Bantul
Hariza Adnani

Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Asupan Gizi
dengan Status Gizi Balita
Sugiyanto

Persepsi Perawat Tentang Penilaian Kinerja Perawat
dengan Menggunakan Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3)
Tenti Kurniawati, Junaiti Sahar, Novy Helena C. D.

Hubungan Antara Frekuensi Interaksi dengan Media Pornografi
terhadap Sikap Tentang Perilaku Seks Bebas pada Remaja
di SMUN 2 Rangkabitung
Meilinda Widiyastuty

Hubungan Lama Hospitalisasi dengan Tingkat Kecemasan Perpisahan
Akibat Hospitalisasi pada Anak Usia Pra Sekolah
di RSU PKU Muhammadiyah Bantul
Asmayanty, Mamnu'ah

Diterbitkan oleh STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

Jurnal Kebidanan dan Keperawatan	Vol. 7	No. 1	Hal. 1-95	Yogyakarta Juni 2011	ISSN 1858-0610
-------------------------------------	--------	-------	-----------	-------------------------	-------------------

Jurnal

Kebidanan dan Keperawatan

Vol. 7 No. 1, Juni 2011

ISSN 1858-0610

Terbit 2 kali setahun pada bulan Juni dan Desember. Berisi tulisan yang diangkat dari hasil penelitian di bidang kebidanan dan keperawatan.

Ketua Penyunting

Mamnu'ah

Wakil Ketua Penyunting

Ery Khusnal

Penyunting Pelaksana

Warsiti

Mufdlilah

Umu Hani EN

Hikmah

Sulistyaningsih

Yuli Isnaeni

Pelaksana Tata Usaha

Dinik Rusinani

Irkhamiyati

Sri Rejeki

Agung Suyudi

Alamat Penyunting dan Tata Usaha: STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta, Jl. Munir No. 267 Serangan Yogyakarta 55262. Telp (0274) 374427 pesawat 216, Fax. (0274) 389440. E-mail: bp3m_stikesayo@yahoo.com

Penyunting menerima sumbangan tulisan yang belum pernah diterbitkan dalam media lain. Naskah diketik di atas kertas HVS kuarto spasi ganda sepanjang lebih kurang 20 halaman, dengan format seperti tercantum pada petunjuk bagi penulis JKK di bagian belakang jurnal ini. Naskah yang masuk dievaluasi dan disunting untuk keseragaman format, istilah dan tata cara lainnya.

JURNAL KEBIDANAN DAN KEPERAWATAN diterbitkan sejak bulan Juni 2005 oleh STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.

Jurnal

Kebidanan dan Keperawatan

Vol. 7 No. 1, Juni 2011

ISSN 1858-0610

- Analisis Diagnosis Keperawatan yang Muncul pada Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta**
Intan Kurnianingsih, Widaryati 1-10
- Pengaruh *Stimulasi Counter Pressure* Disertai Teknik Pernafasan terhadap Tingkat Nyeri pada Ibu Primigravida Kala Satu Fase Aktif**
Umu Hani Edi Nawangsih 11-19
- Studi Komparasi Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) Berdasarkan Pola Asuh Orang Tua pada Anak Sekolah Dasar Kelas III-VI**
Dina Cahyani, Yuli Isnaeni 20-27
- Efektivitas Asuhan Keperawatan pada Klien Post Operasi Appendisitis dengan Analisis Nanda, NOC dan NIC**
Edy Suprayitno, Suratini 28-38
- Hubungan *Contraction Stress Test* dengan Status Kebugaran Bayi di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta**
Farida Kartini 39-47
- Analisis Faktor Sosial Ekonomi Budaya Perilaku Pasangan Usia Subur dalam Menentukan Jumlah Anak Di Kabupaten Bantul**
Hariza Adnani 47-55
- Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Asupan Gizi dengan Status Gizi Balita**
Sugiyanto 56-65
- Persepsi Perawat Tentang Penilaian Kinerja Perawat dengan Menggunakan Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3)**
Tenti Kurniawati, Junaiti Sahar, Novy Helena C. D. 68-78
- Hubungan Antara Frekuensi Interaksi dengan Media Pornografi terhadap Sikap Tentang Perilaku Seks Bebas pada Remaja di SMUN 2 Rangkabitung**
Meilinda Widiyastuty 78-87
- Hubungan Lama Hospitalisasi dengan Tingkat Kecemasan Perpisahan Akibat Hospitalisasi pada Anak Usia Pra Sekolah di RSU PKU Muhammadiyah Bantul**
Asmayanty, Mamnu'ah 88-95

ANALISIS DIAGNOSIS KEPERAWATAN YANG MUNCUL PADA PASIEN GAGAL JANTUNG

Intan Kurnianingsih, Widaryati

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

E-mail: widaryati2092@yahoo.com

Abstract: The aim of this study was to describe the nursing diagnoses that appear on heart failure patient. The research method was case series that have descriptive towards 14 patients with heart failure in PKU Muhammadiyah Hospital. The result showed any 12 nursing diagnoses that appear on 14 patients with heart failure with criteria and percentage, that are (1) impaired gas exchange (100%), (2) excess fluid volume (100%), (3) ineffective tissue perfusions (specify type: renal, cerebral, cardiopulmonary peripheral) (100%), (4) decrease cardiac output (100%), (5) activity intolerance (100%), (6) anxiety (35,71%), (7) insomnia (57,14%), (8) deficit knowledge about heart failure (100%), (9) ineffective therapeutic regimen management (50%), (10) acute pain (14,29%), (11) hygiene or bathing self care deficit (100%), and (12) ineffective breathing pattern (85,71%). It is found that 8 nursing diagnoses (57,14%) suitable with theory, 4 nursing diagnoses (28,57%) nothing in theory, and 1 nursing diagnoses, that is, acute confusion is not met in this research.

Keywords: analysis, heart failure, nursing diagnoses

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien gagal jantung. Metode penelitian yang dipakai adalah case series yang bersifat deskriptif terhadap 14 pasien gagal jantung di bangsal rawat inap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 12 diagnosa keperawatan yang muncul pada 14 pasien gagal jantung dengan kriteria dan persentase sebagai berikut: (1) kerusakan pertukaran gas (100%) (2) kelebihan volume cairan (100%) (3) perfusi jaringan yang tidak efektif: kardiopulmonalis, perifer, renal, dan serebral (100%) (4) penurunan cardiac output (100%) (5) intoleransi aktivitas (100%) (6) cemas (35,71) (7) insomnia (57,14%) (8) kurang pengetahuan tentang gagal jantung (100%) (9) manajemen regimen terapeutik tidak efektif (50%) (10) nyeri akut (14,29%) (11) kurang perawatan diri: higiene atau mandi (100%) (12) pola napas tidak efektif (85,71%). Dari hasil tersebut diketahui bahwa 8 diagnosa (57,14%) sesuai teori, 4 diagnosa (28,57%) tidak ada dalam teori dan 1 diagnosa yaitu kebingungan akut tidak ditemukan dalam penelitian ini.

Kata kunci: analisis, gagal jantung, diagnosis keperawatan

PENDAHULUAN

Gagal jantung (*heart failure*) merupakan suatu kondisi abnormal yang ditunjukkan dengan terjadinya suatu ketidakadekuatan jantung secara menyeluruh untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Defisit ini mengakibatkan insufisiensi perfusi jaringan tubuh terhadap oksigen dan nutrisi yang penting, disebabkan oleh sejumlah masalah kardiovaskuler baik akut maupun kronis (Ignatavicius & Workman, 2006).

Apabila penderita gagal jantung yang melakukan pengobatan secara intensif, maka akan berakibat pada kegagalan organ ginjal. Hal ini disebabkan oleh menurunnya aliran darah ke ginjal serta edema paru karena kontraktilitas jantung yang menurun. Jika penurunan pasokan oksigen dan nutrisi oleh darah ke jaringan berlangsung lama, maka secara cepat akan terjadi di otak atau serebral sehingga menyebabkan koma dan pada akhirnya menyebabkan kematian.

Pengobatan gagal jantung bukan persoalan yang mudah. Biaya perawatan penderita gagal jantung cukup besar yang berimplikasi pada kondisi ekonomi pasien terutama terhadap kelangsungan perawatan gagal jantung. Hal ini dikarenakan gagal jantung itu sendiri merupakan penyakit yang sering membutuhkan rawat ulang. Keadaan inilah yang mendorong pentingnya proses perawatan yang tepat dan sesuai standar terhadap pasien gagal jantung. Jika perawatan terhadap pasien gagal jantung tidak dilakukan dengan tepat, maka akan berakibat pada meningkatnya rawat ulang. Pada akhirnya, risiko kematian bertambah tinggi.

Dari perencanaan asuhan keperawatan yang tepat dan didukung oleh ketepatan dalam melakukan *anamnesis* maka akan diperoleh data kesehatan jantung yang akurat. Data tersebut dapat digunakan sebagai dasar untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Diagnosis inilah yang pada

akhirnya akan menentukan ketepatan intervensi yang diberikan sehingga mempercepat proses kesembuhan, meminimalkan komplikasi gagal jantung, rawat ulang dan meningkatnya kualitas hidup pasien.

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai individu, keluarga, dan masyarakat sebagai akibat dari masalah-masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan memberikan dasar-dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat (NANDA International 2008; Potter & Perry, 2005). Apabila pengambilan diagnosis keperawatan dilakukan dengan benar, maka intervensi keperawatan selanjutnya akan sesuai dengan masalah pasien. Namun, jika diagnosis keperawatan yang ditegakkan tidak tepat, maka intervensi yang dilakukan pun tidak dengan sesuai masalah pasien. Akibatnya intervensi yang dilakukan tidak efektif sehingga kesembuhan pasien menjadi tidak optimal.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta, menunjukkan bahwa gagal jantung masuk ke dalam 10 besar kelompok penyakit. Sementara itu, selama kurun waktu 2006, masih banyak proses keperawatan yang belum lengkap dan sesuai. Perumusan diagnosis keperawatan pun belum seragam atau sesuai dengan standar diagnosis keperawatan NANDA. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien gagal jantung di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta. Sementara tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui persentase diagnosis-diagnosis keperawatan serta persentase masing-masing batasan karakteristik dari setiap diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien gagal jantung di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *case series* yang bersifat deskriptif untuk memperoleh gambaran rangkaian kasus mengenai masalah keperawatan dan diagnosis yang mungkin muncul pada pasien gagal jantung di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien gagal jantung yang dirawat di bangsal rawat inap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta. Subyek dalam penelitian ini sebanyak 14 orang yang mengalami gagal jantung. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *total sampling*. Variabel yang diteliti adalah diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien gagal jantung. Data mengenai diagnosis keperawatan pasien gagal ginjal dikumpulkan dengan menggunakan instrumen berupa lembar observasi yang berisi tentang identitas responden, pedoman identifikasi masalah yang memuat data batasan-batasan karakteristik terkait masalah keperawatan pasien, lembar catatan dokumentasi yang memuat data-data hasil laboratorium pasien, dan hasil pemeriksaan fisik serta alat-alat yang digunakan untuk pemeriksaan fisik yaitu *spygmanometer* raksa, stetoskop, dan alat pengitung waktu.

Metode pengumpulan data dilakukan

dengan menggunakan observasi, wawancara, studi dokumentasi asuhan keperawatan dan pemeriksaan fisik. Analisis data penelitian dilakukan melalui lembar observasi yang telah dihitung nilai atau skornya berdasarkan jumlah *check-list* poin yang terisi dari setiap keluhan data yang ditemukan. Skor tersebut kemudian dianalisis dan disajikan dalam bentuk tabel berdasarkan distribusi dari variabel yang diteliti (dalam bentuk persentase).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Berdasarkan karakteristik responden penelitian, sebanyak lima pasien (35,71) pernah dirawat di ICU/CCU. Usia responden yang mengalami gagal jantung paling banyak berusia di atas 65 tahun (64,29%). Sementara responden yang berusia 60-65 tahun sebanyak 28,57%, dan yang berusia kurang dari 50 tahun sebanyak 7,14%. Berdasarkan klasifikasi gagal jantung, sebanyak 35,71% mengalami gagal jantung derajat IV, 64,29% mengalami gagal jantung derajat III, sedangkan responden yang mengalami gagal jantung derajat I dan II tidak ada. Jika dilihat dari frekuensi rawat inap, sedikitnya sebanyak 57,4% pernah mengalami rawat inap satu kali.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Tempat Perawatan

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
Bangsral Rawat Inap		
Marwah	3	21,43
Arafah	1	7,14
Multazam	4	28,57
Raudhah	1	7,14
ICU/CCU	5	35,71
IMC	0	0

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
Umur		
< 50 tahun	1	7,14
50-65 tahun	4	28,57
> 65 tahun	9	64,29

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin		
Laki-laki	6	42,86
Perempuan	8	57,14

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Klasifikasi Derajat Gagal Jantung

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
Klasifikasi		
Gagal jantung derajat I	0	0
Gagal jantung derajat II	0	0
Gagal jantung derajat III	9	64,29
Gagal jantung derajat IV	5	35,71

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Rawat Inap

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase
Jumlah Rawat Inap		
1 kali	8	57,14
2 kali	3	21,43
3 kali	3	21,43

Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa terdapat 12 diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien gagal jantung. Berdasarkan diagnosis yang muncul dari 14 responden

(100%) diagnosis keperawatan yang selalu muncul pada pasien gagal jantung, antara lain: kerusakan pertukaran gas; kelebihan volume cairan; perfusi jaringan tidak efektif:

kardiopulmonalis, perifer, renal, dan serebral; penurunan cardiac output; intoleransi aktivitas; dan kurang pengetahuan tentang gagal jantung.

Di samping itu, terdapat diagnosis keperawatan yang muncul tetapi tidak terdapat pada daftar diagnosis keperawatan lembar

identifikasi masalah, yaitu sebanyak 4 responden (28,57%) diagnosis manajemen regimen terapeutik tidak efektif, 3 responden (21,43%) diagnosis nyeri akut, 14 responden (100%) diagnosis kurang perawatan diri serta 12 orang (85,71%) diagnosis pola napas tidak efektif.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Diagnosis Keperawatan yang Muncul pada Pasien Gagal Jantung di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta

No	Diagnosis keperawatan	Jumlah	Persentase
1	Kerusakan pertukaran gas	14	100
2	Kelebihan volume cairan	14	100
3	Ketidakefektifan perfusi jaringan: kardiopulmonal, perifer, dan serebral	14	100
4	Penurunan cardiac output		
5	Intoleransi aktivitas	14	100
6	Cemas	14	100
7	Insomnia	5	35,71
8	Kurang pengetahuan tentang penyakit gagal jantung	8	57,14
9	Managemen regimen terapeutik tidak efektif*	14	100
10	Nyeri akut*	10	71,43
11	Kurang perawatan diri: higiene atau mandi*	7	50
		2	14,29
12	Pola napas tidak efektif*	14	100

Analisis diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien gagal jantung

Hasil dari penelitian tentang analisis diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien gagal jantung sesuai konsep asuhan keperawatan gagal jantung menurut Ignatavicius dan Workman (2006), Lewis, Heitkemper, Dirkesen, O'Brien dan Bucher (2007) dan Gulanick dan Myers (2008) adalah sebagai berikut:

Diagnosis keperawatan kerusakan pertukaran gas

Kerusakan pertukaran gas terjadi pada pasien gagal jantung akibat mening-

katnya *preload* di ventrikel kanan serta sesak napas yang menyertainya. Penelitian ini menunjukkan sebanyak 14 orang (100%) pasien gagal jantung mengalami gangguan pertukaran gas. Batasan karakteristik yang menonjol pada diagnosis gangguan pertukaran gas adalah pernapasan abnormal sebanyak 14 orang (100%). Perubahan irama pernapasan ini disebabkan oleh sesak napas atau *dyspnea* yang terjadi akibat peningkatan tekanan pulmonalis sekunder ke interstisial dan edema alveolar atau penimbunan cairan dalam alveoli (Ignatavicius & Workman, 2006) sehingga mengganggu pertukaran oksigen dan karbon dioksida

yang berakibat pada perubahan irama pernapasan. Batasan karakteristik yang menunjukkan pemeriksaan analisis gas darah (AGD) serta pH darah abnormal tidak ada karena semua data responden tidak ada yang menunjukkan adanya pemeriksaan AGD sehingga diagnosis gangguan pertukaran gas ditegakkan dari batasan karakteristik lain yang menonjol, yaitu pemapasan yang abnormal serta warna kulit abnormal.

Pasien gagal jantung juga mengalami takikardi yang ditunjukkan dengan hasil penelitian bahwa sebanyak 12 orang (85,71%) pasien gagal jantung mengalami takikardi. Takikardi ini merupakan tanda awal dari gagal jantung. Satu dari mekanisme awal tubuh untuk mengkompensasi kegagalan ventrikel adalah meningkatnya tekanan darah. Karena berkurangnya cardiac output, hal ini meningkatkan stimulasi *Sympathetic Nervous System* (SNS) yang meningkatkan tekanan darah (Smeltzer & Bare, 2002).

Diagnosis keperawatan kelebihan volume cairan

Pasien dengan gagal jantung akan mengalami penurunan suplai oksigen ke jaringan, salah satunya adalah renal. Menurut *pathway* Ignatavicius (2006) penurunan aliran darah ke renal akan menyebabkan glandula supra renalis mensekresi renin yang akan mempengaruhi sekresi angiotensin. Sekresi angiotensin menyebabkan sekresi aldosteron yang berakibat terjadinya retensi sodium dan air. Hal ini akan berakibat terjadi edema perifer di mana volume cairan dalam rongga interstisial lebih besar. Kondisi ini akan menyebabkan terjadi gangguan elektrolit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa diagnosis keperawatan kelebihan volume cairan pada pasien gagal jantung sebanyak 14 orang (100%) yang ditandai dengan batasan karakteristik yang paling menonjol adalah gangguan elektrolit yaitu sebesar 14 orang (100%). Batasan karakteristik lain

yang menonjol adalah perubahan tekanan darah serta perubahan pola respirasi yaitu sebesar 12 orang (85,71%). Perubahan tekanan darah ini lebih cenderung ditandai peningkatan tekanan darah yang diakibatkan oleh peningkatan jumlah volume cairan dalam intravaskuler. Beban cairan dalam intravaskular ini juga mendukung tegaknya diagnosis kelebihan volume cairan.

Diagnosis keperawatan perfusi jaringan tidak efektif: kardiopulmonalis, perifer, renal, dan serebral

Pasien gagal jantung mengalami penurunan perfusi jaringan yang diakibatkan oleh menurunnya aliran darah arteri secara mekanis. Reduksi mekanis aliran arteri ini mengakibatkan menurunnya perfusi jaringan ataupun organ baik renal, serebral, kardiopulmonalis maupun perifer. Hasil penelitian menunjukkan 14 orang (100%) mengalami perfusi jaringan tidak efektif yang ditandai dengan munculnya beberapa batasan karakteristik yang menonjol yaitu gambaran EKG yang menunjukkan aritmia, dyspnea, nasal faring, retraksi dada, penggunaan otot bantu napas, dan perubahan karakteristik kulit masing-masing sebesar 14 orang (100%).

Batasan karakteristik yang menonjol pada penurunan perfusi jaringan renal adalah perubahan tekanan darah tidak dapat ditolerir yaitu sebesar 13 orang (92,86%), penurunan perfusi jaringan renal ini disebabkan oleh menurunnya aliran darah ke renal. Penurunan aliran darah ke renal ini akan mengakibatkan meningkatnya retensi sodium dan air yang diakibatkan aktifnya sistem renin, angiotensin, dan aldosteron. Peningkatan aliran darah terjadi sebagai akibat dari beban intravaskular yang berlebih (Lewis *et al.*, 2007).

Penurunan mekanis aliran arteri juga akan berpengaruh ke serebral yang menyebabkan penurunan perfusi jaringan serebral

(Smeltzer & Bare, 2002). Namun batasan karakteristik yang menunjukkan terjadinya penurunan perfusi jaringan serebral merupakan batasan karakteristik yang terendah, yaitu 1 (7,14%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh pasien datang dengan tingkat kesadaran komposmetis, tidak mengalami abnormalitas perilaku maupun berbicara kecuali pada pasien gagal jantung dengan komplikasi stroke.

Penurunan perfusi jaringan kardiopulmonal juga terjadi pada pasien dengan gagal jantung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gagal jantung yang mengalami penurunan perfusi jaringan kardiopulmonalis menunjukkan frekuensi napas berubah tidak dapat ditolerir, retraksi dada, nasal flaring, serta penggunaan otot bantu napas yaitu sebesar 14 orang (100%). Hal ini merupakan kompensasi tubuh untuk mendapatkan kecukupan oksigen dalam darah, serta gambaran EKG menunjukkan adanya aritmia. Hasil penelitian juga menunjukkan adanya pasien yang mengalami nyeri dada. Nyeri dada tersebut dapat terjadi akibat kurangnya suplai oksigen ke kardiovaskuler sehingga terjadi hipoksia yang kemudian menimbulkan nyeri selain itu adanya retraksi dada atau tarikan dinding dada ke dalam saat inspirasi, sesak napas yang berlebih, dan penggunaan otot bantu napas juga merupakan penyebab pasien merasakan nyeri dada.

Sementara penurunan perfusi perifer dapat terjadi akibat menurunnya aliran darah ke perifer. Penurunan perfusi perifer ini dapat ditandai dengan munculnya bunyi mur-mur jantung, edema, tanda human positif, denyut nadi melemah, serta perubahan karakteristik kulit baik rambut, kuku, warna, kelembaban (Lewis *et al.*, 2007). Hasil penelitian menunjukkan bahwa perubahan karakteristik kulit edema perifer banyak terjadi pada penderita dengan gagal jantung kanan.

Diagnosis keperawatan penurunan cardiac output

Penurunan cardiac output atau curah jantung terjadi pada pasien gagal jantung dikarenakan perubahan sekuncup jantung baik *preload*, *afterload*, maupun penurunan kontraktilitas jantung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua responden yaitu 14 orang (100%) mengalami penurunan curah jantung yang ditandai dengan adanya aritmia, palpitasi, gambaran EKG menunjukkan adanya perubahan. Perubahan *preload* sering ditandai dengan adanya *fatigue* atau kelelahan, serta kadang disertai dengan edema, distensi vena jugularis, adanya bunyi mur-mur, serta peningkatan berat badan.

Peningkatan berat badan tidak dapat terobservasi karena tidak ada fasilitas timbangan berat badan dengan berbaring, padahal penimbangan berat badan dengan berdiri tidak memungkinkan dilakukan pada pasien dengan intoleransi aktivitas. Pasien yang mengalami gagal jantung juga tidak semua mengalami edema paru. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gagal jantung yang mengalami edema paru hanya terjadi pada 9 orang (64,29%) karena kadangkala pasien mengalami edema paru tersembunyi. Hal ini sesuai dengan konsep penyebutan gagal jantung bahwa saat ini gagal jantung disebut *heart failure* bukan *congestive heart failure* (CHF) karena seringkali tidak menunjukkan tanda-tanda kongestif atau tersembunyi (Rilantoro, Baraas, Karo Karo, & Roebiyono, 2004).

Diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas

Pasien gagal jantung akan mengalami intoleransi aktivitas yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa semua pasien gagal jantung yaitu 14 orang (100%) pasien gagal jantung

mengalami intoleransi aktivitas. Seluruh responden yang mengalami intoleransi aktivitas tersebut 9 orang (64,29%) termasuk gagal jantung derajat III serta 5 orang (35,71%) termasuk derajat IV. Diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas ditunjukkan dengan respon terhadap aktivitas menunjukkan abnormalitas nadi dan tekanan darah, adanya perubahan gambaran EKG berupa aritmia dan iskhemia, sesak napas dan ketidaknyamanan serta pasien akan mengungkapkan kelemahan dan kelelahan (Swearingen & Pamela, 2007). Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua batasan karakteristik pada intoleransi aktivitas muncul pada seluruh responden yaitu 14 orang (100%). Hal ini sesuai dengan konsep asuhan keperawatan pasien gagal jantung menurut Lewis *et al.* (2007) yang mengemukakan bahwa kelelahan disebabkan oleh penurunan oksigenasi jaringan, menurunnya pembuangan hasil katabolisme serta peningkatan energi yang digunakan untuk bernapas serta insomnia yang terjadi akibat distress pernapasan dan batuk.

Diagnosis keperawatan cemas

Cemas terjadi pada pasien gagal jantung akibat stres, perubahan status mental dan fungsi peran serta pengobatan untuk mencegah kematian (Ignatavicius, 2006). Hasil penelitian menunjukkan pasien gagal jantung dengan cemas sebanyak 5 orang (35,71%). Hal ini menunjukkan bahwa tidak semua pasien gagal jantung menunjukkan cemas karena kebanyakan penyakit gagal jantung yang diderita sudah termasuk kronis sehingga mereka telah beradaptasi dengan penyakit yang dideritanya. Pasien gagal jantung lebih memilih pasrah dan menerima apa yang dideritanya karena sebagian besar penderita adalah pasien dengan usia lanjut yang sudah terbebas dari beban tanggung jawab mengasuh anak atau keluarga. Bebe-

rapa pasien gagal jantung yang merasa cemas, lebih disebabkan karena perubahan status kesehatan serta perannya. Pasien yang merasa cemas juga cenderung terjadi pada orang yang masih produktif. Selain itu, cemas lebih banyak terjadi pada pasien yang mengalami komplikasi berbagai penyakit.

Diagnosis keperawatan insomnia

Pasien gagal jantung mengalami gangguan pola tidur atau insomnia. Insomnia dapat terjadi karena faktor fisik, psikologis, dan lingkungan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 8 orang (57,14%) pasien mengalami insomnia. Insomnia terjadi pada awal-awal pasien datang ke rumah sakit sebelum mendapat pengobatan yang lebih disebabkan oleh faktor fisik. Pasien dengan gagal jantung selalu diberikan diazepam sebagai sedasi sehingga pasien dapat tidur dengan nyenyak. Sebagian besar insomnia terjadi karena sesak napas yang berlebihan sehingga posisi tidur yang sering diinginkan oleh pasien adalah setengah duduk, sebagai upaya pasien untuk mengatasi gangguan tidurnya.

Diagnosis keperawatan kurang pengetahuan tentang penyakit gagal jantung

Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya sendiri merupakan awal pemicu pasien tidak taat melakukan terapi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua pasien gagal jantung yaitu 14 orang (100%) tidak tahu mengenai penyakitnya baik penyebab, proses perjalanan penyakitnya maupun diit yang harus dilakukan. Data tersebut peneliti dapatkan melalui wawancara dengan pasien dan keluarga. Berdasarkan data karakteristik mengenai usia pasien, sebagian besar yaitu 9 orang (64,29%) berusia lebih dari 65 tahun, sehingga kemampuan untuk belajar dan mencari sumber informasi rendah.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien gagal jantung di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta, adalah: kerusakan pertukaran gas sebanyak 14 orang (100%) dengan batasan karakteristik yang terbanyak 14 (100%) adalah pernapasan abnormal serta warna kulit abnormal. Kelebihan volume cairan sebanyak 14 (100%) dengan batasan karakteristik yang menonjol adalah gangguan elektrolit yaitu 14 (100%) serta perubahan tekanan darah dan pola respirasi sebesar 12 (85,71%). Diagnosis keperawatan perfusi jaringan kardiopulmonalis, perifer, renal, dan serebral tidak efektif sebanyak 14 (100%) dengan batasan karakteristik yang menonjol adalah aritmia, dyspnea, nasal flaring, retraksi dada serta penggunaan otot bantu napas sebesar 14 (100%). Penurunan cardiac output sebanyak 14 orang (100%) dengan batasan karakteristik yang menonjol adalah aritmia, perubahan EKG, dyspnea sebesar 14 (100%), diagnosis keperawatan. Intoleransi aktivitas sebanyak 14 orang (100%) dengan batasan karakteristik yang menonjol adalah respon terhadap aktivitas menunjukkan nadi dan tekanan darah abnormal, perubahan EKG menunjukkan aritmia, dyspnea, melaporkan fatigue dan kelemahan sebesar 14 (100%).

Cemas sebanyak 5 orang (35,71%) dengan batasan karakteristik yang muncul yaitu respon terhadap aktivitas menunjukkan abnormal, perubahan EKG menunjukkan aritmia, dyspnea, serta laporan verbal fatigue dan kelemahan sebanyak 14 (100%). Insomnia sebanyak 8 orang (57,14%) dengan batasan karakteristik yang menonjol adalah pasien menampakkan perubahan afek dan kekurangan energi yaitu sebanyak 5 orang (35,71%) serta pasien mengatakan kesulitan untuk memulai tidurnya sebesar 5 (35,71%).

Kurang pengetahuan tentang gagal jantung sebanyak 14 orang (100%) dengan batasan karakteristik yang menonjol adalah pasien menampakkan tes penampakan tidak adekuat sebesar 12 (85,71%). Manajemen regimen terapeutik inefektif sebanyak 7 orang (50%). Nyeri akut sebanyak 2 orang (14,29%). Kurang perawatan diri: higiene atau mandi sebanyak 14 orang (100%). Pola napas tidak efektif sebanyak 12 orang (85,71%). Delapan diagnosis (57,14%) sesuai teori, 4 diagnosis (28,57%) tidak ditemukan dalam teori. Diagnosis kebingungan akut tidak ditemukan dalam penelitian walaupun ada dalam teori.

Saran

Bagi perawat, diharapkan dengan penelitian ini dapat memberikan masukan dan evaluasi dalam menentukan perumusan diagnosis keperawatan kepada pasien yang sesuai dengan standar NANDA International, sehingga dapat meningkatkan kualitas perawatan pasien gagal jantung.

DAFTAR RUJUKAN

- Smeltzer, Suzanne, C., & Bare, B. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth's*. Vol 2 Edisi 8. EGC: Jakarta.
- Gulanick, M., & Myers, J. L. 2008. *Nursing Care Plan: Nursing Diagnosis and Intervention*. 6th Edition. Mosby Elsevier: St. Louis.
- Ignatavicius, D., & Workman, L. M. 2006. *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking for Collaborative Care*. 5th Ed. Elsevier Inc: St. Louis.
- Lewis S.L., Heitkemper M.M., Dirkesen S.R., O'Brien P.G., & Bucher L. 2007. *Medical surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*. 7th ed. Mosby Elsevier: St. Louis.

- NANDA. 2008. *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2007- 2008*. Philadelphia: NANDA International.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. 2005. *Fundamental of Nursing*. 6th Ed. Mosby: St. Louis
- Rilantono, L. I., Baraas, F., Karo Karo, S., Roebiono, P. S. 2004. *Buku Ajar Kardiologi*. Jakarta: FKUI.
- Swearingen, P. L. 2007. *Manual of Medical Surgical Nursing Care: Nursing Intervention and Collaborative Management*. 6 Ed. Mosby: St Louis.

JKK 7.1.2011 SAY

PENGARUH STIMULASI *COUNTER PRESSURE* DISERTAI TEKNIK PERNAFASAN TERHADAP TINGKAT NYERI PADA IBU PRIMIGRAVIDA KALA SATU FASE AKTIF

Umu Hani Edi Nawangsih
STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta
E-mail: uhen_dimyati@yahoo.co.id

Abstract: The aim of this study was to examine the effect of counter pressure stimulation combined with breathing techniques on the level of pain in primigravida mothers during labor, the experimental study was carried out using pre-post test with control group design. The data collection was taken from August to October 2010 and involves 61 subjects. Those were divided into two groups: control and experiment. The control group had 30 subjects, and were given a single stimulation of the breathing technique or counter pressure. The treatment group had 31 subjects, and were given counter pressure stimulation combined with breathing technique. Pain scale was calculated both of before and after treatments, and analyzed using independent and paired sample t-test. There were significant differences in pain before and after treatment, the control and the intervention group ($p = 0.000$). Mean difference test between the control and treatment groups showed that the stimulation of counter pressure combined with breathing technique reduce the pain rather than counter pressure stimulation or respiratory technique alone ($p = 0.000$). The results showed counter pressure stimulation combined with breathing technique reduces pain more effectively than the use of single technique in primigravida mothers during labor.

Keywords: counter pressure, breathing, labor pain, primigravida, first stage

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh stimulasi *counter pressure* disertai teknik pernapasan terhadap tingkat nyeri pada ibu primigravida kala satu fase aktif. Desain penelitian adalah penelitian eksperimental menggunakan pre dan post tes dengan desain kelompok kontrol. Pengumpulan data dilakukan mulai bulan Agustus hingga Oktober 2010 dan melibatkan 61 subyek yang dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Kelompok kontrol terdiri dari 30 subjek yang diberikan stimulasi teknik pernapasan tunggal atau *counter pressure*, sedangkan kelompok eksperimen terdiri dari 31 subyek yang diberikan stimulasi *counter pressure* disertai teknik pernapasan. Intervensi dilakukan terhadap subyek kelompok eksperimen. Skala nyeri dihitung sebelum dan sesudah perlakuan, menggunakan *independent* dan *paired t-test*. Hasil analisis data menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara nyeri sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan pada kedua kelompok tersebut ($p = 0,000$). Perbedaan skor rata-rata (delta) nyeri antara kelompok kontrol dan perlakuan menunjukkan bahwa rangsangan tekanan yang dikombinasikan dengan pernapasan kontra teknik mengurangi rasa sakit lebih baik daripada rangsangan *counter pressure* atau teknik pernapasan ($p = 0,000$). Pemberian rangsangan *counter pressure* dikombinasikan dengan teknik pernapasan dapat mengurangi tingkat nyeri persalinan lebih efektif daripada penggunaan teknik tunggal.

Kata kunci: counter pressure, pernapasan, nyeri, primigravida, kala satu

PENDAHULUAN

Nyeri selama persalinan merupakan rangsangan tidak nyaman yang dapat menimbulkan ketakutan, mengakibatkan kecemasan, kepanikan serta merupakan suatu sumber stres bagi ibu bersalin. Stres dapat merangsang hormon seperti katekolamin dan steroid berlebihan yang dapat menghambat kemajuan persalinan. Hiperventilasi yang berlebihan mengakibatkan alkalemia, menggeser kurva disosiasi oksihemoglobin ke kiri, mengurangi pasokan oksigen ke janin. Pada kontraksi rahim yang sangat nyeri disertai hiperventilasi, tekanan oksigen darah ibu dapat turun sampai 50% sehingga penyediaan oksigen ke otak dan rahim berkurang. Semuanya berakibat tidak baik bagi ibu dan bayi (Muhardi, 1998).

Respon nyeri pada setiap individu adalah unik dan relatif berbeda. Hal ini dipengaruhi antara lain oleh pengalaman, persepsi, maupun sosial kultural individu. Setiap ibu hamil memiliki persepsi dan dugaan yang unik tentang proses persalinan, baik itu tentang nyeri dan bagaimana kemampuannya mengatasi nyeri (Bobak, 2005). Persalinan sebagai proses fisiologis selalu dihubungkan dengan penderitaan akibat rasa nyeri yang ditimbulkan. Nyeri pada persalinan bukan merupakan hal baru, dan menjadi salah satu penyebab timbulnya perasaan cemas dan ketakutan pada ibu bersalin.

Penanggulangan nyeri pada persalinan sangat penting karena akan dapat memperbaiki keadaan fisiologi dan psikologi ibu dan bayi yang akan lahir. Strategi penanggulangan nyeri persalinan dapat dilakukan secara farmakologis sebagai bentuk kolaborasi dan non farmakologis sebagai tindakan mandiri bidan, tetapi yang lebih mendasar harus dilakukan adalah manajemen nyeri non farmakologis yang dapat dimulai sejak perawatan pranatal dengan memberikan informasi kepada ibu dan pasangannya atau keluarganya.

Manajemen nyeri secara farmakologis, selain membutuhkan prosedur yang ketat dan kecermatan dalam pemberiaannya, juga akan berakibat kurang baik bagi ibu dan bayi seperti mual, muntah, memperpanjang lama persalinan, depresi pernafasan dan letargi, serta biaya perawatan menjadi bertambah (Thorp et al., 1993). Meskipun dari efek terapi terhadap pengurangan nyeri tidak sekuat secara farmakologis, tetapi manajemen nyeri non farmakologis memberikan keuntungan yaitu mengontrol nyeri secara adekuat, bahkan memberikan pendekatan secara psikologis jika dilakukan dengan benar.

Nyeri adalah suatu ketidaknyamanan fisik/gangguan fisik. Nyeri persalinan bersifat kompleks dan subyektif sebagai akibat interaksi antara faktor fisiologis dan psikologis (Lowe, 1996 dalam Pillitteri, 1999). Posisi janin adalah faktor fisiologi yang mempengaruhi nyeri. Ibu hamil dengan fetus posisi oksiput di belakang akan menambah intensitas nyeri. Bonica and McDonald (1995) dalam Pillitteri (1999) menyebutkan bahwa kemiskinan, kelelahan, tekanan dan malnutrisi dapat meningkatkan nyeri persalinan. Nyeri pada saat persalinan juga dipengaruhi oleh faktor psikologis di antaranya ketakutan, kecemasan, kekhawatiran, harapan dari nyeri, *body image* dan *self efficacy*. Wanita yang merasa dapat mengontrol situasinya (mempunyai *self efficacy*) akan melaporkan nyeri berkurang dibanding mereka yang tidak memiliki kemampuan untuk mengontrol situasinya.

Menurut Priharjo (1996) berbagai faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain lingkungan, umur, kelelahan, riwayat atau pengalaman sebelumnya, mekanisme coping, kepercayaan/agama, budaya dan tersedianya dukungan sosial. Nyeri persalinan dapat diperberat dengan adanya rangsangan dari lingkungan yang berlebihan seperti kebisingan, cahaya yang sangat terang atau kesendirian. Toleransi terhadap nyeri per-

salinan meningkat sesuai dengan pertambahan usia. Pengalaman masa lalu dan mekanisme koping juga berpengaruh terhadap tingkat nyeri persalinan, misalnya ibu primigravida akan meningkat rasa nyerinya dibandingkan dengan dengan ibu multigravida. Dukungan sosial yang berasal dari orang terdekat misalnya dukungan suami pada ibu bersalin akan dapat mengurangi rasa nyeri saat bersalin. Tindakan kebidanan yang dapat diberikan untuk mengurangi rasa nyeri adalah meningkatkan respon adaptif klien dengan cara memanipulasi stimulus fokal, kontekstual dan residual. Sementara tindakan mandiri bidan/perawat untuk mengurangi rasa nyeri dengan metode non farmakologi, salah satunya menggunakan teknik stimulasi kulit dan teknik pernapasan. Namun masih sedikit bidan yang memahami dan mampu memberikan intervensi ini.

Counter pressure merupakan suatu teknik di mana ibu dalam posisi duduk kemudian perawat menekan daerah *sacrum* secara bergantian dengan tangan dikepal secara mantap (Mc.Kiney et al., 2000). Selain dengan tekanan telapak tangan dapat juga dilakukan dengan menggunakan bola tenis yang dilakukan secara berputar. Tekanan pada bagian *sacrum* pada saat kontraksi dapat memberikan kontribusi pada penurunan relief nyeri. Stimulasi kulit juga memberikan alternatif pilihan yang dapat membantu mengurangi nyeri pada saat his datang. Sementara itu, teknik pernafasan mempunyai berbagai macam pendekatan selama kontraksi berlangsung. Umumnya, pernapasan perut yang perlahan, kira-kira separuh kecepatan normal pernapasan seorang wanita, dimulai ketika ibu tidak dapat lagi berjalan atau berbicara selama kontraksi berlangsung. Ketika frekuensi dan intensitas meningkat, wanita perlu mengganti teknik pernapasannya dengan pernapasan dada, pernapasan yang lebih dangkal dengan kecepatan kira-kira dua kali kecepatan pernapasan normal. Efek

samping yang tidak diinginkan dari teknik pernapasan ini adalah hiperventilasi sehingga terjadi alkalosis. Alkalosis dapat diatasi dengan meminta ibu menghembuskan napas ke dalam kantong plastik yang ditempatkan di mulut dan hidungnya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa klien yang pernah diberikan teknik stimulasi kulit disertai teknik pernapasan pada kala satu fase aktif, mereka merasa lebih nyaman ketika diberikan tekanan pada daerah *sacrum*. Menurut Burrough dan Arlene (2001) penggunaan teknik stimulasi kulit yang tepat dapat menghilangkan rasa sakit dan membantu menghilangkan ketegangan otot. Stimulasi kulit yang disertai teknik pernapasan ternyata dapat memperbaiki relaksasi otot-otot abdomen dan meningkatkan ukuran rongga abdomen. Keadaan ini akan mengurangi gesekan dan rasa tidak nyaman antar rahim dan dinding abdomen (Pilliteri, 2003). Berdasarkan permasalahan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik stimulasi kulit *counter pressure* disertai teknik pernapasan terhadap tingkat nyeri pada ibu primigravida kala satu fase aktif baik sebelum maupun sesudah diberi perlakuan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen dengan rancangan pretest-posttest dengan kelompok kontrol. Penelitian dilakukan pada ibu primigravida kala satu fase aktif pada bidan praktek swasta (BPS) di Yogyakarta yang menjadi mitra penelitian dari bulan Agustus sampai Oktober 2010 yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi dari responden penelitian ini adalah semua ibu primigravida kala satu fase aktif yang bersalin di BPS Yogyakarta dengan kriteria tidak mendapatkan manajemen nyeri farmakologi, didampingi oleh keluarga saat kala satu, presentasi janin kepala, usia ibu 20 – 30 tahun, janin tunggal hidup,

presentasi kepala, TBJ 2500 – 3500 gram, bersedia mengikuti prosedur penelitian yang dinyatakan dengan *informed consent*. Sementara, kriteria eksklusi adalah ibu yang mendapatkan tindakan induksi atau stimulasi dan mempunyai komplikasi kehamilan.

Instrumen yang digunakan untuk memperoleh data variabel dengan menggunakan lembar observasi berupa skala nyeri dengan angka 0 – 10. Teknik pengumpulan data stimulasi kulit *counter pressure* dan teknik pernafasan diperoleh dengan menggunakan *checklist* perlakuan. Prosedur pemberian intervensi sebagai berikut: bidan mengatur posisi ibu dalam posisi duduk atau berbaring miring. Selanjutnya bidan pendamping yang telah dilatih, dengan tangan mengepal memberikan tekanan pada daerah sakrum selama 2 – 3 menit pada saat ada his atau kontraksi uterus. Teknik pernapasan yang dilakukan adalah pernapasan modifikasi, yaitu dengan bernapas lambat di awal dan di akhir kontraksi serta bernapas modifikasi pada saat kontraksi mencapai puncak. Data yang diambil dalam penelitian ini adalah skala nyeri NRS (rata-rata skala nomor) sebelum dan setelah pemberian stimulasi kulit *counter pressure* dan teknik pernapasan. Karakteristik ibu meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, durasi dan lamanya his, pembukaan, serta berat bayi lahir.

Cara pengambilan sampel dengan menggunakan metode *consecutive sam-*

pling, yaitu semua subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dimasukkan dalam penelitian. Sampai jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi. Proses pembagian sampel ke dalam kelompok perlakuan dilakukan dengan *random allocation*. Analisis deskriptif digunakan untuk mengetahui karakteristik sampel. Uji normalitas data menggunakan uji normalitas Kolmogorov-Smirnov. Uji statistik yang dilakukan untuk mengukur kebermaknaan perbedaan rerata skala nyeri persalinan antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol adalah uji t sampel independen. Kemaknaan perbedaan rerata skala nyeri persalinan sebelum dan sesudah pemberian intervensi dilakukan dengan uji t sampel berpasangan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Subyek Penelitian

Pengumpulan sampel dilakukan sejak bulan Agustus sampai Oktober 2010, dan didapatkan sebanyak 61 subyek yang memenuhi kriteria untuk menjadi subyek penelitian. Dari 61 subyek penelitian tersebut, 30 subyek diberikan teknik stimulasi tunggal (pernapasan saja atau *counter pressure* saja) yang dikategorikan sebagai kelompok kontrol sedangkan 31 subyek diberikan perlakuan berupa teknik stimulasi *counter pressure* disertai dengan pernapasan yang dikategorikan sebagai kelompok perlakuan.

Tabel 1. Perbandingan Kelompok Teknik Stimulasi Pernapasan dan Teknik Stimulasi *Counter Pressure* Disertai Teknik Pernapasan

Variabel	Pendidikan Responden				p
	Kel. Kontrol		Kel. Perlakuan		
	N	%	N	%	
Pendidikan					
SMP	5	8.2	7	11.5	.887
SMA	20	32.8	22	36.1	
DIPLOMA 1	1	1.6	0	0	
DIPLOMA 3	3	4.9	1	1.6	
SARJANA	1	1.6	1	1.6	

Pekerjaan					
IRT	15	24.6	16	26.2	.517
Swasta	13	21.3	10	16.4	
Petani	0	0	1	1.6	
Karyawan	1	1.6	3	4.9	
Lainnya	1	1.6	1	1.6	
Kelompok Umur					
≤19 tahun	6	9.8	7	11.5	
19 – 35 tahun	23	37.7	24	39.3	
35 > tahun	1	1.6	0	0	

Sumber: Data Primer

Tabel 1 memperlihatkan bahwa sebagian besar subyek memiliki tingkat pendidikan akhir SMA. Perbandingan tingkat pendidikan SMA kelompok stimulasi pernafasan dan teknik stimulasi *counter pressure* disertai pernafasan antara kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol adalah sebesar 32,8% (kelompok kontrol) dan 36,1% (kelompok eksperimen). Sementara untuk tingkat pendidikan sarjana baik kelompok kontrol maupun eksperimen hanya 1,6%. Dilihat dari pekerjaan, hampir 25 % subyek penelitian bekerja sebagai ibu rumah tangga dengan rincian sebanyak 24,6 % untuk kelompok kontrol dan 26,2% untuk kelompok eksperimen. Berdasarkan data tingkat pendidikan dan pekerjaan diketahui bahwa tidak ada perbedaan bermakna ($p>0,05$) antara kelompok kontrol dan

kelompok eksperimen.

Berdasarkan rentang usia, sebagian besar subyek berada pada rentang usia 19 hingga 35 tahun yaitu sebesar 37,7 untuk kelompok kontrol dan sebesar 39,3 % untuk kelompok perlakuan. Rentang usia tersebut merupakan usia normal persalinan. Namun, terdapat 13 subyek berada pada rentang usia rawan persalinan ($d' < 19$ tahun) yaitu sebesar 9,8% pada kelompok kontrol dan 11,5% pada kelompok perlakuan. Variabel umur juga menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna baik dari tingkat pendidikan, pekerjaan dan usia subyek penelitian pada kelompok kontrol dan kelompok eksperimen.

Tabel 2. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan His, Durasi, Pembukaan dan Umur

	Mean ± SD		Range	p
	Kontrol N=30	Perlakuan N=31		
His	3.5 ± 0.851	3.339 ± 0.810	2.0 – 5.0	.451
Durasi	49.0 ± 5.317	51.935 ± 4.412	35.0 – 60.0	.022
Pembukaan	5.55 ± 1.213	5.403 ± 1.036	4.0 – 8.0	.613
BBL	2991.667 ± 289.793	3138.710 ± 317.729	2300.0 – 3550.0	.064
Umur	22.67 ± 4.908	23.65 ± 5.090	15.0 – 41.0	.287

Sumber: Data Primer

Berdasarkan data distribusi subyek pada tabel 2, kontraksi berada pada rentang 2,0 hingga 5,0 menit sekali dengan durasi kontraksi berkisar antara 35,0 – 60,0 detik. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan jarak dan durasi kontraksi yang bermakna ($p > 0,05$) antara subyek kelom-

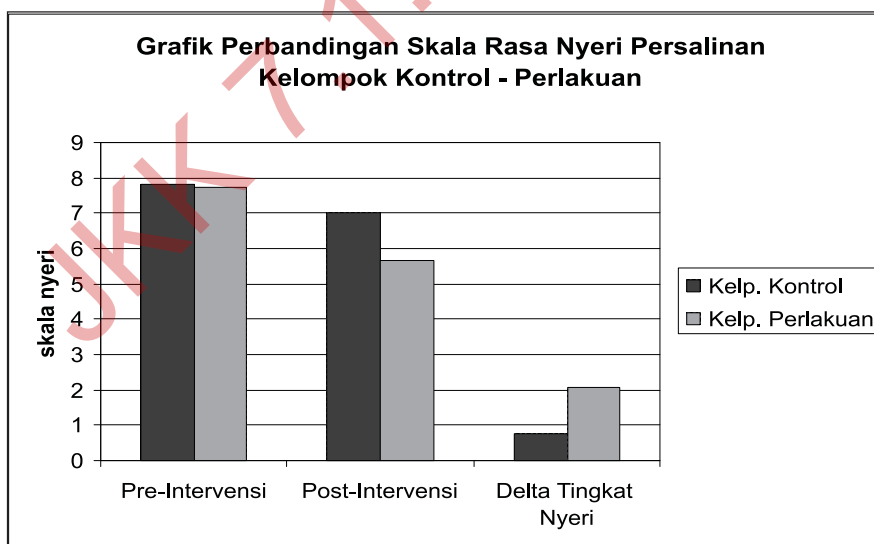
pok kontrol dan perlakuan. Secara umum, tidak ada perbedaan karakteristik dan kondisi subyek antara kelompok kontrol dan eksperimen. Dengan demikian antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan setara.

Hasil Uji Beda

Tabel 3. Perbandingan Tingkat Nyeri Pada Kelompok Kontrol dan Perlakuan

	Mean \pm SD		t	p
	Kelp. Kontrol N = 30	Kelp. Perlakuan N = 31		
Tingkat Nyeri Pre-intervensi	7.8 \pm 1.186	7.742 \pm 1.437	-.172	.864
Tingkat nyeri Post- intervensi	7.033 \pm 1.273	5.677 \pm 1.956	-3.198	.002
Delta Tingkat Nyeri	.767 \pm .626	2.064 \pm .998	6.061	.000

Sumber: Data Primer



Gambar 1. Grafik Perbandingan Skala Rasa Nyeri Persalinan

Tabel 2 dan gambar 1 menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$) pada rerata tingkat

nyeri subyek kelompok kontrol sebelum diberi stimulasi (rerata=7,8), dan subjek kelompok perlakuan (rerata= 7,742).

Berdasarkan tingkat nyeri, kedua kelompok adalah setara. Hasil *independent sample t-test* menunjukkan perbedaan bermakna antara tingkat nyeri pada kelompok kontrol dan perlakuan setelah diberi stimulasi. Rerata tingkat nyeri pada kelompok kontrol setelah

diberi teknik stimulasi adalah 7,033 sedangkan pada kelompok perlakuan adalah 5,677. Dari hasil uji beda *mean* ini dapat dikatakan bahwa terdapat perbedaan bermakna yang signifikan pada tingkat nyeri post-eksperimen ($p < 0,05$).

Tabel 4. Perbandingan Tingkat Nyeri Pada Kelompok Kontrol Dan Perlakuan Sebelum Dan Sesudah Diberi Perlakuan

	Mean \pm SD		t	p
	Tingkat Nyeri pre-intervensi	Tingkat Nyeri Post-intervensi		
Kelompok Kontrol N=30	7.8 \pm 1.186	7.033 \pm 1.273	6.707	.000
Kelompok Perlakuan N=31	7.742 \pm 1.437	5.677 \pm 1.956	11.520	.000

Sumber: Data Primer

Hasil analisis *paired sample t-test* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat nyeri yang sangat signifikan ($p < 0,001$) antara sebelum dan sesudah perlakuan baik pada subyek kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan. Dari uraian hasil dapat disimpulkan bahwa pemberian teknik stimulasi tunggal (*counter pressure* atau pernapasan) maupun pemberian teknik stimulasi *counter pressure* disertai dengan pernapasan pada ibu primigravida kala satu fase aktif dapat mengurangi tingkat nyeri secara signifikan. Akan tetapi pemberian teknik stimulasi *counter pressure* disertai pernapasan memberikan sumbangan lebih efektif terhadap pengurangan rasa nyeri dibandingkan dengan stimulasi tunggal.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Kimber *et al.* (2008) dan Taghinejad *et al.* (2010). Penelitian Taghinejad *et al.* (2010) membandingkan stimulasi pijat dengan musik. Hasil penelitian menunjukkan

bahwa stimulasi pemijatan menurunkan rasa nyeri persalinan secara lebih efektif daripada terapi musik. Kimber *et al.* (2008) mengombinasikan pemijatan dengan relaksasi dan membandingkannya dengan kelompok kontrol, yaitu kelompok dengan perawatan seperti biasa, tanpa intervensi, serta placebo, yaitu kelompok yang diberikan musik dan relaksasi. Hasil penelitian tersebut mengindikasikan bahwa pemijatan dengan teknik relaksasi merupakan salah satu strategi pengatasan masalah pengurangan rasa nyeri persalinan, responden pada kelompok intervensi dan plasebo juga merasa lebih siap menghadapi persalinan dan memiliki kontrol diri lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Smith *et al.* (2006) menyatakan bahwa banyak wanita yang menjalani persalinan memilih untuk menghindari metode invasif atau farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri persalinan. Hal ini meningkatkan daya terima terhadap metode komplementer da-

lam manajemen rasa nyeri pada persalinan. Simkin dan Bolding (2004) juga menyatakan bahwa kontrol terhadap nyeri persalinan dan pencegahan terhadap kesakitan dan ketidaknyamanan selama persalinan merupakan perhatian utama bagi bidan serta pasien. Metode pengurangan rasa nyeri non farmakologis adalah metode yang sejalan dengan tujuan asuhan persalinan normal dalam kebidanan dan menjadi pilihan banyak wanita. Simkin dan Bolding (2004) melakukan meta analisis terhadap 13 metode non farmakologis untuk mengurangi nyeri persalinan. Hasilnya menunjukkan bahwa akupunktur, pijatan, *transcutaneous electrical nerve stimulation*, dan hipnosis merupakan metode pengurang nyeri persalinan yang menjanjikan, tetapi memerlukan penelitian lebih lanjut. Efektivitas pelatihan persalinan, relaksasi dan pernapasan, terapi dengan suhu panas dan dingin, akupresur, aromaterapi, musik, dan audio analgesia menunjukkan hasil yang inkonsisten, sehingga belum memungkinkan untuk diambil kesimpulan terhadap efektivitas hasilnya, dan oleh karenanya memerlukan kajian lanjutan.

Meskipun metode intervensi non farmakologis terbukti bermanfaat, intervensi non farmakologis untuk mengurangi nyeri tampaknya masih belum optimal penggunaannya, serta masih memerlukan penelitian-penelitian lanjutan sebagai dasar *evidence based* dalam penerapannya (Simkin & Bolding, 2004; Smith *et al.*, 2006; Gatlin & Schulmeister, 2007). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun penerapan intervensi non farmakologis secara tunggal dapat mengurangi nyeri, tetapi penggunaan kombinasi intervensi terbukti mampu meningkatkan efektivitasnya.

Penelitian dengan kombinasi berbagai terapi non farmakologis belum banyak dilakukan, dan tampaknya dapat menjadi bahan kajian penelitian selanjutnya. Selain terapi non farmakologis, aspek psikososial

juga tampaknya menjadi bagian penting dalam kajian tentang nyeri dalam persalinan (McCrea *et al.*, 2000; Lowe, 1991). Lally, *et al.* (2008) menyatakan bahwa persalinan merupakan salah satu peristiwa yang paling menyakitkan yang seorang wanita mungkin mengalami, aspek multi-dimensi dan intensitas rasa sakit yang jauh melebihi kondisi penyakit. Kurangnya pengetahuan seorang wanita tentang risiko dan manfaat dari berbagai metode penghilang rasa sakit dapat meningkatkan kecemasan. Penelitian ini belum menggali aspek-aspek psikososial yang berhubungan dengan rasa nyeri dalam persalinan, seperti ekspektasi ibu terhadap nyeri persalinan, kepercayaan diri menghadapi persalinan, pelatihan antenatal, dukungan suami dan keluarga, harapan terhadap anak, serta karakteristik ibu. Penelitian mendatang diharapkan dapat mengeksplorasi dinamika aspek-aspek psikososial terhadap rasa nyeri persalinan.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan maka diambil simpulan bahwa stimulasi kulit *counter pressure* dan pernapasan yang diberikan secara bersama-sama lebih efektif menurunkan nyeri pada kala I persalinan daripada pemberian stimulasi kulit *counter pressure* atau pernapasan secara sendiri-sendiri.

Saran

Hasil penelitian ini memberikan *evidence-based* bagi manajemen pengurangan nyeri non farmakologis baik dengan stimulasi kulit *counter pressure* disertai teknik pernapasan. Oleh karena itu, bidan disarankan untuk memberikan alternatif pengurangan nyeri pada persalinan dengan metode stimulasi kulit *counter pressure* disertai teknik pernapasan, atau menggunakan metode kombinasi. Metode pengurang rasa nyeri

non farmakologis merupakan metode yang sejalan dengan tujuan asuhan persalinan normal dalam kebidanan dan menjadi pilihan banyak wanita. Mengingat pentingnya hal tersebut, maka penelitian lain berkaitan dengan manajemen pengurangan nyeri non farmakologis pada persalinan seperti akupresur, akupunktur, hypnosis, audio analgesia, terapi musik, relaksasi atau kombinasi dari terapi-terapi tersebut dengan stimulus kulit *counter pressure* dan pernapasan dapat menjadi kajian lanjutan yang menarik.

DAFTAR RUJUKAN

- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D., & Perry, S.E. 2005. Buku Ajar Keperawatan Maternitas (*Maternity Nursing*). Edisi Ke-4. Alih bahasa Wijayarini, M.A., & Anugrah, P.I. EGC: Jakarta.
- WHO. 2003. *Pedoman Praktis Safe Motherhood Perawatan dalam Kelahiran Normal*. Alih Bahasa Burhan. EGC: Jakarta
- Gatlin, C. G., & Schulmeister, L. 2007. When medication is not enough: non-pharmacological management of pain. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11 (5): 699-704.
- Kimber, L., MbNabb, M., Mc Court, C., Haines, A., & Brocklehurst, P. 2008. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. *Europe Journal Pain*, 12 (8): 961-969.
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., & Thomson, R. 2008. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labor. *BMC Med*, 14 (6): 7.
- Lowe, N. K. 1991. Maternal confidence in coping with labor. A self efficacy concept. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs Nov-Des*, 20 (6):457-63.
- McCrea, H., Wright, M. E., & Stringer, M. 2000. Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. *International Journal Nursing Stud*, 37 (6): 493-503.
- Muhardi, M., dkk. 1998. *Penanggulangan Nyeri pada persalinan*. FKUI: Jakarta
- Pilliteri, A. 2003. *Maternal & Child Health Nursing: Care of The Childbearing & Childrearing Family*. Fourth Edition. Lippincott William & Wilkins: Philadelphia
- Simkin, P., & Bolding, A. 2004. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health Nov-Dec*, 49 (6):489-504.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., & Crowther, C. A. 2006. Complementary and alternative therapies for pain management in labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. No: CD003521. Doi:10.1002/14651858.Pub2
- Taghinejad, H., Delpisheh, A., & Suhrabi, Z. 2010. Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. *Women Health (Long Engl)*, 6 (3): 377-81

STUDI KOMPARASI PERILAKU HIDUP BERSIH SEHAT (PHBS) BERDASARKAN POLA ASUH ORANG TUA PADA ANAK SEKOLAH DASAR KELAS III-VI

Dina Cahyani, Yuli Isnaeni
STIKes 'Aisyiyah Yogyakarta.
E-mail: yuli2ishal@yahoo.com

Abstract: The purpose of this study was to identify the difference between the pattern of implementation of PHBS permissive parenting, democratic, and authoritarian in school children in the class III-VI Elementary School Ngabean Yogyakarta in 2010, using a comparative design study with a sample of 82 students are taken by purposive sampling. Data collection techniques with a questionnaire and analyzed by Anova. The results of this study indicate the majority of the parents or 43 people (52.4%) using a permissive parenting style and as many as 50 people (61%) of respondents have implemented PHBS. The conclusion was that there were significant differences between the PHBS implementing democratic and authoritarian parenting and between democratic and permissive parenting style, but found no significant differences in implementing PHBS between permissive and authoritarian parenting. Suggestions for parents to apply parenting combination of democratic and authoritarian or permissive and democratic.

Keywords: PHBS, parenting patterns, school-age children

Abstrak: Tujuan penelitian ini adalah mengetahui perbedaan pelaksanaan PHBS antara pola asuh orang tua permisif, demokratik, dan otoriter pada anak sekolah kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010, menggunakan desain *comparative study* dengan jumlah sampel sebanyak 82 siswa yang diambil secara *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data dengan kuesioner dan dianalisis dengan Anova. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar orang tua atau 43 orang (52,4%) menggunakan pola asuh permisif dan sebanyak 50 orang (61 %) responden telah melaksanakan PHBS. Kesimpulannya adalah ada perbedaan yang bermakna pelaksanaan PHBS antara pola asuh demokratik dan otoriter dan antara pola asuh demokratik dan permisif, namun tidak ditemukan perbedaan yang bermakna dalam melaksanakan PHBS antara pola asuh permisif dan otoriter. Saran untuk orang tua menerapkan pola pengasuhan kombinasi antara demokratik dan otoriter atau demokratik dengan permisif.

Kata kunci : PHBS, pola asuh, anak usia sekolah

PENDAHULUAN

Tujuan pembangunan kesehatan diimplementasikan melalui visi Indonesia Sehat 2010 yaitu masyarakat Indonesia di masa depan hidup dalam lingkungan dan mempunyai perilaku yang sehat (Depkes RI, 2000). Perilaku merupakan suatu aktivitas yang dilakukan manusia yang mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian, dan lain sebagainya (Notoatmodjo, 2007), sehingga sejak dini masyarakat harus diupayakan mempunyai kesadaran perilaku yang sehat sehingga berdampak pada derajat kesehatan negara. Di Indonesia penerapan promosi kesehatan dan perlindungan penyakit dikembangkan dalam bentuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Anak usia sekolah merupakan masa kritis karena pada usia tersebut rentan terkena berbagai masalah kesehatan, salah satunya adalah masalah infeksi saluran pernafasan, pencernaan dan malnutrisi (Stanhope & Lancaster, 2000).

Hal ini memerlukan perhatian, baik secara teknik perawatan, pemberian informasi dan pemantauan perilaku hidup sehat. Pengembangan perilaku sehat ditujukan untuk membiasakan hidup bersih dan sehat pada anak. Salah satu tatanan PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat) adalah melalui sekolah. Rendahnya perilaku hidup bersih sehat (PHBS) di masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain faktor sosial budaya, cara pandang atas hidup *hygiene*, dan kondisi ekonomi. Manfaat perilaku hidup bersih sehat (PHBS) di sekolah antara lain terciptanya sekolah yang bersih dan sehat sehingga peserta didik terlindungi dari berbagai gangguan dan ancaman penyakit, meningkatnya semangat proses belajar-mengajar, citra sekolah sebagai institusi pendidikan semakin meningkat sehingga mampu menarik minat orang tua (masyarakat), meningkatnya citra pemerintah daerah di bidang pendidikan. (Depkes, 2006).

Keterlibatan keluarga sangat dominan untuk mengajarkan anak berperilaku hidup bersih dan sehat. Hal ini disebabkan anak usia sekolah dasar tinggal bersama keluarga, sehingga perannya besar terhadap perkembangan anak. Hal ini sejalan dengan pendapat Friedman (1998) yang menyatakan bahwa keluarga sebagai pusat pembentukan perilaku anak. Keluarga merupakan tempat pertama anak belajar norma atau nilai, dimana terjadi hubungan interaksi antara anak dan orang tua tersebut mencakup sikap, nilai dan kepercayaan yang dibutuhkan anak dalam kehidupan bermasyarakat dimasa yang akan datang, hal ini disebut pola asuh (Wong et al., 2001).

Pola asuh keluarga merupakan bentuk dukungan yang dapat diberikan keluarga pada anak, yang berfungsi untuk membantu tumbuh kembang anak agar mampu mandiri. Bentuk pola asuh yang diterapkan keluarga sangat bervariasi, menurut Wong et al., (2001), Suwarsa (2002) dan Godam (2008) menyatakan bentuk pola asuh keluarga yang diterapkan kepada anak adalah (1) permisif (*laissez faire*), (2) Demokratik (*democratic*) dan (3) Otoriter (*dictatorial*).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Sekolah Dasar Negeri Ngabean pada awal bulan Oktober tahun 2009 terhadap 15 siswa kelas III-IV didapatkan 8 anak mempunyai kebiasaan tidak menggosok gigi secara teratur, 3 anak terdapat karies gigi, 10 anak mempunyai kebiasaan jajan sembarang, 7 anak mempunyai kebiasaan tidak mencuci tangan sebelum makan, dan sebanyak 8 anak mempunyai kebiasaan tidak memotong kuku tangan dan kaki, 4 anak tinggal dengan saudaranya (paman atau lainnya), karena kedua orang tuanya bekerja di luar kota untuk mencari nafkah, 11 anak tinggal bersama kedua orang tuanya.

Berdasarkan studi pendahuluan terlihat jelas bahwa masih ada anak usia sekolah.

Berdasarkan permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang studi komparasi pola asuh dengan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) anak sekolah dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya perbedaan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) berdasarkan pola asuh permisif, demokratik, dan otoriter dengan pada anak sekolah dasar di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan jenis pendekatan studi perbandingan (*comparative study*), dan dianalisis Anova (*analysis of variance*) dengan prosedur *One Way Anova*. Studi perbandingan ini dilakukan dengan cara membandingkan perbedaan sebagai fenomena untuk mencari faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya suatu gejala tertentu, kemudian dibandingkan dengan situasi lain, atau membandingkan suatu gejala atau peristiwa dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, dari dua atau beberapa kelompok sampel.

Pengukuran pola asuh keluarga (variabel independen) meliputi sub variabel (1) Permisif (*laissez faire*), (2) Demokratik (*democratic*) dan (3) Otoriter (*dictatorial*). Pengukuran pola asuh tersebut dilakukan bersama-sama dengan pengukuran PHBS anak usia sekolah sebagai variabel dependen.

Sebelum digunakan, kuesioner diuji cobakan kepada responden dengan karakteristik hampir sama dengan sampel sebenarnya, paling sedikit sebanyak 15 responden, agar diperoleh nilai hasil pengukuran mendekati normal. Dalam penelitian ini, penulis mengambil 15 responden yang memiliki karakteristik hampir sama yaitu di SD Negeri Serangan

Penelitian ini merupakan studi komparasi pola asuh permisif, demokratik, dan otoriter dengan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) pada anak Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta Tahun 2010. Responden dalam penelitian ini adalah siswa kelas III-VI di Sekolah Dasar Negeri Ngabean Yogyakarta dengan jumlah seluruhnya 82 siswa. Penelitian ini dilakukan antara bulan Oktober - Juli tahun 2010.

Untuk mengukur perilaku hidup bersih sehat (PHBS), peneliti menggunakan acuan dari Depkes tahun 2006 yang sudah dibakukan, terdiri dari 9 pertanyaan. Sementara untuk mengukur pola asuh, peneliti mengacu pada tinjauan pustaka yang telah dipaparkan yaitu sebanyak 24 pertanyaan yang terdiri atas sub variabel permisif, demokratik, dan otoriter.

Kuesioner ini menggunakan kuesioner tertutup yaitu responden tinggal memilih alternatif jawaban yang telah disediakan sesuai petunjuk, variasi jawaban sudah ditentukan dan disusun dahulu sehingga responden tidak mempunyai kebebasan untuk memilih jawaban kecuali yang diberikan peneliti.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

SD Negeri Ngabean memiliki bangunan sendiri diatas luas tanah 625 m² yang berlokasi di Jl. Ahmad Dahlan No.81 Kelurahan Notoprajan, Kecamatan Ngampilan Yogyakarta.

Karakteristik responden yang diamati dalam penelitian ini berdasarkan jenis kelamin anak, jumlah siswa setiap kelas, dan pendidikan terakhir orang tua responden.

Karakteristik responden yang diamati dalam penelitian ini berdasarkan jenis kelamin anak, jumlah siswa setiap kelas, dan pendidikan terakhir orang tua responden.

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin**Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin**

Jenis Kelamin	Frekuensi	Prosentase
Laki-laki	48	58,54
Perempuan	34	41,46
Jumlah	82	100

Sumber: Data primer, 2010

Tabel 1. menunjukkan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin anak. Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar jenis kelamin anak adalah laki-laki yaitu sebanyak 48 siswa (58,54%) dan anak perempuan sebanyak 34 siswa (41,46%).

Karakteristik responden berdasarkan kelas**Tabel 2. Karakteristik responden berdasarkan kelas**

Kelas	Frekuensi	Prosentase
III	26	31,71
IV	14	17,07
V	19	23,17
VI	23	28,05
Jumlah	82	100

Sumber: Data primer, 2010

Tabel 2 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan kelas. Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar siswa adalah kelas III sebanyak 26 siswa (31,71%), dan sebagian kecil kelas VI sebanyak 14 siswa (17,07%).

Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir orang tua responden.**Tabel 3. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir orang tua responden**

Pendidikan orang tua	Frekuensi	Prosentase
SD	7	8,54
SMP	15	18,29
SMA	37	45,12
PT	23	28,05
Jumlah	82	100

Sumber: Data primer, 2010

Berdasarkan tabel 3. menunjukkan karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir orang tua responden. Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar pendidikan terakhir orang tua responden adalah berpendidikan SMA sebanyak 37 orang (45,12%), dan sebagian kecil berpendidikan terakhir SD sebanyak 7 orang (8,54%).

Tabel 4. Distribusi frekuensi pola asuh orang tua

Kelas	Frekuensi	Prosentase
Permisif	43	52,4
Demokratik	30	36,6
Otoriter	9	11,0
Jumlah	82	100

Sumber: Data sekunder, 2010

Berdasarkan tabel 4. dapat dijelaskan bahwa lebih dari setengah responden menyatakan pola asuhnya demokratik (52,4%), dan sebagian kecil responden menyatakan pola asuhnya otoriter (11,0%) pada anak

Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010.

Tabel 5. Distribusi frekuensi perilaku hidup bersih sehat (PHBS)

PHBS	Frekuensi	Prosentase (%)
Dilakukan	50	61,0
Tidak dilakukan	32	39,0
Jumlah	82	100,0

Sumber: Data sekunder, 2010

Berdasarkan tabel 5. dapat dijelaskan bahwa sebagian besar responden ber-PHBS (61,0%), Sedangkan responden yang tidak ber-PHBS (39,0%) pada anak Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010.

Tabel 6. Distribusi silang pola asuh dan PHBS

PHBS	Pola Asuh					
	Permisif		Demokratis		Otoriter	
	F	%	F	%	F	%
Baik	8	9,8	39	47,6	3	3,7
Kurang baik	22	26,8	4	4,9	6	7,3
TOTAL	30	63,6	43	52,4	9	11,0

Sumber: Analisis data, 2010

Berdasarkan tabel 6. dapat dijelaskan bahwa proporsi responden yang mempunyai pola asuh demokratis dan ber-PHBS (47,6%) lebih banyak jika dibandingkan dengan pola asuh permisif dan otoriter yang ber-PHBS pada anak Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010.

Uji homogenitas

Uji homogenitas digunakan untuk menguji asumsi dasar bahwa seluruh kelompok

yang terbentuk harus memiliki varian yang sama. Berdasarkan hasil uji homogenitas didapatkan bahwa anak yang ber-PHBS dengan pola asuh demokratis, permisif dan otoriter didapatkan p value 0,000. Dapat disimpulkan bahwa varian pada ketiga variabel tersebut adalah tidak sama atau H_0 ditolak.

Anova

Uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis nol bahwa semua kelompok mempunyai mean dan populasi yang sama. Dijelaskan bahwa jumlah kuadrat antara grup sebesar 8,018 dan rata-rata kuadrat 4,009, jumlah kuadrat diantara grup sebesar 11,495 dan rata-rata kuadrat 0,146. Besar F hitung adalah 27,552 dengan signifikansi 0,000 maka H_0 ditolak. kesimpulannya adalah terdapat perbedaan yang signifikan antara pola asuh demokratis, permisif dan otoriter pada anak Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010.

Test Post Hoc (*Post Hoc Test*)

Pengujian Test Post Hoc (*Post Hoc Test*) digunakan untuk mengetahui lebih lanjut perbedaan yang terjadi antar kelompok. Dijelaskan bahwa perbandingan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) anak dengan pola asuh demokratis dan permisif, perbedaan rata-ratanya adalah -0,640, standar kesalaham 0,091 dengan signifikansi 0,000. kesimpulannya adalah ada perbedaan rata-rata antara perilaku hidup bersih sehat (PHBS) dengan pola asuh demokratis dan permisif pada anak Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010.

Perbandingan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) anak dengan pola asuh demokratis dan otoriter, perbedaan rata-ratanya adalah -0,574, standar kesalaham 0,140 dengan signifikansi 0,000.

kesimpulannya adalah ada perbedaan rata-rata antara perilaku hidup bersih dan sehat dengan pola asuh demokratis dan otoriter pada anak Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010.

Perbandingan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) anak dengan pola asuh permisif dan otoriter, perbedaan rata-ratanya adalah $-0,067$, standar kesalahan $0,145$ dengan signifikansi $0,647$. kesimpulannya adalah tidak ada perbedaan rata-rata antara perilaku hidup bersih dan sehat dengan pola asuh permisif dan otoriter pada anak Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010.

PEMBAHASAN

Pola asuh keluarga

Berdasarkan pengolahan data primer diperoleh bahwa pola asuh keluarga dari 82 responden yang diteliti sebagian besar keluarga menerapkan pola asuh demokratis. Hal tersebut nampak dari distribusi frekuensi pola asuh keluarga sebagian besar yaitu 43 responden (52,4%) mempunyai pola asuh demokratis, selanjutnya dalam pola asuh permisif sebanyak 30 responden (36,6%) dan dalam pola asuh otoriter sebanyak 9 responden (11,0%). Proporsi tersebut menunjukkan bahwa pola asuh dari anak sekolah dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta pada tahun 2010 sebagian besar adalah menerapkan pola asuh demokratis.

Menurut Santrock (2003) pola asuh yang digunakan oleh ibu mempunyai peranan yang penting dalam rangka mendidik, membimbing, dan mendisiplinkan serta melindungi anak untuk mencapai kedewasaan sesuai dengan norma-norma yang ada dalam masyarakat. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahayu (2008) kepada 136 responden yang meneliti tentang pola asuh orang tua terhadap perkembangan

psikologis anak prasekolah.

Dari hasil penelitian diketahui ada pengaruh antara tingkat pendidikan responden dengan psikososial anak. Selain itu terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pola asuh menurut Prasetya (2003) meliputi pendidikan orang tua, latar belakang keluarga dan lingkungan sosial. Ibu yang mempunyai pendidikan yang lebih tinggi akan lebih bijaksana dan tahu harus bersikap bagaimana menerapkan pola asuh yang baik dalam mengasuh anak-anaknya yang mempunyai karakter yang berbeda-beda sehingga akan mempengaruhi perkembangan sosial anak tersebut dengan baik.

Perilaku hidup bersih sehat (PHBS)

Berdasarkan pengolahan data primer diperoleh bahwa perilaku hidup bersih sehat (PHBS) dari 82 responden yang diteliti sebagian besar ber-PHBS. Hal tersebut nampak dari distribusi frekuensi perilaku hidup bersih sehat (PHBS) sebagian besar yaitu 50 responden (61,0%) ber-PHBS, selanjutnya 32 responden (39,0%) tidak ber-PHBS. Proporsi tersebut menunjukkan bahwa perilaku hidup bersih sehat (PHBS) anak sekolah dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta pada tahun 2010 sebagian besar adalah ber-PHBS.

Menurut Depkes (2003) Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di sekolah berarti anak sekolah harus diberdayakan agar sadar, mau, dan mampu melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah. (PHBS) di sekolah berarti ketersediaan sarana lingkungan sekolah yang sehat harus diupayakan dan menjadi urusan pemerintah kabupaten, kota dan jajarannya khususnya sektor pendidikan, kesehatan, dan lain-lain. Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Siti Fauziah (2004) kepada 386 responden yang meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku hidup bersih sehat (PHBS) siswa sekolah dasar.

Secara umum pola hidup bersih sehat merupakan upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan, melakukan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan,

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan peneliti, maka dapat disimpulkan bahwa frekuensi pola asuh permisif pada anak sekolah dasar di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010 sebesar 30 siswa (36,6%). Frekuensi pola asuh demokratik pada anak sekolah dasar di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010 sebesar 43 siswa (52,4%). Frekuensi pola asuh otoriter pada anak sekolah dasar di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010 sebesar 9 siswa (11,0%). Penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan rata-rata $P < 0,05$ antara perilaku hidup bersih sehat dengan pola asuh demokratik dan permisif pada anak Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010. Di samping itu, juga terdapat perbedaan rata-rata $P < 0,05$ antara perilaku hidup bersih sehat dengan pola asuh demokratik dan otoriter pada anak Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010. Semetara itu, tidak ada perbedaan rata-rata $P > 0,05$ antara perilaku hidup bersih dan sehat dengan pola asuh permisif dan otoriter pada anak Sekolah Dasar kelas III-VI di SD Negeri Ngabean Yogyakarta tahun 2010.

Saran

Bagi Siswa SD Negeri Ngabean diperlukan upaya peningkatan pemahaman orangtua tentang program pelaksanaan PHBS bagi seluruh siswa sekolah dasar.

Bagi Pengelola SD disarankan kepada seluruh pendidik (guru) untuk selalu mengajarkan pada siswanya agar sedini mungkin membiasakan hidup bersih dan sehat.

Bagi Puskesmas, disarankan kepada kepala puskesmas untuk melaksanakan pembinaan dan pengawasan program perilaku hidup bersih (PHBS) di sekolah-sekolah di wilayah kerjanya secara terjadwal sehingga diperoleh peningkatan perilaku siswa yang baik tentang hidup bersih sehat (PHBS). Bagi Institusi Pendidikan Stikes 'Aisyiyah menambahkan wacana bagi mahasiswa di perpustakaan mengenai perkembangan personal dan sosial anak usia sekolah. Bagi Peneliti Selanjutnya, hendaknya dapat memberikan kesempatan lebih luas lagi untuk mengembangkan pendidikan sesuai dengan minat dan bidang yang dikuasai. Data yang dikumpulkan disertai dengan wawancara langsung dan observasi langsung.

DAFTAR RUJUKAN

- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi V. Rineka Cipta: Jakarta.
- Azwar, S. 2003. *Validitas dan Reliabilitas*. Edisi 2. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- BPS. 2002. *Indikator Kesejahteraan Rakyat*. BPS Indonesia: Jakarta.
- Depkes RI. 2000. *Paradigma Sehat*. Depkes RI: Jakarta
- _____. 2003. *PHBS di Sekolah "Media Advokasi"*. Depkes RI: Jakarta.
- Hastanto, P. S. 2008. *Statistik Kesehatan*. Edisi revisi. PT Rajagrafindo Persada: Jakarta.
- Ircham, M. 2008. *Statistika Non Parametrik*. Fitramaya: Yogyakarta.
- Nursalam, 2003. *Konsep dan Penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.

- Prasetya, G. T. 2003. *Pola Pengasuhan Ideal*. PT Alex Media Komputindo: Jakarta.
- Sugiyono. 2002. *Statistika Untuk Penelitian*. Cetakan ke 4. CV Alfabeta: Bandung.
- _____. 2003. *Statistik untuk penelitian*. CV Alfabeta: Bandung.
- _____. 2007. *Statistika Untuk Penelitian*. Cetakan ke 11. CV Alfabeta: Bandung.
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam Keperawatan*. Cetakan I. EGC: Jakarta.
- Syamsu, Y. 2009. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. PT Remaja Rosdakarya: Bandung.

JKK 7.1.2017 SAY

EFEKTIVITAS ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI APPENDISITIS DENGAN ANALISIS NANDA, NOC DAN NIC

Edy Suprayitno, Suratini
STIKes 'Aisyiyah Yogyakarta.
E-mail: fadillah_imat@yahoo.co.id

Abstract: This study is aimed to obtain data of nursing care effectiveness in post-operative clients with appendicitis using NANDA's, NOC's and NIC's at hospital PKU Muhammadiyah of Yogyakarta in 2007. This research was quantitative descriptive research using documentation analysis approach (content analysis). This approach was done by considering and analysing nursing in post-operative clients with appendicitis. This research was completed at Class II and III room at hospital PKU Muhammadiyah of Yogyakarta during February 2008 until May 2008 with number of sample 51 medical records. Documentation of general nursing care was Not Good in category (44.52%). Documentation of nursing study in post-operative client with appendicitis at hospital PKU Muhammadiyah of Yogyakarta was Enough in category (58.70%), documentation of diagnosis (NANDA) in nursing was Not Good (33.16%), documentation of nursing planning consisting of: objective and result criterion (NOC) was Enough in category (58.41%) and nursing intervention (NIC) was Enough in category (63.35%), nursing implementation was Not Good (15.14%), nursing care evaluation was Not Good (38.39%). Suggestion building responsible nursing management system on documentation of nursing care, Giving motivation to nurse and giving training on writing of nursing care documentation.

Keywords: Effectiveness of nursing care, NANDA's, NOC's and NIC's analysis

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh data efektivitas asuhan keperawatan pada klien post operasi appendisitis dengan analisis NANDA, NOC, dan NIC di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2007. Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan pendekatan analisis dokumentasi (*Content Analysis*). Pendekatan ini dilakukan dengan melihat dan menganalisis data dokumentasi rekam medik yang dilakukan oleh perawat ketika melakukan asuhan keperawatan pada klien post operasi appendisitis. Penelitian ini dilakukan di ruang kelas II dan III Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada bulan Pebruari 2008 sampai Mei 2008 dengan jumlah sampel 51 rekam medik. Dokumentasi asuhan keperawatan secara umum adalah tidak baik (44,52%). Dokumentasi pengkajian keperawatan pada klien post operasi Appendisitis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah cukup (58,70%), dokumentasi diagnosa (NANDA) keperawatan adalah tidak baik (33,16%), dokumentasi rencana keperawatan yang terdiri dari: tujuan dan kriteria hasil (NOC) adalah cukup (58,41%) dan intervensi keperawatan (NIC) adalah cukup (63,35%), implementasi keperawatan adalah tidak baik (15,14%), evaluasi asuhan keperawatan adalah tidak baik (38,39%). Saran bagi rumah sakit ialah membentuk sistem manajemen keperawatan yang bertanggungjawab terhadap dokumentasi asuhan keperawatan, memberikan motivasi kepada tenaga perawat dan pelatihan tentang penulisan dokumentasi asuhan keperawatan.

Kata kunci: Efektivitas asuhan keperawatan, analisis NANDA, NOC dan NIC

PENDAHULUAN

Menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan menyatakan bahwa terwujudnya keadaan sehat adalah kehendak semua pihak baik oleh orang perorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Profesionalisasi keperawatan merupakan proses dinamis dimana proses keperawatan yang telah terbentuk (1983) mengalami perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai dengan tuntutan profesi dan kebutuhan masyarakat. Proses profesionalisasi merupakan proses pengakuan terhadap sesuatu yang dirasakan, dinilai dan diterima secara spontan oleh masyarakat. Fortinash, 1995 menyampaikan bahwa proses keperawatan bukan hanya sekedar pendekatan sistematis dan terorganisir melalui lima langkah dalam mengambil masalah-masalah klien namun merupakan suatu metode pemecahan masalah baik secara episodik maupun linear sehingga masalah dapat teridentifikasi dengan baik dan tepat kemudian dapat dirumuskan diagnosa keperawatan dan cara pemecahan masalahnya (Wartona & Tarwoto, 2006).

Kekuatan asuhan keperawatan adalah standar asuhan keperawatan yang tertuang dalam NANDA, NOC dan NIC, selain itu diperlukan juga sumber daya perawat yang profesional dalam melaksanakan tugasnya. Pelayanan dan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien merupakan bentuk pelayanan yang profesional yang bertujuan untuk membantu klien dalam pemulihan dan peningkatan kemampuan dirinya melalui tindakan keperawatan secara komprehensif dan berkesinambungan sampai klien mampu untuk melakukan rutinitasnya tanpa ada masalah (Nurachmah, 2007). Penerapan proses keperawatan harus didukung dengan pengetahuan, kemampuan dan keterampilan yang mengacu pada pedoman penerapan diagnosa keperawatan (Nursalam, 2005).

Kendati demikian penggunaan diagnosa keperawatan NANDA, NOC, dan NIC di Indonesia masih jarang.

Appendisitis merupakan salah satu infeksi pada sistem pencernaan yang sering dialami oleh masyarakat yaitu mencapai 7%-12% sedangkan perbandingan kejadian appendisitis di USA pada laki-laki dan wanita adalah 1:1,2-1,3 (Schwartz's, 2006). Selama 10 dekade 1987-1997 terjadi penurunan appendektomi tetapi bagaimanapun juga rata-rata klien appendektomi mencapai 10/10.000 orang pertahun dan biasanya terjadi pada usia 31,3 tahun untuk laki-laki dan 22 tahun untuk wanita. Hal inilah yang mendorong perawat untuk mampu memberikan pelayanan prima bagi setiap klien yang dirawat (Schwartz's, 2006). Appendisitis yang tidak segera ditangani bisa menimbulkan komplikasi seperti perforasi, peritonitis, abses appendik dan pyleflebitis dan satu-satunya cara penanganannya adalah pembedahan appendektomi atau laparaskopi (Theodore, 1993). Perawatan yang dilakukan setelah tindakan pembedahan merupakan treatment utama termasuk pada klien post appendektomi atau laparaskopi. Perawatan dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi dan membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya. Apabila penatalaksanaan asuhan keperawatan baik dan efektif maka angka kepulangan klien tinggi dan dapat meringankan biaya perawatan di rumah sakit.

Tahun 2007 (Januari sampai Desember) kejadian operasi appendisitis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta mencapai 417 klien yang terdiri dari 165 (39,57%) klien pria dan 252 (60,43%) klien wanita. Klien pria yang dilakukan operasi appendektomi sebanyak 85 (45,7%) dan wanita sebanyak 101 (54,3%) sedangkan klien pria yang dilakukan laparaskopi sebanyak 80 (34,63%) dan wanita sebanyak 151 (65,37%). Usia klien laki-laki yang

dilakukan operasi laparoskopi mulai dari < 10 tahun berjumlah 0 (0%), 11-20 tahun berjumlah 19 (23,75%), 21-30 tahun berjumlah 25 (31,25%), 31-40 tahun berjumlah 13 (16,25%), 41-50 tahun berjumlah 14 (17,50%), 51-60 tahun berjumlah 3 (3,75%), 61-70 tahun berjumlah 5 (6,25%), 71-80 tahun berjumlah 0 (0%), 81-90 tahun berjumlah 1 (1,25%) sedangkan pada wanita usia <10 tahun berjumlah 3 (1,99%), 11-20 tahun berjumlah 34 (22,51%), 21-30 tahun berjumlah 56 (37,09%), 31-40 tahun berjumlah 26 (17,22%), 41-50 tahun berjumlah 24 (15,90%), 51-60 tahun berjumlah 5 (3,31%), 61-70 tahun berjumlah 2 (1,32%), 71-80 tahun berjumlah 1 (1,25%), 81-90 tahun berjumlah 0 (0%). Usia klien laki-laki yang dilakukan operasi appendektomi mulai dari < 10 tahun berjumlah 11 (12,95%), 11-20 tahun berjumlah 19 (22,36%), 21-30 tahun berjumlah 21 (24,70%), 31-40 tahun berjumlah 10 (11,77%), 41-50 tahun berjumlah 14 (16,47%), 51-60 tahun berjumlah 7 (8,23%), 61-70 tahun berjumlah 2 (2,35%), 71-80 tahun berjumlah 1 (1,17%), 81-90 tahun berjumlah 0 (0%) sedangkan usia klien wanita yang dilakukan operasi appendektomi mulai dari < 10 tahun berjumlah 8 (7,92%), 11-20 tahun berjumlah 28 (27,72%), 21-30 tahun berjumlah 20 (19,80 %), 31-40 tahun berjumlah 21 (20,80%), 41-50 tahun berjumlah 8 (7,92%), 51-60 tahun berjumlah 8 (7,92%), 61-70 tahun berjumlah 5 (4,95%), 71-80 tahun berjumlah 3 (2,97%), 81-90 tahun berjumlah 0 (0%).

Pencatatan/pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan hal utama dalam pelayanan kesehatan keperawatan sehingga peneliti tertarik untuk mengkaji pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendisitis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan analisis NANDA, NOC dan NIC demi tercapainya

mutu pelayanan yang baik dan professional.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifitasan asuhan keperawatan pada klien Post operasi Appendisitis dengan menggunakan analisis NANDA, NOC dan NIC. Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan pendekatan analisis dokumentasi (*Content Analysis*). Pendekatan ini dilakukan dengan melihat dan menganalisis data dokumentasi berupa rekam medik yang dilakukan oleh perawat ketika melakukan asuhan keperawatan pada klien post operasi appendisitis. Tujuannya adalah untuk menarik kesimpulan yang sah dari sebuah buku atau dokumentasi (Weber, 1985. *cit* Moloeng, 2004). Penelitian ini dilakukan di semua ruang kelas II dan III Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada bulan Pebruari 2008 sampai Mei 2008 dengan jumlah sampel 51 rekam medik. Pengumpulan data diperoleh dengan melihat rekam medik asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien post operasi appendisitis yang kemudian ditulis kembali pada pedoman dokumentasi asuhan keperawatan yang telah disusun oleh peneliti. Sampel dalam penelitian ini adalah 51, angka ini didapatkan dari ketentuan 25% dari populasi yang ada (Jumlah populasi 204) (Arikunto, 2002). Dua pendekatan yang digunakan dalam menentukan kriteria lima proses asuhan keperawatan yaitu, pertama dengan menggunakan rumus $n/X \times 100\%$ dimana n adalah jumlah item yang di isi oleh perawat dan x adalah jumlah item yang terdapat dalam format asuhan keperawatan. Kemudian, penilaian rerata proses asuhan keperawatan dengan menggunakan Program SPSS 13.0 for Windows.

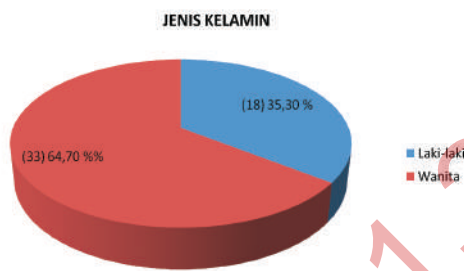
HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan terhadap sampel (Rekam Medik) berjumlah 51 yang didapatkan dengan melihat rekam medik klien post operasi Appendinsitis secara *Random Sampling*. Adapun hasil penelitian adalah sebagai berikut:

Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini dapat dijabarkan berdasarkan jenis kelamin, umur, kelas/bangsar, post operasi Laparoscopi dan Appendiktomi. Penjabaran data karakteristik responden disajikan dalam bentuk diagram berikut ini:

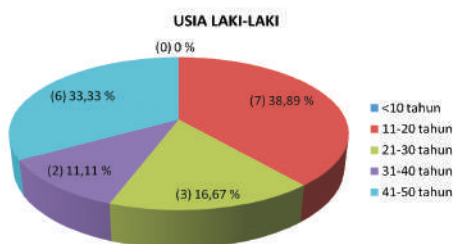
Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

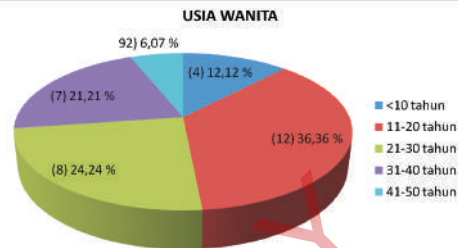
Berdasarkan gambar 1 karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin responden laki-laki sebanyak 18 (35,30%) dan wanita sebanyak (33) 64,70%.

Berdasarkan Usia



Gambar 2. Karakteristik responden laki-laki berdasarkan usia

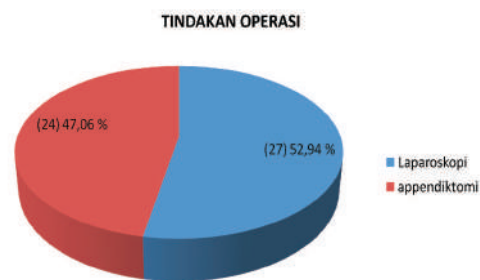
Berdasarkan gambar 2, karakteristik responden berdasarkan usia laki-laki yang mengalami operasi Appendisitis tertinggi pada usia 11-20 tahun sebanyak 7 (38,89%) dan yang terendah sebanyak 2 (11,11%) pada usia 31-40 tahun.



Gambar 3. Karakteristik responden wanita berdasarkan usia

Berdasarkan gambar 3, karakteristik responden berdasarkan usia wanita yang mengalami operasi Appendisitis tertinggi pada usia 11-20 tahun yaitu sebanyak 12 (36,36%) dan yang terendah sebanyak 2 (6,07%) pada usia 40-50 tahun.

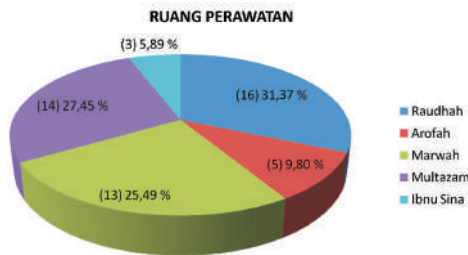
Berdasarkan Tindakan Operasi



Gambar 4. Karakteristik responden berdasarkan tindakan operasi

Berdasarkan gambar 4, karakteristik responden berdasarkan tindakan operasi Laparoscopi sebanyak 27 (52,94%) dan Appendiktomi sebanyak 24 (47,06%).

Berdasarkan Ruang Perawatan



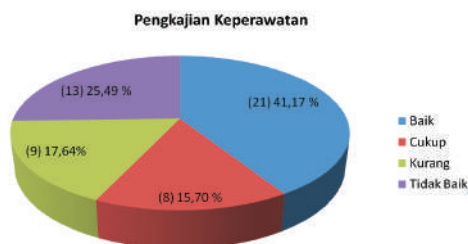
Gambar 5. Karakteristik responden berdasarkan ruang perawatan

Berdasarkan gambar 5, karakteristik responden berdasarkan ruang perawatan di Ruang Raudhah sebanyak 36 (31,37%) dan 3 (3,94%) yang di rawat di Ruang Ibnu Sina.

Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Apendisitis

Penilaian hasil dokumentasi asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendisitis dilakukan berdasarkan pada penilaian dari proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan dengan menggunakan label diagnosa keperawatan menurut NANDA, perencanaan tujuan dan kriteria hasil dengan NOC, intervensi dengan menggunakan NIC dan implementasi keperawatan berdasarkan NIC serta evaluasi hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien post operasi appendisitis

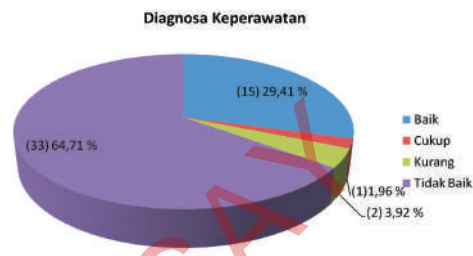
Pengkajian Keperawatan



Gambar 6. Dokumentasi pengkajian asuhan keperawatan

Berdasarkan gambar 6, dokumentasi pengkajian keperawatan pada klien post operasi Appendisitis yang memiliki kategori baik sebanyak 21 (41,14%) dan yang memiliki kategori cukup sebanyak 8 (15,70%).

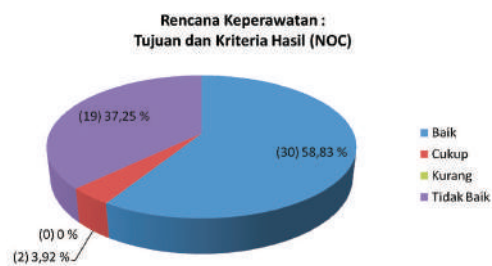
Diagnosa Keperawatan



Gambar 7. Dokumentasi diagnosa asuhan keperawatan

Berdasarkan gambar 7, dokumentasi diagnosa keperawatan NANDA pada klien post operasi Appendisitis yang memiliki kategori tidak baik sebanyak 33 (64,31%) dan yang memiliki kategori cukup sebanyak 1 (1,96%).

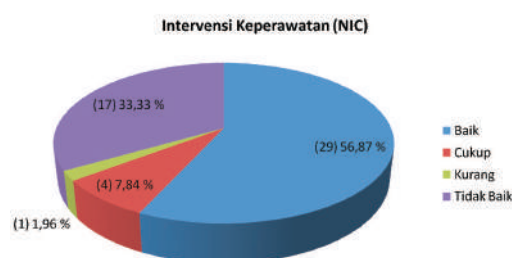
Rencana Keperawatan Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)



Gambar 8. Dokumentasi tujuan dan kriteria (NIC) hasil asuhan keperawatan

Berdasarkan gambar 8, dokumentasi tujuan dan kriteria hasil pada klien post operasi Appendisitis yang memiliki kategori baik sebanyak 30 (58,83%) dan yang memiliki kategori cukup sebanyak 2 (3,92%).

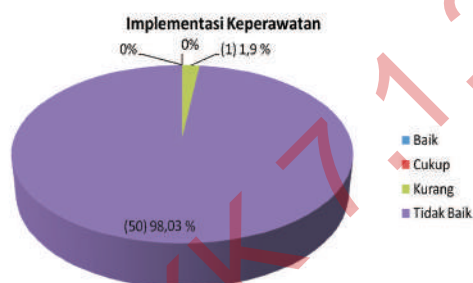
Intervensi Keperawatan (NIC)



Gambar 9. Dokumentasi intervensi keperawatan (NIC) asuhan keperawatan

Berdasarkan gambar 9, dokumentasi intervensi asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendicitis yang memiliki kategori baik sebanyak 29 (56,87%) dan yang memiliki kategori kurang sebanyak 1(1,96%).

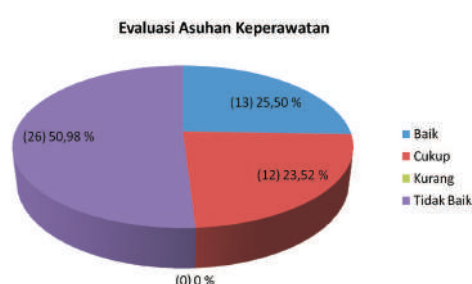
Implementasi Keperawatan



Gambar 10. Dokumentasi implementasi keperawatan (NIC) asuhan keperawatan

Berdasarkan gambar 10, dokumentasi implementasi asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendicitis yang memiliki kategori tidak baik sebanyak 50 (98,03%) dan yang memiliki kategori kurang sebanyak 1 (1,97%).

Evaluasi Asuhan Keperawatan



Gambar 11. Dokumentasi evaluasi asuhan keperawatan

Gambar 11. Menggambarkan bahwa dokumentasi evaluasi asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendicitis yang memiliki kategori tidak baik sebanyak 26 (50,98%) dan yang memiliki kategori cukup 12 (23,52%).

Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal untuk menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat kepada klien. Moyet (2005) menyatakan bahwa pengkajian merupakan pengumpulan data secara sistemik dengan melihat status kesehatan klien pada masa kini dan masa lampau, fungsi dan kemampuan coping terhadap masalah yang dihadapinya (Perry&Potter, 2007). Pengkajian yang baik adalah pengkajian yang mencakup aspek bio-psiko-sosio-spiritual. Aspek biologi meliputi : masalah kesehatan dan terapi masa lalu, terapi kesehatan saat ini, faktor resiko, aktivitas dan koordinasi, pekerjaan, kemampuan menyelesaikan aktivitas sehari-hari. Aspek psikologis (emosional dan intelektual) meliputi : status perilaku, sistem pendukung, konsep diri, citra tubuh, seksualitas, mekanisme coping, pemecahan masalah, tingkat pendidikan, pola komunikasi). Aspek sosial meliputi: status finansial/pekerjaan, peran kultural, hubungan sosial. Aspek spiritual meliputi :

keyakinan dan makna, pengalaman keagamaan, ritual dan praktik, kekerabatan (Perry&Potter, 2005).

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan, pelaksanaan dokumentasi pengkajian asuhan keperawatan secara umum termasuk dalam kategori baik yaitu 21 (41,14%), namun apabila dilihat dengan rerata yang ada menunjukkan hasil dokumentasi pengkajian asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendisitis adalah cukup yaitu 58,70%. Dalam proses pengkajian didapatkan 80% item rencana pulang tidak didokumentasikan, hal ini disebabkan karena beban kerja perawat yang berlebih. Tersedianya perawat di bangsal masih minim seperti di Bangsal Raudhah, pembagian tenaga perawat adalah 5, 5, 4 untuk masing-masing shift, sedangkan di Bangsal Arofah memiliki 4, 4, 3. Pada shift malam di Bangsal Arofah terdapat 1 tenaga non medis sehingga pada pelaksanaan asuhan keperawatan hanya dilakukan oleh 2 orang perawat. Secara kuantitas jumlah tenaga perawat sudah cukup tetapi komposisi dari tiap shift tidak disamakan dan seimbang. Adanya tingkat pendidikan yang berbeda seperti sekolah perawat kesehatan, ahli madya keperawatan dan sarjana keperawatan akan memunculkan kemampuan yang berbeda dalam melakukan pencatatan asuhan keperawatan. *The ANA Policy Statement* (1980) dan *Standards Of Clinical Practice* (1991) mewajibkan pengumpulan data dan pencatatan sebagai fungsi mandiri esensial untuk peran perawat profesional.

Keterbatasan yang sering dialami perawat dalam melakukan pengkajian antara lain: (1) kurangnya kemampuan dan pengetahuan dalam melakukan *assessment* (2) Pengumpulan data yang tidak lengkap dan akurat. Keterbatasan ini dapat diatasi dengan : (1) mempersiapkan pengetahuan dan kemampuan sebelum melakukan *assessment* (2) Fokus pada *assessment*

klien dan mempersiapkan format pengkajian (Perry&Potter, 2007).

Diagnosa Keperawatan

Tahap kedua proses asuhan keperawatan setelah tindakan pengkajian keperawatan adalah penentuan diagnosa keperawatan yang mengacu pada NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*). Kategori dokumentasi pada proses penentuan diagnosa keperawatan pada klien post operasi Appendisitis secara umum adalah tidak baik yaitu 33 (64,31%) dan apabila dilihat dengan rerata yang ada, tahap kedua proses keperawatan ini juga tidak baik yaitu 33,16%. Penentuan diagnosa keperawatan akan baik apabila proses pengkajian keperawatan dilaksanakan dengan baik. Proses pengkajian yang dilakukan secara komprehensif akan memberikan suatu diagnosa yang sesuai dengan kebutuhan klien. Data pengkajian keperawatan harus mendukung label diagnosa dan faktor yang berhubungan harus mendukung etiologi. Dalam penelitian ini, pendokumentasian diagnosa keperawatan terlihat, penulisan diagnosa keperawatan saat pengkajian tidak sama dengan diagnosa yang didokumentasikan seperti: diagnosa keperawatan yang ditentukan oleh perawat saat pengkajian sebanyak 4 (Nyeri, Risiko Infeksi, Kurang Volume Cairan dan konstipasi). Namun pada saat didokumentasikan hanya ada 1 yaitu diagnosa keperawatan nyeri bahkan 1 diagnosa pun tidak didokumentasikan.

Kondisi ini memperlihatkan ada penambahan diagnosa yang memang sebelumnya tidak ditentukan saat pengkajian. Hal ini terjadi karena belum adanya format diagnosa keperawatan yang sesuai dengan diagnosa yang telah ditentukan saat pengkajian. Sebagai contoh diagnosa keperawatan kurang volume cairan, di dalam format pengkajian tertulis diagnosa tersebut tetapi di dalam dokumentasi diagnosa

keperawatan tidak terdapat format diagnosa tersebut sehingga terpaksa tidak dituliskan (ini membuat dokumentasi menjadi tidak lengkap). Perubahan status kesehatan klien selama dirawat juga mempengaruhi kondisi ini.

Rencana Keperawatan

Proses asuhan keperawatan yang ketiga adalah rencana keperawatan yang terdiri dari tujuan dan kriteria hasil serta intervensi asuhan keperawatan yang terdapat pada pedoman NOC (*Nursing outcomes Classification*). Tahap ini (tujuan dan kriteria hasil) secara umum memiliki kategori baik yaitu 30 (58,83%) dan apabila dilihat dengan rerata yang ada maka kategori dokumentasi tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendisitis adalah cukup yaitu 60,35%. Dokumentasi intervensi asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendisitis secara umum memiliki kategori baik yaitu 29 (56,87%). Hasil penilaian secara rerata menunjukkan dokumentasi intervensi asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendisitis adalah cukup yaitu 63,35%.

Tujuan dari penyusunan rencana keperawatan adalah untuk memudahkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien dan mencegah kesalahan dalam tindakan. Nursalam (2001) menyebutkan untuk menghasilkan rencana keperawatan yang baik adalah (1) mendefinisikan masalah/diagnosa, (2) mengidentifikasi masalah yang akan terjadi, (3) menyeleksi alternatif yang ada. Penyusunan rencana keperawatan yang sesuai dengan NOC di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah merupakan langkah konkrit untuk menghasilkan rencana keperawatan yang baik.

Salah satu kelemahan perawat adalah penulisan dokumentasi yang tidak sempurna sehingga memungkinkan terjadi kesalahan interpretasi dari tindakan yang akan dan

telah dilaksanakan. Tujuan dan kriteria hasil akan tercapai bila didukung dengan persiapan intervensi yang matang sesuai kebutuhan klien. Faktor-faktor yang menyebabkan keterbatasan pendokumentasian asuhan keperawatan adalah kurangnya motivasi perawat untuk memberikan pencatatan yang komprehensif. Dalam dokumentasi rencana keperawatan, perawat sudah melakukan prioritas diagnosa keperawatan namun saat penulisan rencana intervensi keperawatan, perawat tidak mencatat sepenuhnya dari rencana tersebut.

Perawat cenderung melakukan pencatatan secara sederhana artinya tidak menuliskan secara lengkap dan memiliki aktivitas lain selain tugas pokoknya sebagai perawat meskipun secara umum masalah dapat diatasi dengan kerjasama yang baik. Kesalahan umum yang terjadi saat menuliskan rencana keperawatan adalah: kegagalan untuk dengan tepat/lengkap menunjukkan tindakan perawat, frekuensi kualitas dan metoda, kegagalan menunjukkan orang yang melakukan tindakan (Perry & Potter, 2005).

Implementasi Keperawatan

Pendokumentasian implementasi meliputi catatan intervensi yang dipilih untuk memenuhi kebutuhan klien. Pendokumentasian implementasi memberikan bukti keperawatan yang diberikan, mempermudah penggantian biaya secara tepat dan meningkatkan keberlangsungan perawatan (Patricia & Nancy, 2005). Tahap ini secara umum memiliki kategori baik yaitu 50 (98,03%) sedangkan penilaian rerata adalah tidak baik 15,14%. Secara teknis perawat telah mencatat tindakan yang telah dilakukan kepada klien. Ketidaktepatan dokumentasi pada tahap ini, secara legal dapat mengakibatkan perawat dianggap tidak melakukan asuhan keperawatan meskipun pada kenyataannya perawat memberikan

perawatan secara komprehensif. Hal ini terjadi karena adanya kesempatan perawat untuk mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan oleh perawat terhadap klien terbatas dan karena budaya perawat yang tidak langsung mendokumentasikan tindakan sehingga ada beberapa tindakan yang lupa tidak dicatat atau diabaikan.

Perawat dituntut untuk memberikan pelayanan dan memberikan pencatatan pada lembar dokumentasi asuhan keperawatan untuk menghindari terjadinya *miscommunication* antar tenaga kesehatan baik itu perawat atau dokter yang memberikan terapi kepada klien. Dalam tahap ini perawat harus mempunyai kemampuan mengetahui bahaya-bahaya fisik dan perlindungan kepada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman hak-hak klien dan perkembangannya (Hidayat, 2004).

Evaluasi Asuhan Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien, dengan kata lain bahwa evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana tindakan keperawatan telah dilakukan. Fungsi dari tahap ini adalah untuk mengetahui apakah intervensi keperawatan diteruskan atau dimodifikasi (Nursalam, 2001). Tahap terakhir dari proses keperawatan ini secara garis besar memiliki kategori tidak baik yaitu 98% (26/51) dan penilaian secara rerata juga tidak baik yaitu 38,39%. Kategori tidak baik muncul karena pada saat perawat melakukan pencatatan asuhan keperawatan hanya sebagian dari diagnosa yang ditentukan. Dokumentasi pengkajian keperawatan menyebutkan bahwa klien memiliki masalah keperawatan berupa resiko infeksi, kurang volume cairan dan nyeri akut tetapi pada lembar catatan perkembangan, evaluasi hanya dilakukan sebagian saja. Evaluasi

seharusnya berisi resiko infeksi teratasi, kurang volume cairan teratasi/teratasi sebagian dan nyeri teratasi/teratasi sebagian hanya ditulis 2 dari 3 diagnosa yang ditentukan dan bahkan tidak ditulis sama sekali. Faktor-faktor yang menyebabkan ini terjadi adalah faktor individu, banyak tenaga perawat yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan tingkat kompetensi dan pendidikan yang berbeda mulai dari sekolah perawat kesehatan, ahli madya keperawatan sampai sarjana keperawatan. Kondisi ini menyebabkan pemahaman yang berbeda-beda mengenai kepentingan dokumentasi keperawatan dan cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dan outputnya pun berbeda padahal format asuhan keperawatan yang telah disediakan oleh rumah sakit merupakan penyederhanaan dari format asuhan keperawatan sebelumnya. Kemauan dan motivasi perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan menjadi faktor utama dalam kelancaran kegiatan ini.

Kemampuan yang komprehensif harus dimiliki oleh perawat antara lain : kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil (Hidayat, 2004). Keefektifitasan sebuah dokumentasi asuhan keperawatan adalah apabila dokumentasi tersebut mampu memberikan gambaran atau semua informasi dari tindakan perawat selama 24 jam dan merupakan kunci sukses pemberian pelayanan kesehatan kepada klien. Fisbach (1991) menyebutkan bahwa standar dokumentasi asuhan keperawatan agar efektif adalah (1) didasarkan pada definisi dan proses keperawatan yang sudah ditentukan, (2) diaplikasikan terhadap semua perawat yang praktik dalam pelayanan kesehatan, (3) menjadi petunjuk tindakan keperawatan, (4) dapat dipertahankan dan

promosi kesehatan yang optimal, (5) bahasa mudah dan dapat digunakan oleh siapa saja yang membutuhkan (Nursalam, 2001).

Kesuksesan suatu kegiatan selalu dipengaruhi oleh kemampuan dalam melaksanakan tugas dan motivasi. Kemampuan dalam melaksanakan tugas merupakan unsur utama dalam melaksanakan suatu pekerjaan tetapi tanpa diikuti kemauan dan motivasi maka pekerjaan tidak dapat diselesaikan. Seseorang yang melaksanakan dengan pekerjaan dengan baik maka orang tersebut akan mendapatkan kepuasan. Rumah sakit dalam hal ini sebagai manajer memegang peranan penting dalam memotivasi staff untuk mencapai tujuan yang mulia yaitu pemberian asuhan keperawatan demi kesehatan klien. Manajer harus memiliki motifasi sendiri didalam dirinya karena hal ini merupakan faktor utama untuk menggerakkan staff dalam berbagai tingkatan, khususnya kepuasan kerja staff. Sikap positif, semangat, produktif dan melaksanakan kegiatan dengan baik merupakan faktor utama yang harus dimiliki oleh manajer.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa proses asuhan keperawatan: dokumentasi asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendisit di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah tidak baik yaitu 44,52%; dokumentasi pengkajian asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendisit di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah cukup yaitu 58,70%; dokumentasi diagnosa (NANDA) keperawatan pada klien post operasi Appendisit di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah tidak baik yaitu 33,16%.

Dokumentasi rencana keperawatan yang terdiri dari tujuan dan kriteria hasil (NOC) pada klien post operasi Appendisit

di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah cukup yaitu 58,41%; Intervensi keperawatan (NIC) pada klien post operasi Appendisit di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah cukup yaitu 63,35%; Implementasi keperawatan pada klien post operasi Appendisit di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah tidak baik yaitu 15,14%; Evaluasi asuhan keperawatan pada klien post operasi Appendisit di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah tidak baik yaitu 38,39%.

Penggunaan format asuhan keperawatan dengan menggunakan pedoman diagnosa keperawatan NANDA, rencana keperawatan (NOC) dan intervensi (NIC) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dapat memberikan kemudahan kepada perawat dalam melakukan pencatatan/dokumentasi asuhan keperawatan. Kendala-kendala yang muncul dalam penulisan dokumentasi asuhan keperawatan antara lain: adanya tingkat pendidikan yang berbeda diantara tenaga perawat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta; adanya standar tenaga perawat yang belum memenuhi jumlah standar yang diharapkan pada setiap ruang perawatan dan beban kerja yang berlebih; kurangnya motivasi tenaga perawat dalam melakukan pencatatan/dokumentasi asuhan keperawatan; manajemen pendelegasian tugas yang kurang tepat antar perawat yang sering menimbulkan *Miscommunication*; sosialisasi tentang penulisan dokumentasi asuhan keperawatan menurut NANDA, NOC dan NIC yang tidak menyeluruh.

Saran

Berdasarkan kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut: bagi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, pembentukan sistem manajemen keperawatan yang bertanggungjawab terhadap doku-

mentasi asuhan keperawatan; melakukan pelatihan kepada tenaga perawat tentang sistem penulisan dokumentasi asuhan keperawatan agar tidak terjadi kesalahan prosedur kerja dan pemenuhan kebutuhan aspek hukum (advokasi) dan etika keperawatan; memberikan *reward* kepada perawat yang melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik dan memberikan arahan kepada perawat yang tidak melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik; pemerataan dan pembagian tenaga perawat di setiap ruang perawatan.

Bagi perawat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta hendaknya melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai dengan format yang telah ditentukan oleh rumah sakit dan mencatat asuhan keperawatan secara lengkap dan menyeluruh; perawat sebagai garda utama pelayanan kesehatan kepada klien sehingga perawat harus memberikan pelayanan yang komprehensif kepada klien serta meningkatkan kemauan dan motivasi untuk melakukan sebagian tugas yang telah diemban.

Bagi peneliti lain diharapkan melakukan penelitian sejenis dengan kualitas dan teknik yang lebih baik untuk mendapatkan alasan penulisan dokumentasi yang tidak lengkap dan sempurna. Tempat penelitian disarankan di rumah sakit yang berbeda dan menggunakan metode wawancara kepada perawat yang melakukan asuhan keperawatan.

DAFTAR RUJUKAN

- Arikunto. S. 1998. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Hidayat A. A. A. 2004. *Pengantar Konsep Dasar keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta
- Moloeng. L. J. 2004. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. PT. Remaja Rosdakarya: Bandung
- Nurachmah. E. 2007. *Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit*, (Online), (<http://bondan-palestin.blogspot.com/2007/05/asuhan-keperawatan-bermutu-di-rumah.html>), diakses 28 Januari 2008.
- Nursalam. 2001. *Proses&Dokumentasi Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- . 2007. *Manajemen Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Perry & Potter. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. EGC: Jakarta.
- . 2007. *Basic Nursing Essentials For Practise*. Mosby: USA.
- Schwartz'z. 2006. *Manual Of Surgery*. The McGraw-HillCompanies: North America.
- Theodore, R. S. 1993. *Handbook of Surgery*. Edisi 7. EGC: Jakarta.
- Wartonah., & Rarwoto. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 7. Salemba Medika: Jakarta

HUBUNGAN *CONTRACTION STRESS TEST* DENGAN STATUS KEBUGARAN BAYI

Farida Kartini

STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.

Email: faridakartini@yahoo.com

Abstract: This study was aimed to examine the correlation CST result with healthy new born baby status at RSUP DR. Sardjito in Yogyakarta. This study use quantitative design. The total of 168 baby were involved in the reasearch. Sample removal with consecutive sampling. The research instrumen used observation paper. Data analyze used bivariate with fisher's exact test. There are not correletion between CST result with healthy new born baby.

Keywords: CST (contraction stress test), new born baby, healthy baby status.

Abstract: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan hasil *contraction stress test* (CST) dengan status kebugaran bayi segera setelah lahir di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif dengan sampel 168 bayi yang lahir di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta. Pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling*. Alat pengumpulan data menggunakan lembar observasi. Analisis data menggunakan analisis bivariat dengan *fishesr's exact test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara hasil pemeriksaan CST dengan status kebugaran pada bayi.

Kata kunci: *contraction stress test* (CST), bayi baru lahir (BBL), status kebugaran bayi.

PENDAHULUAN

Asfiksia pada bayi baru lahir (BBL) merupakan salah satu masalah kegawatdaruratan neonatus yang mendapatkan perhatian khusus karena menjadi salah satu penyebab terbesar dari kematian bayi. Asfiksia didefinisikan sebagai kegagalan pernafasan pada bayi baru lahir yang disebabkan karena tidak adekuatnya pasokan oksigen sebelum, selama dan segera setelah lahir (Woods, 2004). Pada tahun 2007 kematian bayi di Indonesia mencapai 26,9/1000 kelahiran hidup (Supari, 2008). Menurut SKRT (Survey Kesehatan Rumah

Tangga) kematian neonatal yang diakibatkan oleh asfiksia sebesar 27% (Depkes, 2007). Di Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2003, angka kematian bayi sebesar 23,53/1000 kelahiran hidup (281 kasus kematian). Sebab utama kematian tersebut adalah BBLR 82 kasus, asfiksia 52 kasus, selebihnya (147 kasus) oleh sebab yang lain. Tahun 2007 angka kematian bayi di Yogyakarta masih berada di atas 20/1000 kelahiran hidup dan asfiksia masih merupakan salah satu penyebab kematian bayi terbanyak (Dinkes DIY, 2008).

Guna mengantisipasi terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir perlu adanya pemantauan yang melekat pada ibu dan janin terutama pada masa *intrapartum*. Salah satu pemantauan terpenting pada persalinan adalah keadaan denyut jantung janin (DJJ). Frekuensi denyut jantung janin normalnya berkisar antara 120 – 160 x/menit. Apabila terdapat ketidaknormalan dari frekuensi denyut jantung janin maka kemungkinan terjadi kegawatan pada janin (Tucker, 2005). Keadaan gawat pada janin yang tidak segera terkoreksi akan menyebabkan terjadinya asfiksia neonatorum. Keadaan asfiksia pada janin pertama kali ditunjukkan oleh ketidaknormalan dari frekuensi denyut jantung janin. Variasi penurunan denyut jantung janin yang ditampilkan sebelum terjadinya bradikardi, tanpa melihat apakah bradikardinya teratasi atau tidak, berhubungan dengan kejadian asidosis pada janin yang patologis. Jumlah ini sedikitnya mencapai 44% (Williams & Galerneau, 2002).

Kejadian asfiksia pada janin dapat disebabkan oleh pecahnya selaput ketuban sebelum waktunya, adanya mekonium dalam air ketuban, perdarahan *antepartum*, kejadian demam pada maternal, persalinan dengan operasi (Oswyn, Vince, & Friesen., 2000). Mekonium yang dikeluarkan oleh janin dalam persalinan sering diinterpretasikan sebagai tanda adanya gawat janin (Greenwood, Lalchandani, Mac Quillan, Sheil, Murphy, & Impey, 2003). Buchmann, Pattinson, dan Nyathikazi (2003) dalam penelitiannya menemukan bahwa penyebab terbanyak kematian bayi akibat asfiksia berhubungan dengan persalinan yaitu sebanyak 65,8%, prolapsus tali pusat sebanyak 11,2%, lilitan tali pusat sebanyak 7,2%, aspirasi mekonium sebanyak 7,0% dan penyulit pada pertolongan persalinan sungsang sebanyak 4,7%.

Kejadian asfiksia pada bayi baru lahir ditunjukkan dengan keadaan yang tidak

bugar. Ketidakbugaran bayi bayi baru ini dapat ditunjukkan dengan keadaan bayi lahir tidak langsung menangis, tonus otot lemah, frekuensi jantung kurang dari 100x/menit. Bayi yang tidak bugar ini, apabila tidak segera dilakukan penanganan yang tepat, yang didahului dengan pemberian resusitasi, maka akan berlanjut menjadi asfiksia yang dapat berakibat fatal pada bayi. Masalah yang ditimbulkan akibat asfiksia diantaranya asidosis metabolik, kerusakan ginjal, kematian jaringan enterokolitis, perdarahan intrakranial, gangguan jantung, serebral palsy dan kematian (Davies, 2000). Begitu besarnya akibat yang ditimbulkan oleh asfiksia sehingga pemantauan denyut jantung janin harus benar-benar dilakukan secara seksama baik pada saat pemeriksaan *antepartum* maupun pada masa *intrapartum*. Pemantuan denyut jantung janin ini ditujukan untuk menilai kebugaran pada janin. Terdapat beberapa cara pemantauan denyut jantung janin yang digunakan, yaitu dengan auskultasi yang intermiten maupun secara elektronik.

Pada masa persalinan, salah satu cara memantau denyut jantung janin secara elektronik adalah dengan menggunakan *contraction stress test* (CST). CST merupakan salah satu alat diagnosis untuk menilai kesejahteraan janin dengan melihat pola dan frekuensi denyut jantung janin. Hasil rekaman CST yang menunjukkan adanya gawat janin memberikan informasi pada petugas kesehatan bahwa telah terjadi asidosis pada janin yang akan berdampak terjadinya asfiksia pada BBL. Akibat dari asfiksia pada bayi yang begitu besar, maka setiap institusi layanan kesehatan yang memberikan pertolongan persalinan harus melakukan pemantauan janin pada saat persalinan secara ketat.

Di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), salah satu institusi pemberi layanan pertolongan persalinan adalah Rumah Sakit

Umum Pusat (RSUP) DR. Sardjito. Rumah sakit tersebut merupakan salah satu rumah sakit tipe A, rumah sakit pendidikan dan rumah sakit rujukan tertinggi yang ada di Indonesia. Berdasarkan statusnya maka sudah seharusnya pencatatan dan pendokumentasian terhadap pasien yang dirawat di RSUP DR. Sardjito lengkap. Dari studi pendahuluan yang dilakukan di RSUP DR. Sardjito pada tahun 2007 terdapat 1.453 persalinan dengan nilai Apgar <7 pada bayi baru lahir sebanyak 370 kasus. Berdasarkan keadaan di atas maka peneliti tertarik untuk meneliti apakah terdapat hubungan *contraction stress test* (CST) denyut jantung janin dengan status kebugaran pada bayi baru lahir di RSUPDR. Sardjito Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan hasil rekaman *contraction stress test* denyut jantung janin dengan status kebugaran bayi baru lahir. Populasi penelitian ini adalah semua bayi yang lahir di RSUP DR. Sardjito yang pemantauan kesejahteraan janinnya menggunakan *contraction stress test* (CST).

Jumlah sampel ditentukan berdasarkan besar sampel. Besar sampel merupakan jumlah subyek yang diperlukan dalam penelitian sebagai bagian dari populasi yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Cara pengambilan sampel dengan menggunakan metode *consecutive sampling* yaitu semua subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah sampel terpenuhi. Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus:

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 PQ}{d^2}$$

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Delinger dan Crane (2000) menyebutkan

bahwa prevalensi neonatal yang mengalami asfiksia sebesar 0,54.

$$\frac{1,96^2 \times 0,75 \times 0,25}{0,1^2}$$

$$N' = 72$$

$$N'/N (72/0,53) = n$$

$$n = 135,8 \text{ dibulatkan menjadi } 136$$

Berdasarkan perhitungan sampel tersebut, sampel minimal pada penelitian ini sebanyak 136 sampel. Selanjutnya, terdapat penambahan sampel sebesar 24% dari jumlah minimal sampel yang harus diambil sehingga jumlah sampel sebanyak 168 bayi. Sampel penelitian yang diambil harus memenuhi kriteria inklusi diantaranya bayi yang lahir dengan usia kehamilan ≥ 37 minggu, janin tunggal, hidup, berat sesuai usia kehamilan, presentasi dan posisi janin normal. Selain kriteria inklusi bayi terdapat pula kriteria inklusi ibu diantaranya ibu tidak menderita penyakit, kelainan neurologi dan bukan pengguna narkoba, tidak mengalami perdarahan antepartum, air ketuban normal, persalinan pervaginam atau seksio sesaria. Sementara kriteria eksklusinya adalah rekam medik ibu yang tidak lengkap dan tidak ditemukan hasil rekaman CST janin *suspisius*.

Data diperoleh merupakan data primer dari rekam medik pasien untuk mendapatkan data mengenai gambaran rekaman CST janin dan status kebugaran bayi baru lahir. Instrumen pengumpulan data menggunakan lembar observasi untuk mengisi data dari rekam medik pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data identitas pasien, hasil rekaman CST, kebutuhan resusitasi bayi baru lahir, data status kebugaran bayi baru lahir dan hasil CST-nya pada rekam medik ibu. Pengumpulan data ini dilakukan oleh peneliti sendiri. Data yang telah diperoleh kemudian dianalisis secara univariat untuk melihat prosentase hasil rekaman CST pada janin. Langkah selanjutnya ialah melakukan

analisis bivariat dengan menggunakan *Fisher's Exact Test*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis Univariat

Pemeriksaan CST pada ibu bersalin memiliki kategori penilaian hasil. Pada penelitian ini kategori penilaian yang diambil adalah yang positif dan negatif. Dikatakan hasil pemeriksaan CST negatif yaitu bila frekuensi dasar DJJ normal, variabilitas DJJ normal, tidak didapatkan adanya deselerasi lambat. Namun demikian mungkin ditemukan adanya akselerasi atau deselerasi dini. Hasil positif bila terdapat deselerasi lambat yang berulang dengan sedikitnya 50% dari jumlah kontraksi. Terdapat deselerasi yang berulang meskipun kontraksi tidak adekuat. Variabilitas DJJ berkurang atau menghilang.

Tabel 1. Distribusi Hasil Rekaman CST Janin

Rekaman CST	Frekuensi	%
Positif	15	9
Negatif	153	91
Jumlah	168	100

Tabel 1 memperlihatkan bahwa bayi baru lahir yang rekaman CST-nya positif hanya sebanyak 15 bayi (9%) dari keseluruhan sampel. Sementara sebanyak 153 bayi (91%) hasil CST janin negatif.

Tabel 2. Distribusi Status Kebugaran Bayi Baru Lahir

Rekaman CST	Frekuensi	%
Tidak Bugar	40	23,8
Bugar	128	76,2
Jumlah	168	100

Tabel 2 memperlihatkan bahwa bayi yang lahir dengan status tidak bugar hanya

40 (23,8%) dan sekitar 76,3% bayi yang lahir dalam keadaan bugar.

Tabel 3. Rekaman *Contraction Stress Test* dan Status Kebugaran Bayi Baru Lahir

Rekaman CST	Status Bayi	
	Tidak bugar	Bugar
Positif	5 (33,3%)	10 (66,7%)
Negatif	35 (22,9%)	118 (77,1%)
Jumlah	40 (23,8%)	128 (76,2%)

Sumber: data dari rekam medik pasien

Hasil analisis rekaman *Contraction Stress Test* (CST) dengan status kebugaran bayi baru lahir pada tabel 3 ditemukan bahwa dari 15 bayi dengan rekaman CST positif hanya 5 bayi dalam keadaan tidak bugar, 10 bayi lainnya berada dalam keadaan bugar. Sementara dari 153 bayi yang rekaman CST nya negatif terdapat 35 bayi yang lahir dalam keadaan tidak bugar.

Tabel 4 memperlihatkan bahwa dari 5 bayi yang memiliki rekaman CST positif dan tahapan resusitasi yang dilakukan paling banyak adalah langkah awal yaitu sebanyak 3 bayi (1,8%), sedangkan yang dilakukan resusitasi secara lengkap terdapat 1 bayi (0,6%). Hal ini menunjukkan bahwa hanya 1 bayi dengan rekaman CST positif yang mengalami distress pernafasan yang berat. Bayi dengan rekaman CST negatif (118 bayi) yang membutuhkan resusitasi paling banyak adalah pada tahap langkah awal yaitu sebanyak 32 bayi (20,8%), dan yang dilakukan resusitasi secara lengkap ada 3 bayi (1,8%). Berarti ada 3 bayi yang rekaman CST-nya negatif mengalami distress pernafasan berat. Hasil uji *Fisher's Exact Test* didapatkan nilai $p = 0,268$. Ini berarti tidak ada hubungan antara rekaman CST dengan kebutuhan resusitasi pada bayi baru lahir.

Tabel 4. Rekaman *Contraction Stress Test* dan Tahapan Resusitasi, dan Analisis *Fisher's Exact Test* Rekaman *Contraction Stress Test* terhadap Kebutuhan Resusitasi

Rekaman CST	Tahapan Resusitasi				Jumlah (%)	<i>Fisher's Exact Test</i>
	Lengkap	VTP	Langkah Awal	Normal		
Positif	1 (0,6%)	1 (0,6%)	3 (1,8%)	10 (6%)	15 (8,9)	
Negatif	3 (1,8%)	0 (0%)	32 (19%)	118 (77,1%)	153 (91,1)	0,27
Jumlah	4 (2,4%)	1 (0,6%)	35 (22,9%)	128 (76,2%)	168 (100)	

Sumber: data dari rekam medik pasien

Keterangan: VTP: Ventilasi Tekanan Positif

Secara terpisah dari analisis univariat didapatkan hasil bahwa dari seluruh bayi baru lahir pada sampel yang mengalami hasil rekaman CST positif hanya 9% bayi. Apabila dipadukan dengan hasil analisis univariatnya status kebugaran bayi terdapat ketidakcocokan antara prediksi dari hasil CST dengan kenyataan yang ada yaitu sebanyak 23,8% bayi yang lahir dalam keadaan tidak bugar. Hal tersebut akan lebih jelas tampak dari hasil uji bivariat.

Hasil uji bivariat pada penelitian ini menunjukkan bahwa bayi dengan hasil CST positif namun lahir dalam keadaan tidak bugar hanya 33,3%. Bayi dengan hasil CST negatif lahir dalam keadaan tidak bugar sebanyak 22,9%. Bila dilihat dari hasil CST dengan kejadian kelahiran bayi yang tidak bugar maka antara hasil CST-nya positif maupun negatif sama-sama berpeluang terjadinya bayi yang tidak bugar dengan prosentase yang tidak terlalu jauh berbeda yaitu sekitar 10,4%. Hal ini menunjukkan bahwa bayi dengan rekaman CST negatif belum tentu lahir dalam keadaan bugar. Kebugaran bayi baru lahir ditunjukkan dengan bayi segera menangis setelah lahir,

tonus otot baik dan frekuensi jantung lebih dari 100x/menit (Bloom & Cropley, 2006). Pada bayi yang tidak bugar hal tersebut tidak terjadi. Keadaan tersebut dapat terjadi dimungkinkan karena adanya intervensi saat melahirkan bayi. Kelahiran dengan vakum ekstraksi dapat mengakibatkan adanya trauma kepala pada bayi yang dapat berpengaruh pada terjadinya gangguan nafas segera setelah bayi lahir. Mungkin juga akibat adanya penggunaan obat anestesi pada ibu saat pelaksanaan operasi sesar yang berdampak pada gangguan sirkulasi uteroplasenta sehingga bayi mengalami gangguan pernafasan segera setelah lahir. Mungkin juga hal tersebut disebabkan persalinan berada pada kala II awal (Manning, 1995). Pada penelitian tidak mengendalikan adanya kemungkinan kala II awal ini.

Ketidaksesuaian keadaan bayi baru lahir dengan status kebugarannya mungkin disebabkan oleh adanya nilai positif palsu yang cukup tinggi yaitu 66,7% atau 2/3 dari jumlah janin dengan CST positif. Adanya nilai positif palsu yang tinggi ini dimungkinkan karena adanya kesalahan dalam menginterpretasikan hasil rekaman CST. Kesalahan

ini dapat disebabkan karena peneliti tidak melakukan validasi pada siapa yang membaca hasil rekaman CST. Dalam praktik sehari-hari seringkali dijumpai gambaran CST yang menyimpang dari normal, namun bayi lahir dalam kondisi baik. Sebaliknya rekaman CST yang normal, bayinya lahir dengan asfiksia. Hal ini menunjukkan bahwa kesalahan dalam memberikan kesimpulan pada hasil rekaman CST seringkali terjadi (Hariadi, 2004). Bisa juga kesalahan interpretasi tersebut karena pada persalinan sesungguhnya sudah masuk pada kala II yang berarti kala pengeluaran janin. Pada kala ini janin didorong untuk keluar uterus melalui jalan lahir sehingga bila saat his maka gambaran dari CST menunjukkan adanya hasil yang positif namun hal ini sebetulnya bersifat sementara hanya terjadi saat his pada kala II saja. Pada penelitian ini tidak ada pasien yang mengalami kala 2 lama.

Kemungkinan lain bisa karena bayi dalam keadaan hipoksia ringan sehingga CST belum menunjukkan hasil positif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada wanita dengan risiko rendah (maksudnya ?) maka pemantauan denyut jantung janin dengan menggunakan CTG (secara elektronik) tidak akurat (Williams & Galarneau, 2002). Dalam teori dinyatakan bahwa rekaman CST yang positif menunjukkan bahwa janin dalam keadaan hipoksia berat (Manning, 1995).

Pada mulanya penurunan aliran darah pada sirkulasi ibu berdampak pada terjadinya hipoksia dapat dikompensasi oleh janin. Bila janin masih mempunyai sedikit cadangan oksigen maka janin masih dapat mengkompensasi keadaan tersebut, sehingga rekaman CST masih tampak normal. Keadaan ini bertahan selama tidak ada stres yang lain. Bila terjadi kontraksi uterus maka aliran darah ke plasenta akan berkurang, keadaan ini akan memperberat hipoksia. DJJ yang melebihi 150 x/menit menunjukkan adanya

kelainan pada janin. Keadaan tersebut merupakan tanda kemungkinan telah terjadinya hipoksia ringan (Hariadi, 2004).

Hasil penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa tingkat spesifisitas rekaman CST cukup tinggi mencapai 99%. Nilai prediksi positifnya 50% (Hariadi, 2004). Menurut *The American College Of Obstetricians And Gynecologist* bahwa nilai prediksi negatif dari rekaman CST sebesar 99,8%, sedangkan nilai prediksi positif untuk hasil abnormalnya cukup rendah berkisar antara 10 dan 40% (Pellantova, 2000).

Hasil penelitian Sweha, Hacker, & Nuovo (1999) menunjukkan bahwa CTG tidak bermanfaat untuk mendeteksi keluaran neonatal pada wanita dengan risiko rendah. Menggunakan hasil rekaman CTG pada wanita tersebut hanya akan meningkatkan intervensi obstetrik, seperti bedah sesar. Risiko yang terpenting dari pemantauan denyut jantung janin secara elektronik adalah kecenderungan terjadinya hasil positif palsu (Cunningham, Gant, Leveno, Gilstrap III, Hauth, & Wenstrom, 2006). CTG tidak valid untuk menentukan apakah terjadi hipoksia atau tidak yang ditunjukkan dengan angka yang tinggi pada positif palsu. Dari 100% patologi atau *suspek cardiotocogram* patologi hanya 36,2% yang valid (Pellantova, 2000). Hasil penelitian tersebut tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian ini, dari 100% janin dengan rekaman CST positif hanya 33,3%-nya yang valid, berarti hasil positif palsunya sebesar 66,7%.

Dari hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa dari 168 bayi yang dilakukan pemantauan kesejahteraannya menggunakan CST terdapat 15 janin dengan hasil CST positif. Bayi yang tidak bugar dan membutuhkan resusitasi segera setelah lahir sebanyak 40 bayi. Dari 40 bayi yang dilakukan resusitasi hanya 5 bayi dengan CST positif (positif benar = 33,3%) dan 10

(66,7%) bayi lainnya masuk dalam positif palsu. Tiga puluh lima (22,9%) bayi yang membutuhkan resusitasi adalah bayi dengan rekaman CST negatif (negatif palsu).

Hal ini menunjukkan bahwa bayi dengan rekaman CST negatif belum tentu tidak membutuhkan resusitasi. Keadaan tersebut dapat terjadi dimungkinkan karena adanya intervensi saat melahirkan bayi. Kelahiran dengan vakum ekstraksi dapat mengakibatkan adanya trauma kepala pada bayi yang dapat berpengaruh pada terjadinya gangguan nafas segera setelah bayi lahir. Mungkin juga akibat adanya penggunaan obat anestesi pada ibu saat pelaksanaan operasi sesar yang berdampak pada gangguan sirkulasi uteroplasenta. Keadaan tersebut menyebabkan bayi membutuhkan resusitasi walaupun hanya sampai tahap awal.

Dilihat dari hasil uji *Fisher's Exact Test*, nilai $P=0,27$ berarti tidak ada hubungan antara hasil CST dengan status kebugaran bayi baru lahir. Dengan demikian didapatkan bahwa skrining rekaman CST kurang akurat digunakan sebagai prediktor status kebugaran bayi baru lahir. Hal tersebut karena sensitifitas dan prediksi positif CST untuk memprediksi status kebugaran BBL yang rendah. Rekaman CST cukup valid untuk mendeteksi kejadian gawat janin bila digunakan pada ibu bersalin dengan faktor risiko tertentu yang ditunjukkan dengan nilai spesifisitas dan nilai prediksi negatif yang cukup tinggi dari hasil penelitian sebelumnya.

Dari beberapa literatur dinyatakan bahwa untuk mendiagnosis kejadian hipoksia pada janin menggunakan CST perlu dikombinasikan dengan pemeriksaan lain yaitu dengan USG doppler. Sebagai standar baku pemantauan kesejahteraan janin dalam kaitannya dengan kejadian hipoksia yang lebih valid adalah dengan pemeriksaan pH darah janin yang diambil dari kulit kepala janin. Tindakan tersebut invasif, berisiko dan membutuhkan alat serta reagen yang ter-

sedia dan terstandar sehingga jarang dilakukan. Pemantauan kesejahteraan janin intrapartum yang tidak invasif sebagai standar baku adalah pemeriksaan profil biofisik janin (Williams & Galearneau, 2002). Manning (1995) menganjurkan bahwa untuk menilai kesejahteraan janin lebih akurat dengan menggunakan gabung dari 5 variabel biofisik janin. Hal ini dilakukan untuk mengurangi hasil uji positif dan negatif palsu (Mires, Williams, & Howie, 2001).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian bahwa hasil rekaman CST yang positif maupun negatif tidak dapat memberikan gambaran yang pasti tentang keadaan janin yang sesungguhnya. Hal ini dapat dilihat dari uji *Fisher's Exact Test* dengan nilai $P=0,27$ yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara hasil rekaman CST dengan status kebugaran bayi baru lahir di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta.

Saran

Bagi tenaga kesehatan yang menolong persalinan sebaiknya tidak hanya percaya pada alat diagnosis semata tetapi juga harus memperhatikan tanda-tanda klinis pasien dan instuisi dalam menentukan prognosis pada pasien.

DAFTAR RUJUKAN

- Bloom, R. S., & Cropley, C. 2006. *Resusitasi Neonatus*. Perinasia: Jakarta.
- Buchmann, E. J., Pattinson, R. C., & Nyathikazi, N. 2003. Intrapartum-Related Birth Asphyxia in South Afrika-Lessons from The First National Perinatal Care Survey. *SAJOG*, 9 (1): 897 – 901.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap III, L. C., Hauth, J.

- C., & Wenstrom, K. D. 2006. *Obstetri Williams*. 21st ed. EGC: Jakarta.
- Davies, G. A. L. 2000. Antenatal Fetal Assessment. *SOGC Clinical Practice Guidelines*, (50) June: 1 – 7.
- Dellinger, E. H., Boehm, F. H. & Crane, M. M. (2000) Electronic Fetal Heart Rate Monitoring: Early Neonatal Outcomes Associated with Normal Rate, Fetal Stress, and Fetal Distress. *Am J Obstet Gynecol*, 182 (1) Januari: 214 – 220.
- Depkes RI. 2007. *Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar*. Jakarta.
- Dinkes DIY. 2008. *Laporan Dinkes Subdinyankes*. Yogyakarta.
- Greenwood, C., Lalchandani, S., MacQuillan, K., Sheil, O., Murphy, J., & Impey, L. 2003. Meconium Passed in Labor: How Reassuring is Clear Amniotic Fluid. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 102 (1): 89- 93.
- Hariadi R. 2004. *Ilmu Kedokteran Feto-maternal*. HKF-POGI: Surabaya.
- Manning, F. A. 1995. *Fetal Medicine: Principle and Practice*. Appeton & Lange: Canada.
- Mires, G., Williams, F., & Howie, P. 2001. Randomised Controlled Trial of Cardiotocografi Versus Doppler Auscultation of Fetal Heart at Admission in Labour in Low Risk Obstetric Population. *BMJ*, 322: 1457 – 1460.
- Oswyn, G., Vince, J. D., & Friesen, H. 2000. Perinatal asphyxia at Port Moresby General Hospital: A Study of Incidence, Risk Factors and Outcome. *Papua New Guinea Medical Journal*, 43 (1 – 2): 110 – 120.
- Pellantova, S. 2000. Validity of CST Monitoring for The Diagnosis of Acute Foetal Hypoxia. *Scripta Medika (BRNO)*, 73 (4): 251 - 260.
- Supari, S. F. 2008. *Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi Jadi Program Prioritas Tahun 2009*, (Online), (<http://www.ugm.ac.id>), diakses 4 Maret 2008
- Sweha, A., Hacker, T. W., & Nuovo, J. 1999. Interpretation of The Electronic Fetal Heart Rate During Labor. *American Academy Family Physician*, 59 (9).
- Tucker, S. M. 2005. *Pemantauan dan Pengkajian Janin*. 2nd ed. EGC.: Jakarta.
- Williams, K. P., & Galearneau, F. 2002. Fetal Heart Rate Parameters Predictive of Neonatal outcome in The Presence of prolonged Deceleration. *Obstetrics Gynecology*, 100 (5): 951 – 954.
- Woods, D. 2004. Neonatal resuscitation, International Association for Maternal and Neonatal Health, (Online), (http://www.gfmer.ch/Medical_education/En/), diakses 11 Oktober 2008.