

APLIKASI MODEL ADAPTASI ROY PADA ANAK DENGAN GANGGUAN KESEIMBANGAN CAIRAN

Desak Putu Kristian Purnamiasih¹, Nani Nurhaeni², Siti Chodidjah³

1. Mahasiswa Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, e-mail: deskjazz@yahoo.co.id
2. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Abstrak

Cairan berfungsi dalam penyerapan nutrisi, proses metabolisme, fungsi sel – sel tubuh, dan organ tubuh. Gangguan keseimbangan cairan pada sistem gastrointestinal dapat disebabkan oleh diare, muntah atau perdarahan. Aplikasi model adaptasi Roy bertujuan untuk mendukung pasien mampu berespon secara adaptif terhadap gangguan kesehatannya. Empat dari lima klien kelolaan yang mengalami gangguan keseimbangan cairan mengalami keberhasilan adaptasi terhadap gangguan keseimbangan cairan mereka. Sementara, satu klien kelolaan lainnya pada awalnya mengalami perbaikan tetapi adanya penyakit penyerta lainnya menyebabkan klien tidak dapat beradaptasi. Keberhasilan adaptasi individu dipengaruhi oleh usia klien, temperatur lingkungan, stress, dan tingkat keparahan penyakit. Kemampuan perawat mengelola stimulus yang mempengaruhi keseimbangan cairan akan meningkatkan kemampuan adaptasi klien dalam menghadapi gangguan kesehatannya.

Kata Kunci: *adaptasi, keseimbangan cairan, sistem gastrointestinal.*

Abstract

Fluid involves in nutrient absorption, metabolism process, and cell function. Disorder of fluid balance such as in gastrointestinal system can be caused by diarrhea, vomiting or bleeding. Roy adaptation model application aims to support the patient to be able to respond adaptively to their health problems. Four out of five clients with fluid imbalance responded adaptively to their fluid imbalance problem. Meanwhile, the other client initially experienced positive adaptation, however, he finally failed to adapt to his condition because he also suffered other diseases. Many things influence the successfulness of individual adaptation process such as: age, environment temperature, other stressors, and the severity of the disease. Nurse's ability to manage the stimulus that affects fluid balance will improve client's ability to do adaptation on their health problems.

Keywords: *adaptation, fluid balance, gastrointestinal system.*

PENDAHULUAN

Komponen utama dari tubuh manusia adalah air, yang merupakan 55%-60% dari berat badan pada

orang dewasa, 60%-65% pada anak, dan 75%-80% pada bayi. Cairan berfungsi dalam membantu penyerapan nutrisi dan metabolisme

dalam tubuh, dan elektrolit sangat penting untuk fungsi dari sel-sel dan organ tubuh karena sifatnya sebagai ion tubuh (James, Nelson, & Ashwill, 2013).

Pada kondisi sakit, kehilangan cairan tubuh manusia diakibatkan oleh: kehilangan cairan melalui saluran cerna (muntah, diare, perdarahan); kehilangan cairan melalui kulit (luka bakar, diaforesis), serta kehilangan cairan karena fungsi ginjal terganggu (Wong, Hockenberry, Wilson, Winkelstein & Schwartz, 2009). Diare menimbulkan dehidrasi pada anak maupun kondisi asidosis metabolik (Silbernagl & Lang, 2006).

Penelitian yang dilakukan oleh Begum, Hoque, Hussain, Hasan, dan Molla (2010) pada anak usia 1-44 bulan yang mengalami diare akut menunjukkan bahwa hipokalemia dan hiponatremia adalah hasil abnormal yang banyak ditemukan. Anak-anak penderita gizi buruk kelompok umur 6-24 bulan yang mengalami diare dan muntah, pada suatu penelitian ditemukan lebih banyak mengalami hiponatremia ($p=0,019$) dan hipokalemia ($p=0,018$) (Gangaraj, Das, & Madhulata, 2013).

Anak yang mengalami diare di ruang rawat infeksi anak di RSUPN DR. Cipto Mangunkusumo pada umumnya disertai juga dengan penyakit lainnya. Asuhan keperawatan komprehensif diperlukan karena gangguan keseimbangan cairan, dan elektrolit dipengaruhi oleh stimulus yang bersifat langsung maupun tidak langsung sehingga mempengaruhi adaptasi seluruh fungsi organ tubuh anak, adaptasi konsep diri, peran diri,

dan ketergantungan anak terhadap keluarga maupun orang lain.

Aplikasi model adaptasi Roy berfokus pada stimulus lingkungan, dan respon bio-psiko-sosial terhadap stimulus, serta menekankan interaksi antara individu, dan lingkungan (Christensen & Kenney, 2009). Tugas perawat dalam mendukung pasien untuk mampu berespon secara adaptif terhadap kondisi gangguan keseimbangan cairan adalah melalui proses asuhan keperawatan menggunakan aplikasi model adaptasi Roy. Kemampuan menganalisa respon, dan stimulus akan dapat menentukan intervensi keperawatan yang tepat, sehingga tercapai kemampuan adaptasi yang diinginkan. Hal ini yang menjadi latar belakang penggunaan model adaptasi Roy dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami gangguan keseimbangan cairan di RSUPN DR. Cipto Mangunkusumo.

METODE

Metode penelitian ini adalah studi kasus melalui pemberian asuhan keperawatan. Jumlah responden yang dikelola berjumlah lima anak pada kelompok usia bayi sampai dengan remaja. Lima responden tersebut mengalami gangguan keseimbangan cairan karena diare, dan muntah sehingga menjalani perawatan di rumah sakit. Asuhan keperawatan diberikan dengan menggunakan aplikasi model adaptasi Roy. Proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, menetapkan tujuan, membuat intervensi keperawatan, dan evaluasi.

HASIL (GAMBARAN KASUS)

Kasus 1, an. R, laki-laki, usia 10 tahun, diagnosa medis epilepsi, dan Tuberkulosis on OAT bulan ke-3. Diagnosa keperawatan terkait cairan pada an. R adalah risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah dan peningkatan suhu tubuh.

Implementasi yang sudah dilakukan adalah mengobservasi tanda-tanda vital setiap 3 jam, memberikan minum air pada klien sedikit demi sedikit, menghitung *intake*, dan *output* cairan serta memberikan cairan parenteral KaEn 1B. Evaluasi didapatkan bahwa diagnosa pada klien teratasi.

Kasus 2, an. R, laki-laki, usia 4 bulan, diagnosa medis pasca laparatomi, ileostomi + kolostomi *double barrel* e.c invaginasi ileocolica, riwayat *high output stoma*. Diagnosa keperawatan terkait cairan pada an.R adalah risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan peningkatan produksi stoma.

Implementasi yang sudah dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital, dan tanda-tanda dehidrasi, meminta ibu klien untuk memberikan ASI, menimbang berat badan klien setiap hari, mengukur *intake*, dan *output* cairan. Klien juga diberikan cairan parenteral KaEn 1B, ASI ditambah SF 8 x 60 ml. Evaluasi didapatkan bahwa diagnosa yang muncul pada klien teratasi.

Kasus 3, an. A, laki-laki, usia 15 tahun, dengan diagnosa medis tuberkulosis abdomen. Diagnosa keperawatan terkait cairan pada an.A adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan dan elektrolit melalui diare, dan muntah. Implementasi yang

sudah dilakukan pada an.A adalah mengukur tanda-tanda vital, menghitung intake dan output cairan, menimbang berat badan. Tindakan kolaborasi yang diberikan pada klien adalah memberikan cairan parenteral N5+Kcl (10), memberi peptamen dan F100 modifikasi. Evaluasi didapatkan bahwa diagnosa yang muncul pada klien tidak teratasi.

Kasus 4, an. K, perempuan usia 1,5 tahun, dengan diagnosa medis pneumonia komunitas, dan diare akut. Diagnosa keperawatan terkait cairan pada an. K adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan, dan elektrolit tubuh, serta intake cairan tidak adekuat.

Implementasi yang sudah dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital setiap 3 jam, mengkaji tanda-tanda dehidrasi, mengukur intake dan output cairan, memberikan cairan intravena KaEn 3B 35 ml/jam, memberi klien minum melalui NGT, menimbang berat badan klien setiap hari. Evaluasi didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada klien teratasi.

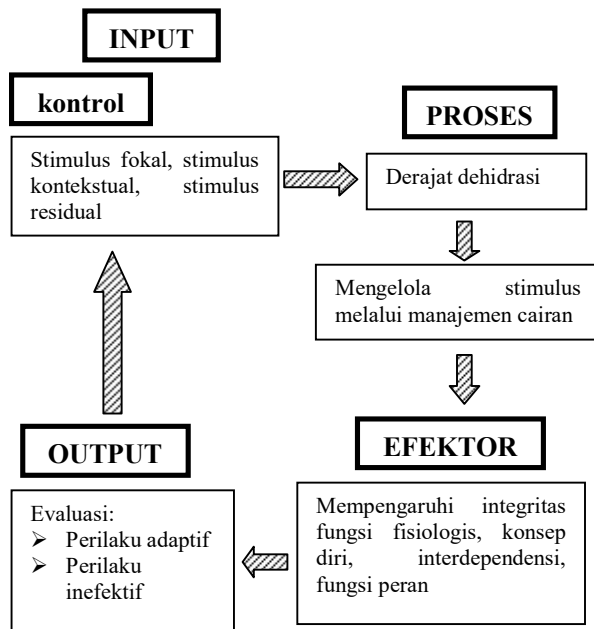
Kasus 5, an. H, perempuan, usia 3 bulan, dengan diagnosa medis pneumonia komunitas, dan diare akut. Diagnosa keperawatan terkait cairan yang muncul pada an. H adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah, dan diare.

Implementasi yang sudah dilakukan pada an. H adalah mengukur tanda-tanda vital, mengobservasi tanda-tanda dehidrasi, mengukur intake dan output cairan, memberikan renalit, memberi SF 90 cc setiap kali

pemberian, menimbang berat badan setiap hari. Pada evaluasi didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada klien teratasi.

Aplikasi Teori Keperawatan Pada Kasus Terpilih

Konsep asuhan keperawatan menggunakan aplikasi model adaptasi Roy akan digambarkan pada skema berikut:



Skema 1. Konsep Asuhan Keperawatan Berdasarkan Roy Adaptation Model

Kasus yang dipilih adalah an. K, perempuan usia 1,5 tahun, dengan diagnosa medis pneumonia komunitas dan diare akut. Pada pengkajian perilaku model adaptasi fisiologis terkait cairan didapatkan data bahwa klien BAB cair dari pagi 5x warna kuning dan ada lendir, warna urin kuning pekat, hasil pemeriksaan urin lengkap: kuning agak keruh, klien gelisah, rewel.

Turgor kulit sedang, mukosa bibir kering. Hasil pemeriksaan laboratorium: natrium 140 mEq/L, kalium 3,4 mEq/L, klorida 99 mEq/L, Ca^{2+} 7,6 mg/dl, fosfat inorganik 2,8 mg/dl. Pada pengkajian perilaku model adaptasi interdependensi, dan konsep diri didapatkan data bahwa klien saat ini rewel, dan sangat tergantung sepenuhnya pada ibunya.

Pada pengkajian stimulus model adaptasi fisiologis terkait cairan didapatkan data bahwa stimulus fokal: kehilangan cairan dan elektrolit tubuh, serta intake cairan tidak adekuat. Stimulus kontekstual: diare meningkatkan kehilangan cairan, dan elektrolit, sedangkan sesak napas meningkatkan penggunaan cairan untuk metabolisme tubuh.

Pada pengkajian stimulus model adaptasi interdependensi didapatkan data bahwa stimulus fokal: klien merasa lelah, dan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya. Pada pengkajian stimulus model adaptasi konsep diri didapatkan data bahwa stimulus fokal: kelemahan tubuh.

Diagnosa keperawatan terkait cairan yang muncul pada klien adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan melalui diare. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan, mengukur tanda – tanda vital, menilai turgor kulit, dan tingkat kesadaran klien, mengukur intake dan output cairan setiap shift, memberikan klien minum air melalui NGT, menganjurkan klien tetap diberikan ASI, menimbang berat badan klien setiap hari, memantau pemberian cairan parenteral KaEN 3B, memantau hasil lab terkait

cairan. Evaluasi didapatkan bahwa kekurangan volume cairan pada klien teratasi.

Peran spesialis keperawatan anak sebagai *care giver*, *client advocate*, *counsellor*, *Educator*, *collaborator*, dan *change agent* dapat dilaksanakan oleh residen selama praktik residensi I, dan residensi II. Peran ini dilakukan melalui tindakan memberikan asuhan keperawatan menggunakan aplikasi model adaptasi Roy, memberikan penjelasan pada saat orang tua memutuskan bahwa anaknya akan dirawat di rumah walaupun kondisi anak belum baik. Tindakan lainnya adalah memberikan pendidikan kesehatan pada klien, dan keluarga, melakukan kerjasama dengan profesi kesehatan lainnya, memberikan asuhan keperawatan berdasarkan *evidence based practice* (James, Nelson, & Ashwill, 2013).

PEMBAHASAN

Sumber yang paling umum dari peningkatan kehilangan cairan adalah saluran gastrointestinal dari muntah, diare, atau keduanya (misalnya, gastroenteritis). Sumber-sumber lain adalah ginjal (misalnya, ketoasidosis diabetik), kulit (misalnya, keringat berlebihan, luka bakar). Penurunan asupan cairan sangat bermasalah ketika anak muntah, saat cuaca panas, dan ketika demam, takipnea, atau keduanya (Potts, & Mandelco, 2012). Demam meningkatkan IWL sebanyak 12% setiap 1°C kenaikan suhu tubuh (Behrman, Kliegman, & Arvin, 2000). Parameter untuk menentukan derajat dehidrasi memerlukan pemantauan tanda-tanda vital, penampilan klinis, produksi urine

dan berat jenis, berat badan, dan kadar elektrolit serum. (James, Nelson, & Ashwill, 2013).

Pengkajian pada kasus kelolaan tentang gangguan keseimbangan cairan sangat berkesinambungan dengan menggunakan model adaptasi Roy. Pengkajian tentang gangguan keseimbangan cairan meliputi intake, dan rute pemenuhan cairan, turgor kulit, mukosa bibir, adanya edema/tidak, hasil pemeriksaan elektrolit, analisa gas darah. Cairan, dan elektrolit sebagai mediator dari sistem regulator akan mempengaruhi fungsi ginjal dalam mengatur keseimbangan cairan, dan asam basa.

Pengkajian tentang gangguan keseimbangan cairan menggunakan model adaptasi roy bersifat multifokal dengan dasar bahwa klien dipandang sebagai individu, dan makhluk bio-psiko-sosio-spiritual. Kondisi bio-psiko-sosio-spiritual mencakup banyak aspek sehingga memerlukan tugas yang sangat banyak bagi perawat untuk melakukan pengkajian. Pengetahuan perawat tentang patofisiologi penyakit, dan keterampilan dalam pengkajian sangat diperlukan dalam menggunakan model adaptasi Roy (Christensen & Kenney, 2009).

Lima klien pada kasus kelolaan merupakan anak dalam berbagai kelompok usia. Dua klien termasuk kelompok usia bayi, satu klien termasuk kelompok toddler, sedangkan dua klien lainnya termasuk kelompok anak usia sekolah, dan remaja. Perilaku yang ditunjukkan dari hasil pengkajian pada kelima klien kelolaan menunjukkan perilaku yang berbeda sesuai dengan derajat dehidrasi, dan usia klien. Pada penelitian yang

dilakukan oleh Whittemore, Jaser dan Guo (2010) tentang pengkajian pada anak dengan penyakit diabetes mellitus tipe 1 menunjukkan bahwa karakteristik usia, status sosial ekonomi, penggunaan alat-alat kesehatan, respon psikososial (gejala depresi dan respon kecemasan), dan fungsi keluarga mempengaruhi adaptasi. Para pasien yang menjalani pengobatan dalam waktu yang lama dapat mengalami gangguan fisik seperti kelelahan, gangguan integritas kulit, gangguan cairan, dan elektrolit. Pengalaman dalam perubahan fisiologis dapat mempengaruhi fungsi peran pasien (interaksi sosial dengan teman sebaya), dan saling ketergantungan dengan keluarga (Bilal, Badr, & Al-Atiyyat 2014).

Diagnosa keperawatan ditentukan berdasarkan penilaian perilaku yang paling relevan dengan stimulus/rangsangan (Tomey & Alligood, 2010). Diagnosa keperawatan tentang gangguan keseimbangan cairan yang muncul pada kasus kelolaan adalah diagnosa aktual, dan risiko. Diagnosa aktual tentang gangguan keseimbangan cairan adalah kekurangan volume cairan. Kekurangan volume cairan menurut Wilkinson dan Ahern (2009) adalah penurunan cairan intravaskular, interstisial, atau intrasel. Diagnosa ini merujuk pada dehidrasi yang merupakan kehilangan cairan saja. Diagnosa risiko tentang gangguan keseimbangan cairan adalah risiko kekurangan volume cairan. Risiko kekurangan volume cairan menurut Wilkinson dan Ahern (2009) adalah kondisi individu yang beresiko

mengalami dehidrasi vaskular, selular, atau intraselular.

Dehidrasi isonatremia (tingkat sodium dari 138-145 mEq/L), adalah bentuk paling umum dari dehidrasi pada anak yang disebabkan oleh muntah, diare, kehilangan cairan melalui pernapasan, sistem integumen, penurunan intake cairan per oral yang disertai peningkatan aktivitas (James, Nelson, & Ashwill, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Begum, Hoque, Hussain, Hasan, dan Molla (2010) pada anak usia 1-44 bulan yang mengalami diare akut menunjukkan bahwa hipokalemia ditemukan pada 27 (30,1%) responden, dan hiponatremia 13 (15,1%) responden. Rata-rata natrium yang ditemukan pada penelitian tersebut adalah 135,3 meq/l (105-148 meq/l), dan rata-rata kalium 3,9 meq/l (1,5-5,7 meq/l). Anak-anak penderita gizi buruk kelompok umur 6-24 bulan yang mengalami diare dan muntah, pada suatu penelitian ditemukan lebih banyak mengalami hiponatremia ($p=0,019$) dan hipokalemia ($p=0,018$) dibandingkan dengan kelompok gizi buruk yang hanya mengalami muntah (Gangaraj, Das, & Madhulata, 2013).

Pada lima kasus kelolaan, stimulus fokal yang menyebabkan kehilangan volume cairan adalah diare, muntah, dan *intake* yang tidak adekuat. Stimulus kontekstual adanya penyakit penyerta yaitu infeksi saluran pernapasan, infeksi pada saluran pencernaan, kondisi pasca operasi, dan demam. Perilaku inefektif yang ditemukan pada lima klien kelolaan akibat adanya stimulus tersebut adalah rasa haus, mata cekung, mukosa bibir kering,

penurunan berat badan, mengeluh badan terasa lemah, gelisah, dan rewel. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan sebagian besar tanda-tanda vital klien dalam batas normal.

Perilaku inefektif juga ditemukan pada 1 klien kelolaan yaitu hasil pemeriksaan laboratorium elektrolit, dan analisa gas darah, walaupun pemeriksaan dilakukan pada hari sebelum pengkajian dilakukan. Empat klien kelolaan menunjukkan bahwa nilai laboratorium elektrolit masih dalam rentang nilai normal, sesuai dengan hasil penelitian Begum, Hoque, Hussain, Hasan, dan Molla (2010), dan sumber yang menyebutkan bahwa dehidrasi yang paling umum dialami anak karena diare, dan muntah adalah dehidrasi isonatremia (James, Nelson, & Ashwill, 2013).

Tujuan yang dibuat oleh residen pada 5 kasus kelolaan melibatkan klien, dan keluarga mencakup perilaku yang hendak diubah menjadi adaptif, bentuk perilaku yang hendak diubah menjadi adaptif dengan melihat usia perkembangan anak, serta pengetahuan keluarga. Waktu untuk pencapaian tujuan dibuat dengan melibatkan klien, dan keluarga dengan mempertimbangkan usia anak, penyakit penyerta, dan kondisi anak pada saat dilakukan pengkajian. Waktu untuk pencapaian tujuan dibuat dengan melihat respon, dan kemauan keluarga sebagai faktor pendukung untuk kesembuhan klien (Tomey, & Alligood, 2010).

Pencapaian tujuan memerlukan pemahaman yang baik dari klien maupun keluarga. Melalui peran perawat sebagai *counselor*, dan *educator*, pemberian informasi

tentang kondisi klien pada keluarga menjadi bagian yang penting bagi perawat dalam menetapkan tujuan bersama klien, dan keluarga. Keputusan yang diambil keluarga, dan klien dalam pencapaian tujuan memerlukan konseling yang baik dari perawat.

Intervensi yang dilakukan pada klien kelolaan menggunakan model adaptasi Roy bertujuan untuk mengelola stimulus, dengan cara menyingkirkan, meningkatkan, mengurangi, dan mengubah stimulus, sehingga individu dapat beradaptasi, dan menunjukkan perilaku adaptif (Christensen & Kenney, 2009). Intervensi yang diberikan pada klien adalah untuk mencegah kejadian terulang kembali.

Intervensi terkait cairan yang diberikan pada klien kelolaan adalah memberikan cairan rehidrasi enteral, dan parenteral, menghitung intake, dan output cairan, menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI, mengajarkan pemberian cairan oral melalui NGT dengan *feeding tube*, memberikan syrup Zinc, dan menimbang berat badan klien setiap hari.

Pemberian cairan rehidrasi enteral berdasarkan bukti penelitian, dapat mengurangi kematian akibat diare hingga 93%, karena co transport glukosa dan natrium di seluruh lapisan epitel di usus halus mendukung efek perlindungan dari penggunaan rehidrasi oral terhadap kehilangan cairan dan elektrolit (Munos, Walker, & Black, 2010). Intervensi ini merupakan tindakan untuk mengurangi stimulus, dengan cara pemberian glukosa, dan natrium untuk mempertahankan kondisi usus, dan mengganti kehilangan cairan.

Menghitung intake, dan output cairan serta menimbang berat badan dilakukan untuk menyingkirkan stimulus, yaitu menghindari klien terjadi kekurangan atau kelebihan cairan. Selama praktik, residen menerapkan *family centered care* dengan cara melibatkan keluarga untuk bekerjasama menghitung intake, dan output cairan melalui pencatatan di buku harian. Residen juga memberitahu ibu klien untuk tetap berusaha memberikan ASI, terutama pada klien usia bayi, walaupun klien mendapatkan susu formula juga di RS. Ibu pada dua klien kelolaan memang beralasan tidak memberikan ASI, karena ASI yang keluar sedikit, tetapi residen tetap memotivasi ibu klien untuk memompa ASI. Menurut penelitian, risiko kematian bayi akibat diare lebih tinggi pada bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif dibandingkan dengan bayi yang mendapatkan ASI eksklusif (Lamberti, Walker, Noiman, Victora, & Black, 2011). Bayi usia 9-11 bulan yang tidak disusui, kejadian infeksi rotavirus jauh lebih tinggi (82%) dibandingkan dengan bayi dalam kelompok usia 0-5 bulan (57%) (Dey *et al.*, 2013).

Pemberian intervensi keperawatan pada kasus kelolaan menggunakan model adaptasi Roy secara umum mampu dikelola dengan baik karena stimulus yang menimbulkan perilaku inefektif sudah diketahui pada saat pengkajian. Pengelolaan stimulus dengan memberikan intervensi berdasarkan *evidence based practice* meningkatkan adaptasi klien terhadap gangguan keseimbangan cairan. Hambatan dalam aplikasi

model adaptasi Roy dalam intervensi keperawatan secara umum adalah memerlukan pertimbangan berbagai aspek untuk menentukan intervensi yang tepat. Intervensi yang tepat memerlukan pengkajian yang lama, dan mendalam untuk mengetahui stimulus yang mempengaruhi perilaku inefektif.

Evaluasi pada 5 kasus kelolaan tentang diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan mencapai perilaku yang adaptif pada 4 klien kelolaan, sedangkan 1 klien meninggal karena syok hipovolemia. Waktu pencapaian perilaku adaptif pada 4 klien kelolaan berbeda-beda karena usia, penyakit penyerta, serta keterlibatan keluarga sebagai faktor pendukung. Intervensi yang diberikan residen untuk mengelola stimulus, melalui intervensi mandiri bersama keluarga, dan kolaborasi dengan profesi lain. Pengelolaan gangguan keseimbangan cairan tidak memerlukan waktu lama pada empat klien kelolaan, karena intervensi yang diberikan merupakan aplikasi dari *evidence based practice*. Evaluasi pada 1 klien kelolaan menunjukkan perilaku inefektif karena syok hipovolemia. Syok hipovolemia merupakan efek dari stimulus fokal, kontekstual, dan residual yang berlangsung sangat lama, sehingga untuk mengelola stimulus tersebut cukup sulit, walaupun intervensi yang diberikan sudah ditujukan untuk mengelola semua stimulus yang dihadapi klien.

Evaluasi menunjukkan bahwa tidak semua klien mencapai perilaku adaptif. Ketika perilaku adaptif tidak tercapai maka intervensi yang dilakukan terkait gangguan keseimbangan cairan adalah

memberikan intervensi yaitu pemberian cairan parenteral dengan tetesan cepat menuju vena central. Pemberian cairan oral tidak dilakukan karena kondisi klien tidak memungkinkan untuk diberikan. Ketika loading cairan tidak mampu mengatasi kondisi syok hipovolemia, maka klien diberikan transfusi PRC. Kondisi syok mempengaruhi sirkulasi, dan tanda-tanda vital klien, untuk mempertahankan tanda-tanda vital klien yang mengalami penurunan, dilakukan pemberian dopamin, dan dobutamin.

KESIMPULAN

Aplikasi model adaptasi Roy dalam menangani masalah cairan pada anak berorientasi pada tujuan, pendekatan pemecahan masalah yang menuntun dalam penetapan keperawatan yang komprehensif. Melalui penerapan model adaptasi Roy dalam memberikan asuhan keperawatan, menjadi mediator dalam pencapaian peran sebagai perawat spesialis anak.

Aplikasi model adaptasi Roy perlu lebih banyak digunakan dalam penelitian keperawatan anak. Penerapan asuhan keperawatan komprehensif yang dikombinasikan dengan penerapan *evidence based practice* akan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

REFERENSI

- Begum, J.A., Hoque, M.M., Hussain, M., Hasan, M.N.A., & Molla, M.H. (2010). Impact of electrolyte disturbances in outcome of acute diarrhoea in children. *DS(Child) H J*, 26 (1), 36-40.
- Behrman, R.E., Kliegman, R.M., & Arvin, A.M. (2000). *Ilmu kesehatan anak*. (A. Samik Wahab, penerjemah). Jakarta: EGC.
- Bilal, S.H., Badr, B.S.H., & Al-Atiyyat, N.M.H. (2014). The relationship between pain experience and Roy adaptation model: Application of theoretical framework. *Middle East Journal of Nursing*, 8(1).
- Christensen, P.J., & Kenney, J.W. (2009). *Proses keperawatan: Aplikasi model konseptual* (Yuyun Yuningsih, Yasmin Asih, Penerjemah). Jakarta:EGC.
- Dey, S.K., Chisti, M.J., Das, S.K., Shaha, C.K., Ferdous, F., Farzana, F.D., ...Salam, M.A. (2013). Characteristics of diarrheal illnesses in non-breast fed infants attending a large urban diarrheal disease hospital in Bangladesh. www.plosone.org
- Gangaraj, S., Das, G., & Madhulata, S. (2013). Electrolytes and blood sugar changes in severely acute malnourished children and its association with diarrhoea and vomiting. *International Journal of Pharmaceutical Science Invention*, 2(5), 33-36.
- James, S. R., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Nursing care of children*. Fourth Edition. Missouri:Elsevier.
- Lamberti, L.M., Walker, C.L.F., Noiman, A., Victora, C., & Black, R.E. (2011). Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S15>.

- Munos, M.K., Walker, C.L.F., & Black, R.F. (2010). The effect of oral rehydration solution and recommended home fluids on diarrhoea mortality. *International Journal of Epidemiology*, 39, i75–i87.
- Potts, N.L., & Mandleco, B.L. (2012). *Pediatric nursing: Caring for children and their families*. (3rd ed.). Canada:Delmar.
- Silbernagl, S., & Lang, F. (2013). *Teks dan atlas berwarna: Patofisiologi*. Jakarta:EGC.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2010). *Nursing theorist and their work*. (seventh ed). Missouri: Mosby Elsevier.
- Whittemore, R., Jaser, S., Guo., J., & Grey, M. (2010). A conceptual model of childhood adaptation to type 1 diabetes. *Nurs Outlook*, 58(5), 242-251.
- Wilkinson, J.M., & Ahern, N.R. (2009). *Buku saku diagnosis keperawatan* (Esty Wahyuningsih, Penerjemah). Jakarta:EGC.
- Wong, L. D., Hockenberry, M., Willson, D., Winkelstein, M., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik* (Agus Sutarna, Eni Juniarti & H.Y Kuncara, Penerjemah). Jakarta:EGC.

PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM PROGRAM PEMBERIAN ASI EKSLUSIF DI TEMANGGUNG

C.Ermayani Putriyanti

Staf Dosen Akademi Keperawatan Ngesti Waluyo Parakan,
Jl. Pahlawan, Parakan, Temanggung 56254,
Telepon (0293) 596374, email: ermayani.putriyanti@gmail.com

Abstrak

ASI eksklusif bukan hanya meningkatkan daya tahan tubuh, menurunkan angka kematian bayi dan balita akibat diare dan infeksi saluran nafas. Ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan tingginya tingkat intelegensi anak, penghasilan meningkat ketika berusia 30 tahun, serta mencegah kanker di kemudian hari. Dampak menyusui mengurangi perdarahan pasca melahirkan, mencegah kanker payudara dan kanker ovarium. Penelitian ini bertujuan mengetahui partisipasi masyarakat dalam program pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan. Data diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi. Partisipasi masyarakat dalam mendukung ASI eksklusif belum maksimal, belum ada pengembangan strategi baru terkait program ASI eksklusif, masyarakat belum dilibatkan dalam perencanaan program, belum ada alokasi dana khusus untuk kegiatan program ASI eksklusif. Penyebab kegagalan ASI paling tinggi pada ibu bekerja dan keluarga terutama nenek. Partisipasi masyarakat perlu ditingkatkan melalui kerjasama dengan tokoh masyarakat, tokoh agama, karang taruna dalam sosialisasi ASI eksklusif. Perlunya ada kebijakan pengalokasian dana desa untuk sosialisasi ASI eksklusif, pengetahuan kader terkait ASI eksklusif lebih ditingkatkan, agar kader bisa melakukan penyuluhan dan tidak sekedar mengingatkan saja. Perlunya kerjasama dengan perusahaan atau pabrik terkait kebijakan menyediakan ruangan untuk memerah dan menyusui bayi.

Kata Kunci : partisipasi masyarakat. program ASI eksklusif

Abstract

Exclusive breastfeeding not only improves the baby's immunity, but also reduces the number of infant and child mortality due to diarrhea and respiratory tract infections. There is a relationship between exclusive breastfeeding and the high level of intelligence of children. Beside that, among people who received exclusive breastfeeding in their infancy period, their income is higher (when they are 30 years old), and also prevent cancer later in life than they who didn't received exclusive breastfeeding. The other impacts of breastfeeding are reduce postpartum bleeding, prevent breast cancer and ovarian cancer. The aim of the study is to know the community participation in the exclusive breastfeeding program in Parakan Community Health Centre. Data obtained by conducting in-depth interviews, observation and documentation. The participation of the community in supporting exclusive breastfeeding is not maximized and there has been no development of new strategies related to exclusive breastfeeding program. In addition, the community has not been involved in planning the program and there is no special finance allocation for the activities of exclusive breastfeeding program. The highest failure number of breastfeeding were found in working mothers and in mothers who live with other family members especially her mother (grandmother of the baby). Public participation should be increased through collaboration with community leaders, religious

leaders, youth organization, particularly in socialization of exclusive breastfeeding. In addition, there is a need to make a policy about allocating village's funds for exclusive breastfeeding socialization and improving the knowledge of the cadres related to exclusive breastfeeding, so that the cadres could do counseling to the mothers and not just remind only. Another recommendation from this research is that there is a need to cooperate with companies or workplaces to provide a room for nursing the baby or pumping the breastmilk.

Keywords: community participation, exclusive breastfeeding program

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan indikator penting dalam mewujudkan kemajuan bangsa. Masih banyaknya permasalahan kesehatan yang harus diatasi oleh bangsa Indonesia. Angka kematian ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MGDs (Millenium Development Goals) 2015. Adapun 1 dari 25 anak di Indonesia meninggal sebelum mereka berusia 5 tahun. Angka kematian bayi dan balita di Indonesia dalam 5 tahun terakhir memang mengalami penurunan yang signifikan, namun demikian masih terjadi disparitas regional pencapaian target, yang mencerminkan adanya perbedaan dalam pelayanan kesehatan dan masih tinggi bila dibandingkan Negara ASEAN lainnya. Selain itu penurunan angka kematian bayi dan balita di Indonesia, memang belum sesuai dengan target MDGs (Millenium Development Goals) 2015, yang menargetkan untuk AKB (Angka Kematian Bayi) sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup, saat ini pada posisi 32 per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan untuk AKBa (Angka Kematian Balita) sebesar 40 per 1000 kelahiran hidup, target yang ditetapkan adalah 32 per 1000 kelahiran hidup. Adapun penyebab kematian AKB dan AKBa adalah pneumonia, diare dan gizi kurang

yang berdampak balita kurus dan pendek.

Diare dan pneumonia merupakan penyakit pembunuh bayi dan balita di dunia. Meningkatnya prosentase kematian pada anak kurang dari 5 tahun sampai dengan 44% perlu mendapatkan penanganan yang serius agar anak dapat diselamatkan dan tumbuh sehat (Lancet, 2015). Masalah diare dan pneumonia juga merupakan penyakit pembunuh anak di Indonesia. Menurut Utami Roesli jika semua bayi di dunia segera setelah lahir diberi kesempatan menyusu sendiri dengan membiarkan kontak kulit ibu ke kulit bayi setidaknya selama satu jam ada satu juta bayi dapat diselamatkan. Selain itu ASI dapat meningkatkan daya tahan tubuh bayi, agar terhindar dari muntah dan mencret, penyakit saluran pernapasan, kanker pada anak (limfoma maligna. Hodgkin, leukemia, neuroblastoma), sepsis dan meningitis. Kolostrum mengandung zat kekebalan 10-17 kali dari susu matang (matur), sehingga dapat melindungi bayi dari diare, gangguan pernapasan, batuk, pilek, masalah alergi dan infeksi telinga. Penelitian Jones Lancet dan K. Edmond (2003) bahwa bayi yang diberi ASI dapat menekan kematian bayi sebesar 13%, pemberian vitamin A hanya 2% dan pemberian Zinc 5%.

Menurut laporan Unicef (2014), hanya 42% bayi-bayi di Indonesia yang mendapatkan ASI eksklusif sampai dengan 6 bulan dan 37% anak di bawah lima tahun mengalami kurang gizi yang ditandai stunting (pendek). Pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2009, dinyatakan bahwa bayi kurang dari 6 bulan berhak mendapatkan ASI dari ibunya kecuali ada indikasi medis. Masih rendahnya cakupan ASI eksklusif di Indonesia, menggambarkan hanya sedikit anak Indonesia yang memperoleh kecukupan nutrisi dari ASI. Padahal ASI sangat merupakan nutrisi yang penting untuk proses tumbuh kembang anak dan pengaruh jangka panjangnya. Tingginya stunting atau anak pendek di Indonesia saat ini menunjukkan, kurang gizi yang kronis pada anak sejak usia dini. Menurut Cesar G Victora (2015) bayi yang mendapatkan ASI eksklusif ada hubungan dengan tingkat intelegensi, lebih baik dalam tahun-tahun belajarnya dan meningkat penghasilannya ketika berusia 30 tahun.

Menyusui memiliki dampak positif bagi ibu maupun bayi., Alison Stuebe (2009) menyatakan bahwa bayi yang tidak disusui secara eksklusif memiliki resiko tinggi mengalami, infeksi, obesitas, diabetes tipe I dan 2, leukemia dan sindrome mati secara mendadak. ibu yang tidak menyusui memiliki resiko tinggi mengalami menopause lebih dini, kanker payudara, kanker ovarium, diabetes tipe 2, miocard infark dan sindrome metabolic. Menurut Fani Pechlivani (2012), menyusui merupakan salah satu factor menurunkan kejadian kanker

payudara, pada hasil penelitiannya semakin lama periode menyusui, resiko wanita untuk mengalami kanker payudara semakin kecil.

Penyebab kematian ibu di Indonesia tahun 2013, paling tinggi adalah perdarahan (30,3%), diikuti urutan kedua hipertensi (27,1%), lain-lain (40.8%) dan sisanya adalah infeksi, partus lama dan abortus. Lain-lain adalah penyebab kematian ibu tidak langsung, penyebab kematian tidak langsung adalah kanker, jantung, ginjal dll. Kanker Payudara menempati urutan nomer 2 (dua) setelah kanker paru-paru. Kanker payudara merupakan penyebab kematian tertinggi pada wanita dengan prosentase 43,3 %. Menyusui sampai dengan 1,5 atau 2 tahun merupakan cara paling mudah mengurangi atau mencegah kejadian kanker payudara. Inisiasi menyusui dini merangsang hormon oksitosin yang berdampak meningkatkan kontraksi rahim sehingga membantu pengeluaran plasenta dan mengurangi perdarahan pada ibu, dimana perdarahan sebagai penyebab kematian tertinggi pada ibu saat ini.

Kematian bayi di Jawa Tengah tahun 2014 menurun dibandingkan tahun 2013, terdapat 5666 kasus bayi meninggal pada tahun 2014 atau sekitar 10.08 per 1000 KH, untuk kematian balita pada posisi 11.54 per 1000 KH, menurun dibandingkan tahun 2013 sebesar 11.80 per 1000 KH. Kematian bayi di Kabupaten Temanggung tahun 2014 ada di urutan ke-4 dari 36 kota dan kabupaten di Jawa Tengah atau sebesar 14.70 per 1000 KH, sedangkan kematian balita tahun 2014 di Kabupaten Temanggung ada di urutan ke-7 dari 36 kota dan

kabupaten di Jawa Tengah atau sebesar 15.76 per 1000 KH. Sedangkan tahun 2014 kematian ibu di Kabupaten Temanggung mengalami peningkatan yang tajam di bandingkan tahun 2013 atau sebesar 127.16 per 100.000 KH, pada tahun 2013 sebesar 62.34 per 100.000 KH. Menurut Indikator Kesehatan Rakyat Kabupaten Temanggung tahun 2015, bayi yang pernah di susui di Kabupaten Temanggung sebesar 96.91%, kondisi ini tidak jelas apakah bayi disusui secara eksklusif atau tidak. Sedangkan, cakupan ASI eksklusif untuk bayi 0-6 bulan di Kecamatan Parakan sebesar 78,5%. Kematian ibu di Kabupaten Temanggung pada tahun 2014 mengalami peningkatan yang sangat drastis dibandingkan tahun tahun sebelumnya, pada tahun 2014 adalah 127.16 per 100.000 KH dan tahun 2013 adalah 62.34 per 100.000 KH. Penyebab kematian ibu di Kabupaten Temanggung adalah pre-eklamsia sebesar 33%, perdarahan sebesar 11% dan lain-lain sebesar 58%. Menyusui secara eksklusif yang dilanjutkan sampai dengan bayi berusia 2 tahun mempunyai pengaruh yang sangat besar bukan hanya untuk bayi saja tetapi juga untuk kesehatan dan keselamatan ibu.

Pemberian ASI eksklusif dan dilanjutkan pemberian ASI sampai anak berusia 2 tahun, merupakan langkah yang tepat dalam menurunkan angka kematian bayi, balita dan ibu di Kabupaten Temanggung. Selain itu menyusui dalam waktu yang lama dapat menurunkan angka kematian ibu akibat perdarahan pasca melahirkan, kanker payudara dan kanker

ovarium. Partisipasi masyarakat dalam mendukung gerakan menyusui secara eksklusif yang dilanjutkan sampai anak berusia 2 tahun sangat dibutuhkan.

Rumusan Masalah

Masyarakat adalah sumberdaya yang terbesar, untuk itu masyarakatlah yang menjadi aktor dan penentu pembangunan. Keterlibatan masyarakat dalam mengenali masalah dilingkungannya sangat menentukan keberhasilan suatu program. Hasil studi pendahuluan didapatkan data, bayi yang pernah di susui di Kabupaten Temanggung sebesar 96.91%, kondisi ini tidak jelas apakah bayi disusui secara eksklusif atau tidak. Sedangkan cakupan ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan di Kecamatan Parakan sebesar 78,5%. Wawancara kepada 10 ibu menyusui 4 ibu menyusui bayinya secara eksklusif, dan 6 ibu menyusui bayinya tidak eksklusif. Wawancara kepada keluarga ibu menyusui didapatkan data 5 keluarga mendukung ibu menyusui bayinya secara eksklusif dan 5 keluarga tidak mendukung ibu menyusui bayinya secara eksklusif. 3 kader melakukan penyuluhan ASI eksklusif kepada ibu menyusui yang datang ke Posyandu, 7 kader hanya mengingatkan kepada ibu menyusui untuk terus menyusui bayinya. Salah satu kegiatan Puskesmas Parakan adalah program ASI eksklusif. Puskesmas sering melakukan pertemuan dengan kader, kelurahan, kecamatan dan pihak terkait membahas banyak hal salah satunya sosialisasi ASI eksklusif. Partisipasi masyarakat dalam program ASI eksklusif sangat menentukan

keberhasilan program ini. Oleh karena itu dapat dirumuskan “Bagaimana tingkat partisipasi masyarakat (pemerintah dan masyarakat) dalam program ASI eksklusif di Kecamatan Parakan Kabupaten Temanggung?”

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif. Dimana pengungkapan data atau fakta dengan cara nonstatistik dan menggambarkan keadaan yang sebenarnya sesuai dengan kondisi lapangan. (Ibrahim, 2015). Metode pengumpulan data yang dilakukan peneliti dengan teknik observasi, dokumen dan wawancara mendalam. Teknik observasi yang dilakukan peneliti bertujuan melihat kehidupan sosial masyarakat Parakan, relasi yang dibangun semua pihak. Peneliti juga melakukan pemetaan kawasan (*mapping area*) di wilayah kerja Puskesmas Parakan yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran yang jelas bagaimana aktivitas masyarakat, kehidupan sosial dan upaya-upaya atau partisipasi masyarakat dalam mendukung program ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan. Peneliti juga menggunakan teknik wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara sebagai instrumen pengumpulan data terkait partisipasi dalam pemberian ASI eksklusif.

Lokasi penelitian di wilayah kerja Puskesmas Parakan Kecamatan Parakan Kabupaten Temanggung meliputi desa Catur Anom, desa Parakan Kauman, desa Parakan Wetan, dengan

pertimbangan Puskesmas Parakan sudah menjalankan program ASI eksklusif di Kabupaten Temanggung. Alasan pemilihan tiga lokasi penelitian untuk melihat partisipasi masyarakat terhadap program ASI eksklusif yang ada di pinggiran (desa) dan di kota Kecamatan Parakan. Semua masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Parakan dapat menjadi sumber data, namun karena keterbatasan peneliti dalam bertemu, berdiskusi dan melakukan wawancara mendalam. Untuk itu penulis menentukan beberapa pihak yang memang terlibat langsung dalam pengambilan kebijakan, pelaksana program dan sasaran dari program ASI eksklusif. Sumber data atau informan yang peneliti tetapkan terdiri dari Kepala Puskesmas Parakan, petugas gizi, Kepala Kelurahan, kader, ibu menyusui dan keluarga.

Analisis yang digunakan oleh peneliti dengan menggunakan analisis data kualitatif, dengan prosedur *content analysis* yang terdiri dari mengumpulkan data, reduksi data, *display* data (penyajian data) yang disajikan dalam bentuk naratif dan terakhir menarik kesimpulan setelah dilakukan *indepth interview* terhadap informan (Bungin, 2015).

Triangulasi adalah teknik untuk memvalidasi keakuratan data yang diperoleh baik melalui sumber, penyidik, metode dan teori (Moelong, 2007). Agar validitas data tetap terjaga, penulis melakukan wawancara secara terpisah kepada informan-informan, melakukan observasi lapangan serta menelaah dokumen terkait program ASI Eksklusif (Ibrahim, 2015).

HASIL

Informan terdiri dari kepala puskesmas, satu petugas gizi, satu bidan, tiga kepala kelurahan, tiga kader kesehatan, tiga ibu menyusui, dan tiga keluarga yang terdiri dari suami. Adapun karakteristik informan sebagai berikut:

1. Kepala Puskesmas adalah seorang dokter umum yang bertanggung jawab terkait seluruh program puskesmas, termasuk ASI eksklusif.
2. Kepala Kelurahan ketiganya memiliki latar belakang pendidikan sarjana dan sudah memiliki pengalaman cukup lama di bidangnya.
3. Petugas Gizi memiliki latar belakang diploma III dan sudah cukup lama berpengalaman dibidangnya.
4. Kader Kesehatan : dua kader memiliki latar belakang SMA dan satu kader memiliki latar belakang SMP. Pengalaman menjadi kader sudah lebih dari lima tahun.
5. Ibu menyusui, usia ibu sekitar 20- 32 tahun, memiliki latar belakang pendidikan terdiri dari dua orang latar belakang sarjana, satu orang latar belakang SMA, dua orang latar belakang SMP dan satu latar belakang SD. Sebagian besar ibu tidak bekerja, hanya satu ibu yang bekerja sebagai guru SD. Empat ibu memiliki satu anak dan dua ibu memiliki dua orang anak.
6. Keluarga atau suami, memiliki latar belakang pendidikan dua orang berpendidikan sarjana, satu orang berpendidikan diploma III, satu orang

pendidikan SMA, dua orang berpendidikan SMP. Latar belakang pendidikan satu orang PNS (Perawat), tiga orang bekerja sebagai karyawan swasta dan dua orang bekerja sebagai buruh.

Perencanaan

Perencanaan program merupakan proses yang berkelanjutan. Perencanaan program merupakan pernyataan tertulis tentang kegiatan-kegiatan yang akan dikembangkan secara bersama –sama antara semua warga masyarakat, fasilitator, pembina, pemuda, petugas lapangan dan pemangku kepentingan. Dengan melibatkan masyarakat dalam merumuskan perencanaan program ASI eksklusif, keberhasilan program ASI eksklusif semakin tinggi (Totok, 2015). Dalam perencanaan ini akan dibahas terkait keterlibatan masyarakat dalam perencanaan program, strategi, pelaksana program, sasaran, metode, dan waktu pelaksanaan kegiatan.

Perencanaan Program

Menurut Ambar (2004) pendekatan *bottom-up* merupakan pendekatan yang sangat ideal dalam pembangunan, pendekatan ini melibatkan masyarakat dalam perencanaan program dan terlibat langsung dalam pembangunan. Pendekatan ini lebih ideal dibandingkan dengan pendekatan *top-down*, karena program-program sudah dikemas sedemikian rupa dan masyarakat tinggal menerima apa adanya, sehingga program tidak akan berjalan dengan maksimal. Pemberdayaan merupakan implikasi dari strategi pembangunan yang

berbasis pada masyarakat (*people centered development*) untuk itu perencanaan program perlu melibatkan banyak pihak dalam kegiatan-kegiatan yang direncanakan.

Perlu adanya agen pembaharu agar program ini dapat berjalan dengan lancar (Ambar, 2004). Kelurahan, pemuka agama dan organisasi perpanjangan tangan pemerintah seperti ormas, LSM, organisasi kepemudaan, organisasi wanita, PKK, LMD dan sebagainya. Organisasi diatas sangat dekat dengan masyarakat. Organisasi ini dapat menjadi agen pembaharu, selain itu sangat menguasai *social mapping* dalam masyarakat yang akan diberdayakan.

Hasil penelitian belum ada agen pembaharu, belum ada keterlibatan ormas, LSM, organisasi pemuda, pemuka agama dalam perencanaan program maupun pelaksanaan program ASI eksklusif. Hanya PKK yang terlihat dalam ASI eksklusif, namun belum optimal dalam pelaksanaannya karena lebih sekedar mengingatkan ibu-ibu untuk menyusui bayinya. Sedangkan kelurahan sebagai penggerak PKK memiliki peranan yang penting dalam membantu menyelesaikan program ASI eksklusif, namun tidak semua kelurahan sebagai penggerak PKK memiliki perencanaan terkait program ASI. Selain itu didalam merencanakan program ASI eksklusif, kepala Puskesmas Parakan hanya mengikuti program yang sudah berjalan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Temanggung dan peraturan pemerintah yang sudah berjalan terkait ASI eksklusif. Tidak ada penyusunan rencana program

ASI eksklusif bersama dengan masyarakat. Hal ini tampak dari hasil wawancara dengan seorang informan terkait rencana pelaksanaan program ASI eksklusif:

“Kalau untuk perancangan program kita mengikuti dari dinas kesehatan Temanggung dan peraturan pemerintah tentang ASI eksklusif. Kita belum melibatkan organisasi pemuda, LSM maupun pemuka agama dalam kegiatan ASI eksklusif,”(KP)

“Pertemuan dengan kader, bu camat, Dandim, dan kelurahan sering kita lakukan, tapi tidak menyusun program ASI eksklusif, kalau ketemu ya banyak yang kita bicarakan bu, salah satunya ya pentingnya ASI eksklusif”(PG)

“Kalau kegiatan di kelurahan terkait ASI kok gak ada ya, kelurahan hanya penggerak PKK saja, ya seperti dukungan ke Posyandu saja bu, kalau laporan-laporan kita langsung ke Puskesmas, selain itu lurahya saja sibuk wong bukan asli Parakan luar Parakan jadi tidak menetap di Parakan jadi kita lebih banyak berhubungan dengan puskesmas daripada kelurahan”(KDR-3)

Strategi

Strategi dalam mendukung program ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan yaitu melalui upaya-upaya program seperti menyediakan ruang pemerah ASI,

menyediakan materi penyuluhan dan memberikan penyuluhan kepada ibu-ibu hamil dan menyusui. Hal ini dapat dilihat dari hasil wawancara dengan informan terkait dengan strategi dari program ASI eksklusif yang dibuat:

“Program yang sudah berjalan ya sosialisasi ASI, kami sediakan juga klinik laktasi biar ibu –ibu bisa menyusui di puskesmas. Kita juga sedang merencanakan “Puskesmas Ramah Anak” ya bagian dari dukungan terhadap ASI eksklusif. Rencananya kami mau buat ruang bermain buat anak-anak disana...” (KP)

“Kita mengundang kader-kader posyandu, PLKB kecamatan dan puskesmas untuk membahas banyak hal salah satunya ASI eksklusif, ada juga pelatihan terkait perawatan payudara biar ASInya lancar nantinya. Tahun 2016 mulai Januari kita punya program gerakan sayang ibu dan anak salah satu program ASI eksklusif.” (L-3)

Pelaksana Program

Pemberdayaan masyarakat hendaknya mengarah pada pembentukan kognitif masyarakat yang lebih baik, dengan kognitif yang baik masyarakat dapat mencari solusi atas permasalahan yang dihadapi. Sosialisasi ASI eksklusif yang berupa penyuluhan di wilayah kerja Puskesmas Parakan lebih sering dilakukan oleh petugas kesehatan yaitu bidan atau petugas kesehatan sedangkan kader lebih berperan dalam pencatatan saja dan

mengingatkan ibu-ibu untuk menyusui bayinya. Berikut ini hasil wawancara dengan informan terkait siapa yang akan melakukan sosialisasi ASI eksklusif :

“ Ya petugas gizi bisa juga bidan dan kader (PG)

“Biasane penyuluhan kaliyan bu bidan, kader hanya pencatatan saja”.(L1)

“Kalau penyuluhan seringnya ngih bu bidan, petugas gizi jarang datang, kecuali ada laporan balita sing BGM perlu konsultasi terkait PMT, kalau kita kaderya mengingatkan saja ibu-ibu tetap mimiki bayeke pas nimbang ” (KDR-2)

“Tidak selalu bidan bisa saja bu perawat” (KDR-3)

Sasaran Program

Masyarakat sesungguhnya memiliki daya untuk membangun. Schumacher memiliki pandangan “kail jauh lebih tepat daripada ikan”. Ada tiga pilar yang harus dipertemukan dalam proses pemberdayaan masyarakat yaitu pemerintah, swasta dan masyarakat yang hendaknya menjalin hubungan kemitraan yang selaras (Ambar 2004). Berikut ini wawancara dengan informan terkait dengan sasaran dari program ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan :

“ Sasaran program ya ibu hamil dan ibu menyusui”(KP)

“Ibu-ibu yang menikah dan hamil diundang ke

kelurahahan dijelaskan ASI eksklusif oleh bu Darwati, ya diberi pelatihan sederhana seperti perawatan payudara dan ASI eksklusif. Kegiatan dilapangan ada rapat RT dan RW, kita mengundang Puskesmas yang diundang kepala keluarga untuk motivasi ASI eksklusif pak kades pasti datang.”(KDR-3)

Sasaran program ASI eksklusif harus tepat sasaran. Dukungan keluarga dalam program ASI eksklusif sangat penting. Salah satu factor kegagalan dalam pemberian ASI eksklusif adalah keluarga terutama nenek atau simbah yang beranggapan apabila bayi rewel dianggap lapar dan perlu mendapatkan tambahan makanan. Hal ini tampak dari hasil wawancara dengan salah satu informan terkait dukungan keluarga terkait pemberian ASI eksklusif:

“ ASI lebih baik dari susu formula, pas usia 5 bulan anak saya diberi makan tambahan (serelac) oleh simbahnya (ibu mertua saya) karena anak saya sering rewel, padahal BB tetap tidak ada penurunan, alasan simbahnya ora warek.(IBM-2)

Metode

Dalam menyukseskan program ASI eksklusif dapat dilakukan dengan banyak cara, antara lain melalui kampanye ASI lewat media elektronik, penyebaran materi KIE ASI dengan membagikan (leaflet, brosur, buku, booklet) atau melakukan kerjasama dengan perusahaan-perusahaan untuk

menyukseskan program ASI bagi ibu bekerja. Berikut ini hasil wawancara dengan informan terkait metode atau cara atau upaya yang dilakukan untuk sosialisasi program ASI eksklusif :

“Kita mengundang penggerak PKK, perwakilan kader, bu camat, kelurahan, Dandim, PLKB dari kelurahan, PWRI.Kita informasikan terkait materi ASI eksklusif, penyuluhan juga dilakukan kepada ibu-ibu yang hamil dan menyusui di posyandu, leaflet tentang ASI eksklusif juga ada dan kita berikan” (PG)

Waktu Pelaksanaan

Menurut Bungin, pemberdayaan tidak bersifat selamanya melainkan sampai dengan masyarakat mampu untuk mandiri. Pemberdayaan membutuhkan proses belajar sampai mandiri. Tahap pembentukan perilaku sampai dengan peningkatan intelektual, kecakapan keterampilan sehingga terbentuk inisiatif dan kemampuan inovatif untuk mempertahankan kemandirian membutuhkan waktu. Masyarakat harus sering dipaparkan dengan informasi-informasi terkait pentingnya program ASI eksklusif. Semakin sering masyarakat mendengar tentang ASI eksklusif dan manfaat menyusui, pengetahuan masyarakat akan meningkat dan menumbuhkan kesadaran pada masyarakat bahwa ASI eksklusif dapat mencegah kematian bayi dan balita akibat diare maupun infeksi saluran napas bagian atas.

Selain itu wawasan masyarakat meningkat bahwa menyusui juga mempunyai dampak yang besar bagi

kesehatan ibu khususnya dalam mencegah terjadinya perdarahan pasca melahirkan, mencegah kanker payudara dan kanker ovarium sebagai penyebab kematian ibu yang sampai sekarang belum dapat diatasi. Bila pola pikir masyarakat semakin meningkat, otomatis masyarakat akan berpartisipasi aktif dalam program ASI eksklusif itu sendiri. Berikut wawancara dengan petugas gizi terkait kapan kegiatan-kegiatan terkait program ASI eksklusif dilakukan:

“Biasanya untuk penyuluhan ya pas di posyandu bu, kalau sosialisasi program ASI terakhir bulan Agustus 2015, kita undang pengerak PKK, kader-kader, kita juga undang bu camat, bu lurah, PWRI dan PLKB, kita beri materi ASI eksklusif agar bisa membantu kita dalam sosialisasi ASI eksklusif” (PG)

“Seringnya di posyandu, atau pas ada kegiatan PKK atau yasinan” (L-1)

“Kalau saya biasanya pas tilik bayi, sering saya ingatkan ibu-ibunya (oyo ngaya-ngaya bayine dimimiki wae ora usah dikei dot apa disambung ben sehat). Tapi seringnya ya pas ibu-ibu yang datang ke posyandu” (KDR-3)

Hasil penelitian menunjukkan sosialisasi program ASI eksklusif belum intens dilakukan. Pertemuan-pertemuan khusus membahas tentang ASI eksklusif, jarang dilakukan. Bila ada pertemuan-pertemuan antara

puskesmas dengan kader tidak focus kepada ASI eksklusif tetapi membahas topik-topik yang lain

“Kegiatan yang dilakukan oleh puskesmas terkait ASI untuk tahun ini belum ada, pernah tetapi tahun sebelumnya, kalau kegiatan lainnya sering dilakukan” (KDR-2)

“Setahun sekali kita kader-kader diundang ke Puskesmas, dijelaskan banyak hal tetapi tidak hanya ASI saja bu, topiknya macem-macem seperti : DBD, penyakit anak, posyandu dll, ASI hanya disinggung saja” (KDR-3)

Pelaksanaan

Pelaksanaan atau implementasi adalah berbagai kegiatan yang diarahkan untuk merealisasikan tujuan program sesuai dengan peraturan atau kebijakan yang telah ditetapkan (Roro, 2009). Pelaksanaan program ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan akan ditinjau dari sudut sumber daya manusia, pendanaan, sarana prasarana, metode dan peraturan atau kebijakan yang telah ditetapkan.

Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia (*human capital*) menempati kedudukan dan peran yang sangat penting dalam pembangunan. Namun sebagian masyarakat Indonesia masih berkiblat pada perintah, sehingga tinggal menjadi pelaksana saja dan bukan menjadi konseptor. Menurut Totok (2015) setiap masyarakat pasti memiliki daya, akan tetapi kadang

mereka tidak menyadari untuk itu masyarakat harus didorong, diberi motivasi dibangkitkan kesadarannya untuk berpartisipasi dalam program ASI eksklusif.

Semakin banyak masyarakat yang terlibat dalam program ini, kegiatan ini akan semakin banyak mendapatkan dukungan dan tujuan program akan tercapai. Puskesmas Parakan perlu melibatkan banyak orang dalam program ASI eksklusif agar semakin banyak masyarakat yang menyadari pentingnya program ASI eksklusif baik bagi anak maupun ibu. Hal ini tampak dari hasil wawancara dengan informan terkait siapa yang terlibat dalam kegiatan ASI eksklusif:

“ Bidan desa yang biasanya penyuluhan kalau kader hanya melakukan pencatatan saja (L-1)

“Kalau ada ibu-ibu yang datang ke klinik laktasi ya saya yang memberikan penyuluhan, ya saya merangkap konselor ASI (PG)

“ Itu sudah diurusi bu bidan dan kader, kita tidak ngurusi” (L2)

Pendanaan

Dana secara nyata penting dalam pelaksanaan suatu program pelayanan sosial, demikian juga dengan program ASI eksklusif. Dana khusus untuk kegiatan program ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan tidak ada. Hal ini tampak dari hasil wawancara dengan informan terkait alokasi dana program ASI eksklusif

“Dana khusus untuk kegiatan penyuluhan, pelatihan khusus untuk ASI eksklusif tidak ada, tetapi ada anggaran untuk beli susu bagi ibu-ibu hamil itu diambilkan dari dana bantuan operasional kesehatan”(PG)

Demikian juga di kelurahan alokasi dana khusus untuk kegiatan ASI eksklusif tidak ada.

Dana desa dari pemerintah memang digunakan untuk pembangunan dan kesehatan , namun untuk khusus program ASI eksklusif belum ada masih tercampur dengan kegiatan lainnya. Berikut ini hasil wawancara dengan informan terkait alokasi dana untuk program ASI eksklusif:

“ Untuk pertemuan-pertemuan kita ambilkan dari dana desa untuk PMT ibu hamil supaya ASI lancar.Untuk motivasi kader kita beri seragam dan uang pengganti transport Rp. 10.000-15.000,- sekali datang, kalau khusus ASI eksklusif tidak ada ya masih campur dengan kegiatan-kegiatan yang lain”(L-3)

Media

Media dalam penyuluhan ASI eksklusif bertujuan agar materi yang disampaikan mudah diterima oleh masyarakat. Media untuk sosialisasi ASI eksklusif yang telah berjalan di posyandu wilayah kerja Puskesmas Parakan dilakukan dengan membuat leaflet terkait ASI eksklusif yang dibagikan kepada ibu-ibu yang datang ke klinik laktasi di puskesmas dan kader agar diberikan kepada ibu hamil dan menyusui di posyandu dan

membantu kader dalam mensosialisasikan ASI eksklusif.

Kondisi yang terjadi di lapangan untuk sosialisasi ASI eksklusif, kader lebih cenderung mengingatkan secara langsung kepada ibu-ibu menyusui, kampanye lewat radio tentang ASI belum ada dan masih menjadi wacana, demikian juga dengan penggunaan alat media untuk penyuluhan tidak semua ibu menyusui mendapatkan ketika menimbang bayinya di posyandu. Hal ini tampak dari hasil wawancara dengan informan terkait program ASI yang berjalan:

“ Untuk kampanye lewat radio memang belum ada, rencananya mau dipasang di pasar Parakan, kalau leaflet biasanya kita berikan pas ibu-ibu datang ke klinik laktasi pulangnya kita berikan, kita juga berikan ke kader-kader biar bisa diberikan kepada ibu-ibu yang menyusui pas menimbang bayinya di posyandu” (PG)

“Pas nimbang ke posyandu, bu bidan dan kader seringnya mengingatkan untuk mimiki bayinya, untuk gambar-gambar tentang ASI saya kok belum pernah dapat” (IBM-4)

Kader merupakan fasilitator pemberdayaan masyarakat karena berasal dari masyarakat yang secara sukarela (tanpa imbalan) melakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat di lingkungannya. Sebagai fasilitator, kader harus dapat menjadi “agen pembaharuan” yaitu menggerakkan masyarakat untuk melakukan perubahan. Namun

dalam wawancara dengan salah satu informan, peran kader belum menunjukkan sebagai agen pembaharuan, hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan salah satu informan terkait bagaimana kader dan petugas kesehatan dalam menyampaikan program ASI eksklusif:

“Saya rutin ke posyandu untuk menimbang BB anak saya, tapi tidak semua kader mengarahkan memberi ASI ada juga yang mengarahkan untuk dikasih susu formula saja , tetapi kebanyakan ya mengingatkan untuk memberi ASI eksklusif. Malah dulu pas saya konsultasi BB anak saya yang gak naik-naik malah disarankan diberi susu formula. (IBM-1)

Sarana Prasarana

Sarana prasarana sangat mendukung suksesnya program ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan. Sarana prasarana yang telah disediakan oleh Puskesmas Parakan dalam mendukung ASI eksklusif seperti adanya klinik laktasi di puskesmas dan klinik laktasi di pasar Legi Parakan. Berikut ini hasil wawancara dengan informan terkait sarana prasarana yang mendukung program ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan :

“ Ya disana kami buat klinik laktasi biar ibu-ibu bisa menyusui, di pasar Legi Parakan juga ada ini kami lagi tata-tata memindahkan kursi dan kulkas” (KP)

“Saya belum tahu kalau ada tempat untuk menyusui di pasar Legi” (K-3)

Peraturan/Kebijakan

Kegagalan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan, sangat tinggi pada ibu bekerja dan tinggal dengan orangtua. Hal ini tampak dari hasil wawancara dengan informan:

“Kendala yang sering ya pada ibu yang bekerja atau tinggal sama dengan simbah, bayi rewel ya dikira lapar” (PG)

“Sebagian ibu-ibu mendukung ASI eksklusif yang kurang mendukung ibu-ibu yang bekerja alasannya ya minumannya kurang lha, bayinya rewel terus atau ASI tidak keluar” (KDR-2)

Beli asi, anemia ruang, radio wacana asi, kader undang, leaflet, bagi2kan

“Ya pas anak saya usia 3 bulan saya sambung susu formula lha bagaimana lagi saya harus bekerja, lagian repot” (IBM-5)

“Tidak masalah wong harus bekerja dari pada kurang. Pinginnya sih diberi ASI, lagian gak ada waktu untuk ambil ASI ke kantor dan nyimpen ASI (K-5)

Tingginya kegagalan ASI eksklusif pada ibu bekerja, perlu disikapi. Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan terkait Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 terkait Pemberian ASI Eksklusif, peraturan ini juga mendukung ibu bekerja tetap bisa memberikan ASI eksklusif bagi bayinya, karena dengan

ASI yang cukup bayi dapat bertumbuh dan berkembang dengan optimal dan tempat bekerja wajib menyediakan fasilitas untuk memerah dan menyusui bayinya.

Mengingat tingginya kegagalan ASI eksklusif pada ibu bekerja, puskesmas perlu melakukan kerjasama atau koordinasi dengan perusahaan atau pabrik untuk menyediakan fasilitas klinik laktasi dan tempat penitipan anak, agar wanita bekerja dapat tenang memberikan ASI pada bayinya. Hasil wawancara dengan informan didapatkan data belum ada kerjasama antara pihak Puskesmas dengan perusahaan atau pabrik terkait kebijakan menyediakan klinik laktasi dan penitipan anak:

“Belum ada kerjasama dengan perusahaan-pabrik terkait program ASI eksklusif” (BDN)

Evaluasi

Evaluasi program ASI eksklusif adalah kegiatan pemantauan atau pengamatan dari kegiatan program ASI eksklusif yang sudah berjalan. Evaluasi sebenarnya proses yang berkelanjutan dan melekat dalam perencanaan program, evaluasi yang dilakukan meliputi evaluasi proses dan hasilnya. Hasil pemantauan atau pengamatan program ASI eksklusif di wilayah kerja Puskemas Parakan secara umum berjalan dengan baik, hal ini dapat dilihat dari hasil cakupan ASI eksklusif di kecamatan Parakan yang mencapai 80.3%.

Interpretasi cakupan pemberian ASI eksklusif di Indonesia berbeda-beda tergantung definisi dan metode pengumpulan data yang digunakan. Penggunaan *metode recall* 24 jam

selalu lebih tinggi dari pada data actual dipopulasi. Hal ini dapat menimbulkan asumsi cakupan pemberian ASI eksklusif sudah melebihi target yang ditentukan di tingkat nasional dan dapat melemahkan upaya dari program ASI eksklusif yang digalakan oleh pemerintah (Yekti, 2011). Selain itu bayi yang mendapatkan ASI eksklusif sampai dengan 6 bulan akan berbeda tingkat kesehatannya dibandingkan dengan bayi yang pernah disusui. Berikut ini hasil wawancara dengan informan terkait bagaimana dengan cakupan ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan:

“Cakupan ASI Eksklusif di kecamatan parakan sekitar 80,3%, untuk cakupan tiap kelurahan memang berbeda-beda, ada yang baik tetapi ada juga yang belum maksimal (PG)”

Banyak faktor yang menyebabkan program ASI eksklusif tidak berjalan sesuai harapan. Dukungan masyarakat sangat mendukung keberhasilan program ASI eksklusif. Faktor atau kendala dari program ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan disebabkan oleh ibu bekerja dan kurangnya dukungan keluarga terutama nenek atau simbah dalam pemberian ASI eksklusif. Berikut ini hasil wawancara dengan informan terkait kendala dari program ASI eksklusif:

“Kendala kegagalan ASI seringnya pada ibu bekerja atau tinggal bersama dengan nenek atau simbahnya, kalau bayi rewel dianggap lapar”(PG)”

“Ibu yang bekerja kurang merespon bila kita ingatkan untuk mimiki bayinya beda sekali dengan ibu yang tidak bekerja (KDR-1)”

Rencana tindak lanjut dari program ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Parakan adalah dengan meningkatkan sosialisasi dan meningkatkan kerjasama dengan banyak pihak baik kelurahan maupun kecamatan. Berikut ini hasil wawancara dengan informan terkait rencana tindak lanjut dari program ASI eksklusif kedepan.

“ Ya sosialisasi ASI eksklusif akan kita tingkatkan pastinya kerjasama dengan banyak pihak kita tingkatkan juga”(PG)”

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan dari segi perencanaan puskesmas masih mengacu pada strategi program ASI eksklusif yang ditetapkan oleh pemerintah pusat dan belum ada pengembangan strategi baru, ada pertemuan-pertemuan tetapi tidak fokus pada materi ASI eksklusif.

Pada pelaksanaan kegiatan, belum banyak masyarakat yang dilibatkan dalam sosialisasi program ASI. Sosialisasi pelaksanaan program sering dilakukan oleh bidan atau petugas kesehatan sedangkan peran kader lebih kearah mengingatkan ibu-ibu untuk menyusui dan melakukan pencatatan, media terutama leaflet belum semua ibu hamil dan menyusui mendapatkan. Belum ada alokasi dana khusus untuk kegiatan program ASI eksklusif.

Pada evaluasi kegiatan, penyebab kegagalan ASI paling tinggi pada ibu bekerja dan keluarga terutama simbah.

SARAN

Perlunya meningkatkan keterlibatan masyarakat lebih luas, kerjasama dengan tokoh masyarakat, tokoh agama, karang taruna dalam sosialisasi ASI eksklusif. Perlunya ada kebijakan pengalokasian dana desa untuk sosialisasi ASI eksklusif, intensitas pertemuan-pertemuan terkait materi ASI eksklusif kepada kader lebih ditingkatkan, agar kader bisa ikut membantu melakukan penyuluhan tidak sekedar mengingatkan saja dan perlunya kerjasama dengan perusahaan atau pabrik terkait kebijakan menyediakan ruangan untuk memerah dan menyusui bayi. Kampanye lewat radio dapat direalisasikan tidak hanya di pasar Legi Parakan tetapi juga di pusat keramaian lainnya di Parakan.

DAFTAR PUSTAKA

- America Cancer Society. (2016). *Cancer Breast*. Atlanta Ga: America.
- Allison Stuebe. (2009). *The Risks of Not Breastfeeding for Mothers and Infants VOL. 2 NO. 4 Reviews In Obstetrics & Gynecology* 223.
- Ambar Teguh. (2004). *Kemitraan Dan Model-Model Pemberdayaan*. Yogyakarta: Gava Media.
- Bappeda. (2015). *Indikator Kesehatan Rakyat Kabupaten Temanggung 2015*. Temanggung.
- Bungin Burhan. (2015). *Analisis Data Penelitian Kualitatif : Pemahaman Fisiologis dan Metodologis ke Arah Penguasaan Model Aplikasi*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Cesar G Victora . (2015). *Ment of Nursing A: Technological Educational Institute of Athens*. Lancet.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Temanggung. (2014). *Profil Kesehatan Kabupaten Temanggung Tahun 2014*.
- Departemen Kesehatan. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia 2014*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2015). *Kebijakan Dan Strategi Dalam Akselerasi AKI Dan AKB di Jawa Tengah*. Semarang.
- Departemen Kesehatan RI. (2015). *Infodatin: Mari Dukung! Menyusui dan Bekerja*. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. ISSN 2442-7659.
- Ekowati, Lilik. (2009). *Perencanaan Implementasi & Evaluasi Kebijakan atau Program, Suatu Kajian Teoritis dan Praktis*. Surakarta: Pustaka Cakra.
- Ibrahim. (2015). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2015). *Laporan Pencapaian Pembangunan Milenium di Indonesia 2014*. Jakarta: Sekretariat MDGs.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Situasi Penyakit Kanker*.

- Jakarta: Buletin jendela data dan informasi kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *“ Situasi Dan Analisis ASI Eksklusif” 1- 7 Agustus Pekan ASI Internasional*. Jakarta: Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Moeloeng. (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Pechlivani, Fani. (2012). Breastfeeding and breast cancer. *Health Scince Journal*. Volume 6, Issue 4 (Oktober-Desember 2012). Institute of Athens
- Rusli, Utami. (2012). *Panduan Inisiasi Menyusu Dini*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Republik Indonesia. (2012). PP no 33 tahun 2012. *Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif*. Jakarta: Sekretaris Negara.
- The Lancet. (2015). *Women's, children's, and adolescents' health: who will lead?*. Volume 385 Number 9966 January 31, 2015.
- Totok, Poerwoko. (2015) . *Pemberdayaan Masyarakat: Dalam Perspektif Kebijakan Publik*. Edisi Revisi. Bandung: Alfabeta.
- Unicef Indonesia. (2012). *Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu dan Anak*.
- Yekti, Widodo. (2011). *Data Survey dan Laporan Cakupan Pemberian ASI eksklusif: Akuransi dan Interpretasi*. Jakarta: Puslitbang Gizi.

APLIKASI TEORI *COMFORT* KOLCABA DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DEMAM DI RUANG INFEKSI ANAK RSUPN Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO

Unang Wirastri¹, Nani Nurhaeni², Elfi Syahreni³

1. Mahasiswa Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Anak, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Departemen Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Departemen Keperawatan Anak Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Abstrak

Demam merupakan gejala yang sering dialami anak dengan penyakit infeksi. Kondisi demam tinggi berdampak merugikan anak. Demam tinggi membuat anak tidak nyaman dan orang tua cemas serta meningkatkan kebutuhan kalori dan cairan. Teori *Comfort* dari Kolcaba memberikan arahan dalam pemenuhan rasa nyaman pada pasien. Karya ilmiah ini bertujuan memberikan gambaran asuhan keperawatan pada anak demam dengan mengaplikasikan teori *comfort* Kolcaba yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan kenyamanan. Asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan tahapan *comfort* yaitu pengkajian (kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosiokultural), merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan intervensi (berdasarkan *standar comfort*, *coaching*, dan *comfort food for the soul*), implementasi, dan evaluasi. Berdasarkan 5 kasus yang dibahas, intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (demam) antara lain mengupayakan penurunan suhu tubuh, mempertahankan lingkungan sejuk dan nyaman, meningkatkan istirahat, memberikan asupan cairan dan nutrisi adekuat serta menurunkan kecemasan anak dan orang tua menggunakan konsep *family centered care*. Teori *comfort* Kolcaba dapat diterapkan dalam asuhan anak demam. Disarankan untuk lebih meningkatkan kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosiokultural sehingga terlihat bahwa ke empat aspek kenyamanan harus saling mendukung untuk pencapaian kenyamanan secara holistik.

Kata kunci: Teori *comfort* Kolcaba, anak demam, infeksi

Abstract

Fever is a symptom that is often experienced by children with infectious diseases. High fever condition adversely affects the child. High fever makes the child uncomfortable and anxious parents and increase calorie and fluid needs. Comfort Theory of Kolcaba provides direction in compliance with comfort to the patient. This paper aims to provide an overview of nursing care in febrile children with comfort Kolcaba apply theory that focuses on meeting the needs of comfort. Nursing care is done by stages comfort assessment (physical comfort, psychospiritual, environmental and sociocultural), formulate nursing diagnoses, interventions set (based on standard comfort, coaching, and comfort food for the soul), implementation and evaluation. Kolcaba comfort theory can be applied in the care of the child's fever. Support and involvement of parents is also very important in the care of his children, so it appears that all four aspects must be mutually supportive comfort for the achievement of holistic comfort.

Keywords : Theory of Comfort Kolcaba, the child's fever, infection

PENDAHULUAN

Demam pada anak merupakan hal yang paling sering dikeluhkan oleh orang tua, di tempat praktek dokter maupun di Unit Gawat Darurat (UGD) anak, meliputi 10-20% dari jumlah kunjungan (Kania, 2007). Demam merupakan masalah yang sering dihadapi oleh tenaga kesehatan dan orang tua baik di rumah sakit maupun di rumah. Demam menyebabkan orang tua atau pengasuh merasa khawatir (Finkelstein, Christiansen & Platt, 2000; Crocetti, Moghbelli & Serwint, 2001).

Demam terjadi karena adanya kenaikan *set point* di hipotalamus akibat infeksi atau ketidakseimbangan antara produksi dan pengeluaran panas. Jevon (2010) menyatakan bahwa sebagian besar demam berhubungan dengan infeksi yang dapat berupa infeksi. Demam paling sering sekitar 50% disebabkan oleh penyakit infeksi. Masalah pada kondisi demam tinggi adalah meningkatnya laju metabolik. (Ismoejanto, 2000; Potter & Perry, 2005).

Keluhan demam pada bayi dan balita merupakan salah satu alasan orang tua untuk membawa anak ke dokter/berobat ke rumah sakit (Schmitt, 1991). Kondisi demam yang dialami anak juga disertai gejala lain seperti takikardi, takipnea serta anak menjadi gelisah dan rewel. Demam yang terus menerus menyebabkan orang tua cemas. Hal ini tentu menimbulkan rasa tidak nyaman pada pasien maupun orang tua.

Anak akan mulai merasakan ketidaknyamanan dan akral teraba dingin ketika suhu tubuh sudah di atas 38,5°C. Masalah lain pada kondisi demam tinggi adalah meningkatnya laju metabolik. Laju metabolik meningkat 10% untuk setiap kenaikan suhu tubuh satu derajat celsius dan meningkat tiga sampai lima kali selama menggigil serta akan meningkatkan kebutuhan oksigen, cairan, dan kalori (Ismoejanto, 2000; Potter & Perry, 2005).

Demam menyebabkan gangguan rasa nyaman yang perlu diatasi. Rasa nyaman merupakan bagian dari keperawatan yang penting untuk diperhatikan. Kenyamanan

diartikan sebagai kondisi sejahtera dan merupakan tahap berakhirnya tindakan keperawatan yang dilakukan kepada klien. Kenyamanan merupakan nilai dasar yang menjadikan tujuan keperawatan pada setiap waktu (Siefert, 2002). Pendekatan teori *comfort* yang dikembangkan oleh Kolcaba menawarkan kenyamanan sebagai bagian terdepan dalam proses keperawatan. Kolcaba memandang bahwa kenyamanan holistik adalah kenyamanan yang menyeluruh meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan, dan psikososial. Tingkat kenyamanan terbagi menjadi tiga yaitu *relief* dimana pasien memerlukan kebutuhan kenyamanan yang spesifik, *ease* yaitu terbebas dari rasa ketidaknyamanan atau meningkatkan rasa nyaman, dan *transcendence* yaitu mampu mentoleransi atau dapat beradaptasi dengan ketidaknyamanan (Kolcaba & Dimarco, 2005; Tomey & Alligood, 2006). Pada studi kasus ini dijelaskan contoh pengkajian kenyamanan berdasarkan teori *comfort*, pengelompokkan masalah ke dalam kolom taksonomi untuk memudahkan intervensi dalam pemenuhan kebutuhan kenyamanan pada anak.

Diperlukan kerja sama antara tenaga perawat dan keluarga pasien untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan yang holistik yaitu kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosiokultural. Perawat perlu melibatkan keluarga baik orang tua pasien maupun keluarga besar. Keterlibatan keluarga mutlak diperlukan pada perawatan anak karena keluarga adalah bagian yang tidak dapat dipisahkan dari anak. Anggota keluarga terutama orang tua mempunyai peran yang sangat penting dalam meningkatkan kesehatan atau kesejahteraan pasien. Keluarga menjadi sumber utama dalam memberikan kekuatan dan dukungan kepada anak (Neal, Frost, Kuhn, Green, Cleveland & Kersten, 2007).

Hal ini yang menjadi latar belakang penulis membuat karya ilmiah penerapan aplikasi teori *comfort* Kolcaba untuk

mengatasi masalah demam pada anak yang mengalami infeksi di RUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Aplikasi Teori Keperawatan pada Asuhan Keperawatan

Teori *comfort* mengedepankan kenyamanan sebagai kebutuhan semua manusia. Kenyamanan adalah kebutuhan yang diperlukan pada rentang sakit sampai sehat dan kenyamanan merupakan lebel tahap akhir dari tindakan terapeutik perawat terhadap pasien (Siefert, 2002). Menurut Kolcaba, *comfort* mempunyai arti yang holistik dan kompleks. Kolcaba dalam teori *comfort* yang dikembangkan menyebutkan *holistic comfort* merupakan bentuk keyamanan yang meliputi tiga tipe *comfort* yaitu *relief*, *ease* dan *transcendence* yang digabungkan dalam empat konteks yaitu *physical*, *psychospiritual*, *sociocultural* dan *environmental* (Kolcaba & Dimarco, 2005).

Relief didefinisikan sebagai keadaan dimana rasa tidak nyaman berkurang atau menemukan kebutuhan yang spesifik. *Ease* diartikan sebagai keadaan tenang atau kepuasan. *Transcendence* merupakan tahapan dimana seseorang mampu beradaptasi terhadap masalahnya. *Physical comfort* atau kenyamanan fisik meliputi kebutuhan pasien akan status hemodinamik (kebutuhan cairan, elektrolit, pernafasan, suhu tubuh, eliminasi, sirkulasi, metabolisme, nutrisi dan lain-lain), nyeri dan kenyamanan manajemen nyeri, ketidaknyamanan fisik lainnya (yang dirasakan saat ini atau potensial), kurangnya sensori (alat bantu dengar, kacamata, bicara pelan, proses berfikir lama). *Psychospiritual comfort* atau kenyamanan psikospiritual antara lain kebutuhan dihadirkan rohaniawan, kecemasan, ketakutan, berdoa dengan perawat atau yang lainnya, persepsi terhadap penyakit, persepsi terhadap hidup dan pengalaman hidup. *Sociocultural comfort* atau kenyamanan sosial budaya meliputi keuangan, perencanaan pulang,

rutinitas dirumah sakit, kebutuhan pendidikan kesehatan atau informasi kesehatan, kunjungan teman atau kerabat, hubungan dengan orang lain, dukungan atau kekuatan, ketersediaan tenaga untuk keberlanjutan perawatan di rumah. *Environmental comfort* atau kenyamanan lingkungan meliputi privasi, bau, kebisingan, pencahayaan, tempat tidur yang nyaman, hiasan ruangan dan lain-lain (Kolcaba, Tilton & Drouin, 2006).

METODE (PENCAPAIAN KOMPETENSI)

Program pendidikan residensi keperawatan anak dilaksanakan dengan tujuan menghasilkan lulusan yang mampu memberikan asuhan keperawatan kepada klien anak dan keluarganya secara mandiri. Kompetensi yang ditetapkan meliputi praktik profesional, legal dan etis, pemberian asuhan dan manajemen asuhan serta pengembangan profesional. Untuk mencapai kompetensi tersebut, mahasiswa dituntut menerapkan berbagai konsep dan teori kesehatan, temuan riset serta kebijakan pemerintah yang berlaku pada anak sehat maupun sakit dengan penyakit akut, kronik dan neonatus pada saat melakukan praktik residensi keperawatan (Tim Ners Spesialis Keperawatan Anak, 2013).

Beberapa peran perawat telah dilakukan sebagai pemberi asuhan, advokat, konsultan, pendidik, kolaborasi, peneliti dan agen pembaharu (Wong, Eaton, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Sebagai agen pembaharu residen mengadakan proyek inovasi berupa penilaian pada anak demam berdasarkan Yale Observation Scale (YOS).

PEMBAHASAN

Langkah awal asuhan keperawatan menggunakan teori *Comfort* Kolcaba adalah pengkajian. Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data klien. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pengkajian

keperawatan dilakukan dengan pendekatan teori *comfort* yaitu memperhatikan aspek kenyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan. Pengkajian yang dilakukan berdasarkan keempat konteks kenyamanan selanjutnya dimasukkan ke dalam taksonomi *comfort* untuk memudahkan perawat dalam melakukan intervensi.

Adanya peningkatan suhu tubuh (demam) dapat dikaji melalui tanda-tanda yang menyertainya seperti takikardia, takipnea, kulit teraba hangat serta kulit dan bibir tampak kemerahan (Potter & Perry, 2005). Tanda dan gejala tersebut dapat ditemukan saat melakukan pengkajian pada aspek kenyamanan fisik.

Intervensi keperawatan pada teori *comfort* dikategorikan dalam tiga tipe intervensi yaitu intervensi untuk kenyamanan standar (*standar comfort*), intervensi untuk pembinaan (*coaching*), dan intervensi yang berhubungan dengan memberikan kenyamanan jiwa (*comfort food for the soul*). Intervensi untuk kenyamanan standar adalah intervensi untuk mempertahankan hemodinamik, mengontrol nyeri, dan mengatasi demam. Intervensi untuk pembinaan yaitu intervensi yang digunakan untuk menurunkan kecemasan, menyediakan informasi kesehatan, mendengarkan harapan pasien dan membantu pasien untuk sembuh. Sedangkan intervensi yang berhubungan dengan memberikan kenyamanan jiwa yaitu melakukan sesuatu yang menyenangkan untuk membuat keluarga dan pasien merasa diberikan kepedulian dan meningkatkan semangat, contohnya melakukan *massage* dan melakukan imajinasi terbimbing (Kolcaba & Dimarco, 2005).

Implementasi merupakan tahapan perawat memberikan perawatan langsung sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan masalah dan tujuan keperawatan (Aligood & Tomey, 2006). Perawat menggunakan pendekatan intervensi berdasarkan prinsip *comfort* Kolcaba yaitu intervensi dalam pemenuhan

kebutuhan rasa nyaman baik dari segi fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan.

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada lima klien kelolaan menunjukkan masalah keperawatan yang bervariasi dan semuanya dapat teratasi. Keberhasilan implementasi keperawatan tergantung keunikan masing-masing individu dalam merespon kondisi tubuhnya.

Kendala yang ditemui residen keperawatan anak antara lain terbentur dengan masalah teknis yang ada. Residen keperawatan anak merasa kesulitan untuk mengkondisikan lingkungan seperti orang tua/keluarga pasien yang berasal dari berbagai daerah sehingga seringkali terkendala oleh kebiasaan mereka untuk membiasakan cuci tangan. Selain kebiasaan, tingkat pengetahuan juga mempengaruhi mereka untuk membiasakan cuci tangan. Hal ini dapat berdampak kurang baik pada perawatan yang diberikan karena bisa meningkatkan risiko kejadian infeksi nosokomial, sehingga masa rawat menjadi semakin memanjang terutama pada klien yang berisiko tinggi mengalami infeksi. Namun demikian residen keperawatan anak tetap memotivasi keluarga untuk melakukan cuci tangan pada air mengalir dengan menggunakan sabun sebelum dan sesudah kontak dengan klien. personal pada bayi dan toddler.

KESIMPULAN

Teori *comfort* Kolcaba dapat diaplikasikan pada pemberian asuhan keperawatan dengan demam pada anak yang mengalami infeksi. Teori ini dapat membantu meningkatkan kenyamanan terhadap proses perubahan yang terjadi pada anak akibat penyakit yang dialaminya. Pendekatan teori *comfort* Kolcaba dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien demam secara umum dapat diterapkan. Teori *comfort* dapat juga diterapkan dalam mengatasi kecemasan yang dipengaruhi oleh faktor sosiokultural akibat dukungan keluarga. Kepuasan keluarga menjadi meningkat

dengan keterlibatan keluarga dalam perawatan pada anak demam.

Intervensi yang dilakukan untuk masalah peningkatan suhu tubuh adalah dengan pemberian antipiretik dan peningkatan pengeluaran panas melalui berbagai metode. Intervensi lainnya adalah dengan meningkatkan istirahat, asupan nutrisi dan cairan, pemantauan keseimbangan cairan serta memfasilitasi interaksi anak dan keluarga melalui *family centered care*.

Pencapaian kompetensi dari beberapa area praktik telah memperkaya pengalaman residen. Berbagai peran perawat baik sebagai pemberi asuhan, advokat, konselor, pendidik, kolaborator, konsultan dan agen pembaharu telah dilakukan selama praktik. Namun kendala tetap ada, meskipun demikian tidak mengurangi pencapaian target kompetensi yang telah ditetapkan.

SARAN

Penerapan teori *comfort* Kolcaba dapat dijadikan acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien di ruang infeksi anak, terutama pasien demam yang mengalami pada masalah kenyamanan. Teori ini dapat diaplikasikan dan berfokus pada tingkat kenyamanan pasien secara fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosiokultural sehingga mampu memenuhi kebutuhan kenyamanan secara menyeluruh.

Intervensi keperawatan yang dilakukan berhubungan dengan kebutuhan kenyamanan pasien demam sangat disarankan untuk melibatkan keluarga. Hal ini karena kehadiran dan keterlibatan keluarga terbukti efektif dalam membantu mengantisipasi kejadian yang tidak diinginkan saat anak demam.

Perawat hendaknya lebih meningkatkan perannya, tidak hanya sebagai pemberi asuhan keperawatan, namun juga peran sebagai advokat, edukator, konselor, dan inovator. Melalui peran tersebut, perawat dapat meningkatkan pengetahuan dan

ketrampilan keluarga dalam merawat anak dengan demam dengan cara pemberian pendidikan kesehatan.

Perawat diharapkan meneruskan proyek inovasi yang telah dilaksanakan yaitu tentang penilaian pada anak demam berdasarkan Yale Observational Score (YOS), sehingga hasilnya dapat dijadikan dasar dalam mengambil keputusan untuk pembuatan SOP.

Perawat hendaknya lebih meningkatkan perannya, tidak hanya sebagai pemberi asuhan keperawatan, namun juga peran sebagai advokat, edukator, konselor, dan inovator. Melalui peran tersebut, perawat dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan keluarga dalam merawat anak dengan demam dengan cara pemberian pendidikan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Crocetti, M., Moghbelli, N., & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited: Have parental misconceptions about fever changed in 20 years. *Pediatric*, (107), 1241-6.
- Finkelstein, J.A., Christiansen, C. L., & Platt, R. (2000). Fever in pediatric primary care: Occurrence, management and outcome. *Pediatric*, (105), 260-6.
- Ismoejanto. (2000). Demam pada anak. *Sari Pediatri*, 2 (2), 103-108.
- Jevon, P. (2010). How to ensure patient observations lead to effective management of patients with pyrexia. *Nursing Times*, 106 (1), early online publication.
- Kania, N. (2007). Penatalaksanaan demam pada anak. http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2010/02/penatalaksanaan_demam_pada_anak.pdf. Diperoleh 10 September 2014.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194.

- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C.(2006). Comfort theory a unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36 (11), 538-544.
- Potter, P.A., Perry, A.G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses Dan Praktik*. Edisi 4. Volume 1. Jakarta: EGC.
- Tomey, M.A., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theory and their work*. 6th edition. Philadelphia: Elsevier.
- Wong, L. D., Hockenberry, M., Willson, D., Winkelstein, M., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik* (Agus Sutarna, Eni Juniarti & H.Y Kuncara, Penerjemah). Jakarta:EGC.

PENERAPAN TEORI KONSERVASI LEVINE PADA KLIEN KANKER OVARIUM

Elsi Utami Mayor ¹, Setyowati ², Tri Budiati ³

1. Mahasiswa Program Ners Spesialis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia,
Kampus FIK UI, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Depok, Jawa Barat 16424,
Telepon: 08126748556, email: fantasya_cici@yahoo.com
2. Departemen Maternitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Departemen Maternitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Abstrak

Kanker ovarium merupakan salah satu penyakit pada perempuan dengan berbagai gejala sepanjang hidup. Gejala yang paling sering muncul adalah kelelahan akibat perut membesar, asites, mual muntah dan asupan nutrisi yang tidak adekuat. Penerapan teori konservasi Levine dapat digunakan pada pasien dengan kanker ovarium yang bertujuan agar perawat dapat membantu perempuan dengan kanker ovarium melakukan konservasi menggunakan sumber daya yang dimilikinya dalam menghadapi penyakitnya, sehingga dapat beradaptasi dan mencapai keutuhan. Melalui konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal dan konservasi integritas sosial kelima perempuan dengan kanker ovarium dapat berespon secara adaptif dan mempertahankan keutuhannya. Hasil ini dapat digunakan untuk mengelola pasien dengan kanker ovarium pada area maternitas.

Kata kunci: kanker ovarium, konservasi, keutuhan.

Abstract

Ovarian cancer is one of the main woman chronic diseases with a variety of symptoms throughout the patient's life. Fatigue is one of the most frequent symptoms appear. Woman with ovarian cancer report experience about the symptoms such abdominal bloating, ascites, nausea, vomiting, and inadequate nutrition intake. Application of the theory of conservation Levine can be used in patients with ovarian cancer that aims for nurses to help women with ovarian cancer to conserve their resources in the face of illness, so it can adapt and achieve wholeness. Using energy conservation, structural integrity conservation, personal integrity conservation and social integrity conservation in five women with ovarian cancer may respond adaptively and maintain their integrity. These results can be used to manage patients with ovarian cancer in the maternity area.

Keyword: ovarian cancer, levine's conservation, wholeness

PENDAHULUAN

Kesehatan reproduksi merupakan parameter kemampuan negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Derajat kesehatan perempuan terutama kesehatan reproduksi perlu menjadi perhatian, karena memiliki

pengaruh besar terhadap kelanjutan generasi penerus suatu bangsa. Hal ini dapat dilakukan dengan meningkatkan kesehatan reproduksi perempuan yang memiliki dampak yang luas dan menyangkut berbagai

aspek kehidupan (Lilyani, Sudiat & Basuki, 2012).

Perawat spesialis maternitas berperan dalam meningkatkan kesehatan reproduksi pada perempuan. Peran perawat sebagai salah satu pemberi pelayanan keperawatan yang ikut aktif dalam memberikan perawatan pada kaum perempuan baik dalam tatanan klinik maupun komunitas.

Pendidikan keperawatan spesialis maternitas memiliki kompetensi agar residen mampu mensintesa berbagai teori keperawatan dan diaplikasikan pada pelayanan keperawatan. Pengkajian teori keperawatan dalam asuhan keperawatan menghasilkan suatu penanganan yang terperinci tentang intervensi dan modifikasi yang dilakukan sesuai kondisi pasien. Pengaplikasian teori keperawatan dapat dilakukan pada semua masalah kesehatan perempuan melalui keperawatan yang holistik dan komprehensif.

Salah satu permasalahan ginekologi yang paling banyak adalah tentang kanker ovarium. Kanker ovarium merupakan kanker yang berasal dari jaringan ovarium yang merupakan salah satu gangguan ginekologi yang paling sering dijumpai pada wanita di masa reproduksinya (Goh et al, 2007).

The American Cancer Society memperkirakan bahwa pada tahun 2014, sekitar 21.980 kasus baru kanker ovarium akan di diagnosis dan 14.270 wanita akan meninggal karena kanker ovarium di Amerika Serikat (Carolyn, 2013). Angka kejadian penyakit kanker ovarium di Indonesia belum diketahui dengan pasti. Gambaran kasus di RS Kanker Dharmais ditemukan kira-kira 30 penderita setiap tahun.

Nasdaldy (2009) mengatakan bahwa menurut data hasil penelitian di Rumah Sakit Umum Cipto Mangunkusumo terdapat pada tahun 2008 terdapat 428 kasus penderita kanker ovarium, 20% diantaranya

meninggal dunia, sedangkan pada tahun 2009 terdapat 768 kasus penderita kanker ovarium dan 25% diantaranya meninggal dunia (Oemiati, Rahajeng & Kristanto, 2011).

Laporan dari Badan Registrasi Kanker Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang diperoleh dari 13 Laboratorium Pusat Patologi Anatomi di Indonesia menunjukkan bahwa angka proporsi kanker ovarium di antara kanker pada wanita adalah 4,9% (Lubis et al, 2013).

Perempuan dengan kanker ovarium akan mengalami berbagai gangguan dan memerlukan beberapa penatalaksanaan untuk mengatasi gangguan. Keluhan utama yang sering timbul pada stadium awal dari keganasan ovarium adalah perasaan berat dan tidak enak pada perut bagian bawah disertai nyeri, sering kencing dan konstipasi apabila massa menekan kandung kencing dan rectum (Gershenson & Coleman, 2007).

Pasien dengan kanker ovarium memerlukan bantuan perawatan agar dapat mempertahankan keutuhan kehidupannya secara normal. Model konservasi Levine dapat membantu perawat melalui kerangka kerja yang mewakili pandangan individu secara holistik, aktif dan mandiri.

Prinsip Konservasi Levine terdiri dari konservasi energi, integritas struktur, integritas personal dan integritas sosial (Meffort, 2014). Hal ini merupakan dasar ners spesialis keperawatan maternitas dalam melakukan tindakan konservasi untuk memberikan pelayanan holistik pada pasien dengan kanker ovarium sehingga keutuhan dapat tercapai.

METODE

Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan penerapan teori model konsep konservasi pada lima kasus perempuan dengan kanker ovarium sebelum dilakukan operasi yang telah dirawat minimal tiga hari. Tiga orang pasien dengan kanker stadium

tiga dan dua orang pasien kanker stadium empat.

HASIL

Aplikasi teori konservasi Levine pada kelima kasus perempuan dengan kanker ovarium memberikan beberapa data dasar tentang karakteristik kelima pasien. Lima pasien kelolaan dengan kanker ovarium berumur umur 28-44 tahun.

Pada pasien kelolaan ditemukan pada umur usia reproduktif dan premenopause. Tiga orang dari pasien kelolaan merupakan satu orang belum menikah, dua orang belum memiliki anak dan belum pernah hamil.

Dua orang pasien memiliki riwayat penggunaan kontrasepsi suntik. Dua orang pasien kelolaan juga mempunyai riwayat keturunan keluarga dengan kanker.

Pengkajian konservasi Levine telah diaplikasikan oleh residen pada klien dengan kanker ovarium melalui pengkajian konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal, konservasi integritas sosial. Dari kelima kasus kelolaan residen, beberapa klien mempunyai kesamaan dan perbedaan. Kelima pasien kasus kelolaan ditemukan gejala yang sama seperti mual muntah, intake sulit, perut besar, asites, susah untuk beraktifitas.

Hasil dari pemeriksaan USG pada lima kasus kelolaan terdapat dua diantaranya sifatnya bilateral artinya kedua ovarium mengalami pembesaran, sedangkan tiga pasien tumor bersifat unilateral. Konsistensi tumor kelima kasus kelolaan tiga orang yang konsistensinya kistik dan dua orang konsistensinya solid. Gerakan tumor pada kelima kasus terbatas, adanya asites dan ada penonjolan pada kavum douglas. Kesimpulannya bahwa secara integritas struktur kelima pasien mengalami kanker ovarium yang mengarah pada keganasan.

Tingkat keganasan ini juga dapat dinilai dari RMI. Nilai RMI ini dapat dinilai dari

status menopause, gambaran USG dan nilai Ca 125. Kelima pasien kasus kelolaan memiliki nilai RMI lebih dari 200.

Kelima kasus menunjukkan bahwa pasien mempunyai dukungan sosial yang baik terutama dari keluarga, namun salah satu pasien sudah bercerai dan sudah tidak memiliki orang tua dan anak, hanya saudaranya saja yang menungguinya.

Trophicognosis yang teridentifikasi pada kelima kasus kelolaan yaitu trophicognosis konservasi energi : keletihan berhubungan dengan asupan nutrisi in adekuat, mual muntah dan proses penyakit kanker, trophicognosis integritas structural Nyeri berhubungan dengan penekanan tumor pada saraf dan pada organ sekitar, dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan perut yang membesar.

Lima pasien kasus kelolaan juga teridentifikasi gangguan pada Trophicognosis konservasi integritas personal kecemasan berhubungan dengan kondisi penyakit dan situasi kritis, perubahan peran berhubungan dengan ketidak mampuan dalam menjalankan peran, kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit. Tiga orang pasien teridentifikasi masalah gangguan konservasi integritas personal disfungsi seksual berhubungan dengan kondisi penyakit, perut yang membesar.

Tindakan keperawatan dilakukan baik secara mandiri maupun kolaborasi. Tindakan keperawatan untuk mengatasi gangguan pada konservasi energi adalah manajemen energi yaitu dengan membantu klien untuk memahami prinsip konservasi energi, misalnya kebiasaan untuk membatasi aktivitas, membantu klien memprioritaskan kegiatan untuk mengakomodasi kegiatan yang diperlukan, menganjurkan aktivitas fisik, seperti ambulasi, jalan-jalan, menganjurkan tidur siang. Membantu klien untuk mengatur jadwal istirahat. Mengonsulkan ahli gizi untuk meningkatkan

asupan energi dari makanan. Mengajukan keluarga untuk membawa makanan yang disukai klien, sementara klien dalam masa perawatan di RS. Membantu klien untuk mengakses program-program gizi komunitas pada perempuan dengan kanker ovarium. Memberikan informasi mengenai modifikasi diet, seperti manfaat untuk penyembuhan

Tindakan keperawatan untuk mengatasi gangguan integritas struktural adalah pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan ketat melalui pemberian analgetik, kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan obat analgetik. Bantu klien dalam memilih posisi yang nyaman. berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab, lama, antisipasi ketidaknyamanan akibat prosedur. Mengajukan klien untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan untuk mengontrol nyeri (farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal). Mengajarkan tehnik nonfarmakologi teknik pernafasan dalam dan tehnik relaksasi (*peace with cancer*).

Pada kelima pasien kasus kelolaan berbeda cara mengatasi kecemasan. Pada satu orang pasien lebih menyukai diskusi tentang penyakitnya dan apa kemungkinan-kemungkinan yang akan terjadi pada dirinya. Pasien dua mengurangi kecemasan dengan tehnik relaksasi yang diajarkan oleh perawat. Pada pasien ketiga kecemasan dapat berkurang dengan ditemani suaminya dan berbincang-bincang dengan pasien sesama kanker. Pada pasien keempat dan pasien kelima lebih memilih melakukan tehnik relaksasi yang diajarkan perawat dan melakukan diskusi tentang penyakit yang dialaminya.

Masalah konflik peran pada klien dapat diatasi dengan mendiskusikan antara klien dan keluarga dalam pembagian tugas peran dalam keluarga. Kesepakatan dalam pembagian peran bahwa urusan rumah

tangga dibantu oleh suami dan anaknya. Kondisi klien dengan kanker ovarium tidak memungkinkan untuk menjalankan perannya secara penuh sehingga membutuhkan dukungan dari keluarga dalam mengambil alih sebagai peran yang tidak dapat dilakukan oleh klien.

Masalah disfungsi seksual yang terjadi pada tiga orang klien kasus kelolaan yang masih memiliki pasangan. Intervensi yang dapat diberikan yaitu memberikan informasi tentang pentingnya seksual, fungsi seksual, efek penyakit terhadap seksualitas, cara mengekspresikan kasih sayang dalam bentuk diskusi dengan klien dan pasangannya

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui efektifitas implementasi yang dilakukan berdasarkan tujuan yang tercapai. Implementasi yang rata-rata dilakukan selama tiga hari. Masalah keletihan dapat diatasi pada hari ketiga.

Pada salah satu pasien masalah keletihan tidak dapat diatasi pada hari ketiga karena kondisi kesehatannya dan perutnya yang sangat besar dan asupan nutrisinya tidak adekuat.

Masalah gangguan nutrisi dapat diatasi pada hari ketiga dengan respon klien mampu meningkatkan asupan nutrisi dan mual muntah tidak terjadi. Masalah kecemasan dapat diatasi pada hari kedua setelah klien menerima informasi tentang penyakitnya dan prognosis serta pemberian edukasi secara psikososial dan spiritual mengenai masalah yang ditimbulkan akibat penyakitnya.

Masalah intoleransi aktifitas dapat diatasi pada hari ketiga setelah dilakukan peningkatan asupan nutrisi dan mengajarkan klien untuk mobilisasi secara bertahap dengan bantuan keluarga. Pada lima kasus kelolaan memberikan respon yang adaptif terhadap tindakan keperawatan yang diberikan dengan melakukan konservasi energi, integritas struktural dan integritas personal.

PEMBAHASAN

Pada pasien kelolaan dengan kanker ovarium ditemukan pada umur usia reproduktif dan premenopause. Tingginya angka kejadian kanker ovarium pada usia reproduksi berhubungan dengan aktivitas estrogen. Sekresi hormon estrogen oleh ovarium meningkat pada usia reproduksi. Secara keseluruhan insiden kanker ovarium meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Aubard & Poiriot, 2013)

Hasil pengkajian pada kelima kasus kanker ovarium menunjukkan bahwa dua orang pasien merupakan ibu multipara, satu kasus belum menikah, dan dua kasus dengan infertilitas primer. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan timbal balik antara paritas dengan terjadinya kanker ovarium. Faktor resiko timbulnya kanker ovarium adalah nullipara dan wanita tanpa anak mempunyai dua kali resiko mendapat kanker ovarium karena berhubungan dengan periode jangka lama ovulasi berulang (NICE, 2011).

Pada pengkajian konservasi energi bahwa pada kelima pasien dengan kanker ovarium mengeluh kelemahan atau keletihan. Menurut NANDA (2015) kelemahan secara terus menerus dan penurunan kapasitas untuk melakukan aktivitas fisik dan mental pada tingkatan tertentu. Kondisi ini dapat mempengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan manajemen diri terhadap gejala, sehingga pencapaian status kesehatan pasien tidak berjalan secara maksimal.

Pada kelima pasien dengan kanker ovarium didapatkan pengkajian integritas struktur perempuan dengan kanker ovarium ditemukan keluhan nyeri ringan sampai sedang. Nyeri ini disebabkan oleh putaran tangkai terjadi pada tumor bertangkai dengan diameter lima sentimeter atau lebih yang menimbulkan tarikan melalui ligamentum infundibulopelvikum terhadap peritoneum parietal dan ini menimbulkan rasa sakit (Hamilton, 2009).

Gangguan konservasi integritas personal pada klien dengan kanker ovarium pada kelima kasus kelolaan menunjukkan bahwa semua pasien mengalami kecemasan. Individu pengidap kanker akan mengalami dampak psikologis dari diagnosis kankernya. Efek samping perubahan tubuh akibat tumor juga mengakibatkan perubahan gambaran diri penderita, yang menyebabkan stress dan kecemasan (Falvo, 2005). Sebagian individu penderita kanker, termasuk penderita kanker ovarium, bereaksi sangat besar saat pertama kali mengetahui diagnosanya. Sehingga penderita kanker ovarium mengalami kondisi psikologis yang sama dengan kanker ovarium. Reaksi ini meliputi depresi, takut, penarikan diri, kemarahan dan penyangkalan. Seiring berjalannya waktu, mereka mulai dapat menerima keadaan dan berusaha melakukan adaptasi apapun yang diperlukan untuk menjalankan hidup (Falvo, 2005).

Tiga orang dari pasien kelolaan merupakan satu orang belum menikah, dua orang belum memiliki anak dan belum pernah hamil. Hal ini dapat menimbulkan kecemasan pada pasien. Wanita yang belum menikah, masih muda, dan belum memiliki anak, apabila terkena kanker ovarium, pasti akan takut tidak bisa memiliki keturunan karena suatu hambatan dalam produksi sel telur mereka. Apabila penderita merasa cemas dan takut maka akan mengganggu keadaan psikis atau mentalnya (Salim, 2013). Kondisi ini akan mempengaruhi bagaimana penerimaan diri individu tersebut.

Sarafino & Smith (2011) menyatakan terdapat lima tahapan reaksi psikologis pasien penderita penyakit kronis, yaitu penyangkalan, kemarahan, tawar-menawar depresi dan penerimaan. Ceyhan (2010) menyebutkan bahwa penerimaan diri adalah indikator penting bagi kesehatan mental. Penerimaan diri ini dibutuhkan pada

penderita kanker ovarium, agar penderita tidak hanya mengakui keterbatasan yang dimilikinya tetapi juga mempergunakan berbagai potensi yang dimilikinya agar dapat meningkatkan kepercayaan diri sehingga membantu proses pengobatannya (Dodge et al, 2012).

Tindakan khusus yang diberikan kepada lima pasien dari tindakan keperawatan kepada pasien yaitu melakukan *breathing exercise* untuk mengatasi kelelahan. *Breathing exercise* merupakan teknik penyembuhan yang alami untuk mengatasi kelelahan, nyeri, stres, dan kecemasan. *Breathing exercise* dapat menstimulasi sistem saraf parasimpatik sehingga meningkatkan endorpin, menurunkan nadi, memaksimalkan ekspansi paru sehingga terjadi relaksasi otot. Teknik ini juga dapat meningkatkan suplai oksigen dalam tubuh (Stanley, 2011).

Selain itu juga dilakukan teknik relaksasi "*peace with cancer*" yang merupakan suatu upaya untuk mencapai kondisi yang tenang, dan nyaman dengan pemberdayaan energi bawah sadar seseorang, mengistirahatkan energi sadar melalui afirmasi atau sugesti positif kepada klien dengan menggunakan kata-kata (Sunardi 2009).

Hasil dari tindakan relaksasi yang diberikan dapat mengatasi gangguan pada konservasi energi, konservasi integritas struktural dan integritas personal. Hal ini ditunjukkan dengan tanda-tanda vital dalam batas normal setelah dilakukan teknik relaksasi, nyeri dapat berkurang, kecemasan berkurang, dan mual muntah juga dapat diatasi.

Model keperawatan konservasi Levine sangat aplikatif dalam perawatan perempuan dengan kanker ovarium melalui tahap pengkajian lingkungan internal dan eksternal. Pengkajian terasa lebih mudah dan lebih fokus. Pada tahap konservasi terlihat kebutuhan apa yang diperlukan saat

ini oleh pasien baik itu konservasi energi, struktural, dan personal dan sosial.

Pada kasus perempuan dengan kanker ovarium menimbulkan gejala-gejala ketidaknyamanan yang menimbulkan gangguan untuk keseimbangan dari energi. Menggunakan teori Levine membuat perawat mampu melakukan tindakan yang sistematis dan fokus pada konservasi yang terganggu sehingga dapat mencegah terjadinya integritas struktur dan tercapainya adaptasi yang merupakan tujuan utama dari konsep konservasi Levine.

KESIMPULAN

Pasien dengan kanker ovarium mengalami perubahan dan mengalami gejala-gejala ketidaknyamanan akibat penyakitnya. Model konservasi levine digunakan untuk asuhan keperawatan. Perubahan yang dialami pasien dengan kanker ovarium meliputi aspek konservasi energi, integritas structural, personal dan sosial. Perubahan yang dialami oleh kasus kelolaan seperti perubahan bentuk tubuh seperti perut membesar, mual, muntah, kurang nafsu makan dan susah untuk mobilisasi serta gangguan psikologis, seksual dan peran.

Masalah yang dialami oleh kelima pasien kasus kelolaan adalah trophicognosis konservasi energi yaitu kelelahan, trophicognosis konservasi integritas struktural yaitu nyeri dan intoleransi aktifitas, trophicognosis konservasi integritas personal yaitu kecemasan, perubahan peran dan disfungsi seksual.

Implikasi keperawatan yang bisa dilakukan pada pasien dengan kanker ovarium sebelum dilakukan operasi menggunakan model konservasi Levine adalah memfasilitasi pasien dalam beradaptasi terhadap gejala yang muncul memberikan dampak positif terhadap kualitas hidup pasien dengan kanker ovarium. Adanya pemberian informasi

melalui pendampingan, edukasi, dan konseling dapat meningkatkan status emosional pasien dan dapat mengaktifkan mekanisme koping efektif bagi pasien dalam menghadapi stressor baik fisik maupun psikologis yang diakibatkan oleh proses perjalanan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Andersen, M.R., Sweet, E., Lowe, K.A., Standish, L.J., Drescher, C.W., Goff, B.A., (2012). Involvement in decision-making about treatment and ovarian cancer survivor quality of life. *Gynecologic Oncology* 124 (3), 465e470.
- Billson, H.A., Holland, C., Curwell, J., Davey, V.L., Kinsey, L., Lawton L.J., & Whitworth, A.J. (2013). Perioperative nutrition interventions for women with ovarian cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. doi: 10.1002/14651858.CD009884.pub2.
- cancers. *Archives of Gynaecology and Obstetrics* 285 (6), 1713e1717.
- Carolyn, R. (2013). Ovarian cancer: risk factors, treatment and management. *British Journal of Nursing, Oncology Supplement*, 22, 17.
- Ceyhan, A.A & Ceyhan, E. (2010). Investigation of university students' self-acceptance and learned resourcefulness: a longitudinal study. *High Educ*, 61, 649–661.
- Dodge, J.E., Covens, A.L., & Lacchetti, C. (2012). Management of a suspicious adnexal mass: a clinical practice guideline. *Curr Oncol*, 19, e244–57
- Franse, L.V., Nicolaije, K.A.H.,& Pijnenborg, J.M. (2011). The impact of a cancer Survivorship Care Plan on gynecological cancer patient and health care provider reported outcomes (ROGY Care): study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Trials Journal*, 12(256).
- Gershenson, D.M., Coleman, R.L. (2007). Neoplastic disease of the ovary: Screening, benign and malignant epithelial and germ cell neoplasms, sex-cord stromal tumors. Dalam: Katz, V.L, Lentz G.M., Lobo, R. A., Gershenson, D. M., penyunting. *Comprehensive Gynecology*. Edisi ke-5. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Goff, B.A., Mandel, L.S., & Drescher, C. W. (2007). Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for early detection. *Cancer* 109(2), 221–227.
- Goh, J. Yam, S. F. Loh, A. Wong . (2007). Minimal access approach to the management of large ovarian Cysts. *Surg Endosc* 21, 80–83. doi: 10.1007/s00464-005-0596-5.
- Golbasi, Z., Erenel, A.S., 2012. The quality of sexual life in women with gynaecological.
- Hwang, K.H., Cho, O.H., Yoo, Y.S. (2016). The Effect of Comprehensive Care Program for Ovarian Cancer Survivors. *Clinical Nursing Research*, 25(2), 192–208.
- Lubis, N. D., Nizar, R. Z., Musa, Z. (2013). *Kanker di Indonesia: data histopatologi*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI.
- Oemiati, R., Rahajeng, E., Antonius Y. K. (2011). Prevalensi tumor dan beberapa faktor yang mempengaruhinya di Indonesia. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 39,4

ASUHAN KEPERAWATAN NERS DAN NERS SPESIALIS DENGAN PENDEKATAN INTERPERSONAL PEPLAU DAN *CARING* SWANSON PADA KLIEN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG AKUT RUMAH SAKIT JIWA

Heri Setiawan¹, Budi Anna Keliat² dan Yossie Susanti Eka Putri³

1. Ners Spesialis RSJ Prof Dr Soerojo Magelang, Jl. Jend A.Yani no.169 Magelang
Telp. 0293-363601 Email: herirsjs09@yahoo.com
2. Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Abstrak

Resiko perilaku kekerasan merupakan diagnosa keperawatan yang paling banyak ditemukan di Ruang Akut Rumah Sakit Jiwa Dr H Marzoeki Mahdi Bogor yaitu sebanyak 71,62%, Tujuan penulisan artikel ini untuk menjelaskan mengetahui hasil asuhan keperawatan ners dan ners spesialis menggunakan pendekatan model teori interpersonal Peplau. Tindakan keperawatan ners diberikan pada individu, keluarga dan kelompok, tindakan keperawatan ners spesialis dilakukan dengan pemberian latihan asertif (AT) dan psikoedukasi keluarga (PEK). Metode yang digunakan yaitu analisis kasus. Analisis dilakukan pada 8 klien perilaku kekerasan dalam kurun waktu 16 Februari – 18 April 2016. Hasil pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan di ruang akut rumah sakit jiwa menunjukkan terjadinya penurunan tanda gejala klien perilaku kekerasan, peningkatan kemampuan klien dalam mengatasi perilaku kekerasan, dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan di ruang akut rumah sakit jiwa.

Kata kunci: perilaku kekerasan, ruang akut, tanda gejala, kemampuan

Abstract

Risk violence is the most nursing diagnose in acute ward Dr H Marzoeki Mahdi mental hospital Bogor amount 71,62%. Aims this article is to explain the result or outcome of nursing care and nursing care specialist with Peplau's interpersonal model theory approach. Nursing Ners action to individual, family and peer, and nursing specialist action with assertiveness training (AT) and family psychoeducation (FPE). The method is case study. Analyse in 8 patient with risk violence on 16 February to 18 April 2016. The result nursing care in acute ward mental hospital show that decrease of sign and symtom violence and increase of ability to control violence and, increase familys ability to care of family number with risk violence in acute ward mental hospital.

Key Word: violence, acute ward, sign and simptom, ability

PENDAHULUAN

Kemampuan orang untuk beradaptasi terhadap stressor berbeda-beda, tergantung dari sumber koping dan mekanisme koping seseorang untuk menanggapi stressor tersebut, jika seseorang tersebut tersebut tidak bisa beradaptasi dengan baik maka akan jatuh ke perilaku maladaptif yang termasuk di dalamnya gangguan jiwa. Orang Dengan Gangguan Jiwa yang

selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang tampak dalam bentuk sekumpulan tanda gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna pada klien ODGJ, serta dapat menimbulkan dampak pada kehidupan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (UU Kesehatan Jiwa No.18,

2014). Gangguan jiwa dapat membuat seseorang tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dan tidak dapat mengambil keputusan sehingga klien gangguan jiwa tidak hidup sesuai dengan fungsinya (WHO, 2015).

Ketidakmampuan seseorang dalam menghadapi stressor yang ditandai dengan adanya penyimpangan pikiran, perasaan dan perilaku mengakibatkan klien tidak bisa menjalankan fungsi hidupnya secara normal. Perubahan fungsi hidup yang dialami oleh klien gangguan jiwa mempengaruhi kualitas hidup orang tersebut dan juga berdampak pula pada orang lain, dan juga lingkungan. Jumlah klien gangguan jiwa cukup banyak dialami oleh penduduk di dunia.

Gangguan jiwa dengan jumlah paling banyak yang dialami oleh penduduk di dunia adalah Skizofrenia. Data yang didapatkan menunjukkan bahwa rata-rata rasio penduduk dunia yang mengalami Skizofrenia yaitu 7 berbanding 1000 penduduk di dunia atau sebesar kurang lebih 21 juta orang (WHO, 2015), tiga dari empat kasus gejala yang muncul terjadi pada usia 15 dan 34 tahun (Stuart, 2013). Hasil Riskesdas 2013, menunjukkan prevalensi angka gangguan jiwa berat secara nasional adalah 1,7% atau sekitar 3,022,600 orang, atau 14,39% dari total klien skizofrenia di seluruh dunia (Riskesdas Kemenkes RI, 2013). Hal ini menunjukkan secara nasional angka gangguan jiwa berat cukup tinggi di Indonesia. Prevalensi gangguan jiwa berat di provinsi Jawa Barat adalah 1,6% (Riskesdas Kemenkes RI, 2013). Prevalensi tersebut hampir sama dengan prevalensi gangguan jiwa berat secara nasional.

Perilaku kekerasan dapat terjadi pada klien dengan gangguan jiwa berat. Sebuah meta analisis dari 204 studi berdasarkan 166 data independen menemukan bahwa gejala gangguan jiwa berat berkaitan dengan peningkatan perilaku kekerasan sebesar 49-68% (Silverstein et al. 2015). Hasil sistematik review pada 20 studi yang dilakukan, menemukan bahwa ada keterkaitan antara penderita Skizofrenia

dengan perilaku kekerasan, dari 18.423 individu dengan gangguan Skizofrenia menunjukkan peningkatan resiko perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien dengan Skizofrenia adalah 13,2% dibandingkan dengan populasi pada umumnya yaitu sebesar 19,1%. Prevalensi perilaku kekerasan yang dilakukan oleh orang dengan Skizofrenia adalah 19,1% (Swanson, 2006; Fazel, et al, 2009). Angka perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia tersebut lebih rendah dibandingkan dengan pada populasi pada umumnya.

Perilaku kekerasan terjadi karena tanda gejala positif seperti halusinasi. Halusinasi klien dengan skizofrenia bisa menjadi pencetus terjadinya perilaku Halusinasi dapat menjadi suasana perasaan klien menjadi kurang baik, merasa kewalahan dengan halusinasi tersebut sehingga klien melakukan tindakan perilaku kekerasan. Pada umumnya perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia berkaitan dengan gejala positif skizofrenia, daya tilik diri yang jelek, kondisi premorbid, pengaruh perilaku antisosial klien, dan psikopatologi kondisi akut (Volavka 2013). Kondisi psikopatologi pada klien skizofrenia mengakibatkan terjadinya perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan dilakukan secara verbal maupun nonverbal atau fisik. Perilaku kekerasan dalam bentuk verbal misalnya mengancam, sedangkan perilaku non verbal dilakukan dengan menyerang orang lain, memukul, menendang atau merusak lingkungan. Perilaku kekerasan yang dilakukan dalam bentuk kata-kata kasar sebanyak 60% (Foster, Bowers, & Nijman, 2007), melakukan tindakan kekerasan terhadap objek sebanyak 29 % dan melakukan kekerasan terhadap diri sendiri sebanyak 19 % (Bobes, Fillat & Arango, 2009). Sedangkan perilaku maladaptif yang muncul pada klien dengan tanda gejala negatif seperti isolasi sosial adalah adanya percobaan bunuh diri (*National Institute of Mental Health*, 2009). Percobaan bunuh diri merupakan salah satu bentuk perilaku kekerasan pada diri

sendiri. Tanda dan gejala yang khas pada klien skizofrenia yang dapat juga merugikan termasuk mencederai diri sendiri orang lain ataupun lingkungannya membuat tenaga kesehatan atau orang-orang di sekeliling klien memberikan penanganan khusus untuk mengatasi perilaku tersebut.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi klien resiko perilaku kekerasan dengan psikofarmaka dan pemberian asuhan keperawatan. Strategi pengobatan pada klien perilaku kekerasan pada fase agresif pada kondisi darurat adalah obat-obatan antipsikotik atypikal yang dikombinasikan dengan golongan benzodiazepin, hal tersebut untuk meminimalkan efek ekstrapiramidal sindrom dan dapat memperbaiki psikopatologi secara global, kognitif, gejala negatif dan gangguan alam perasaan (Dixon & Perkins 2010), kedua obat tersebut efektif pada penurunan gejala perilaku kekerasan secara cepat dan efektif. Klien dengan pemberian antipsikotik harus dikaji terlebih dahulu untuk mencegah terjadinya neuroleptik yang mengakibatkan kondisi yang lebih buruk, komplikasi dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada klien (Stuart, 2013). Pemberian benzodiazepin dapat memberikan efek sedatif sehingga klien menjadi lebih tenang dan terjadi penurunan gejala perilaku kekerasan. Pemberian antipsikotik atypikal diberikan pada klien yang mempunyai potensi perilaku kekerasan, antipsikotik atypikal mempunyai efek ekstrapiramidal yang sedikit (Stuart, 2013). Antipsikotik atypikal tersebut juga dapat diberikan dengan kombinasi lorazepam yang dapat memberikan efek sedatif. Sedangkan obat antipsikotik menurunkan gejala positif klien Skizofrenia. Upaya yang dilakukan pada klien dengan perilaku kekerasan bertujuan untuk mencegah terjadinya kekambuhan.

Penanganan kondisi krisis dilakukan di ruangan gawat darurat, apabila masih beresiko menunjukkan perilaku kekerasan maka akan dilanjutkan di layanan rawat inap akut psikiatri. Tujuan layanan rawat

inap akut psikiatri adalah untuk memberikan pemberian perlakuan yang manusiawi dengan standar tinggi dan memberikan perawatan dalam lingkungan yang aman dan terapeutik untuk orang yang mengalami gangguan jiwa (Rethink 2004), menurunkan gejala dan meningkatkan fungsi psikososial klien (Pitkanen 2010), dan remisi penyakit klien dengan berfokus pada gejala klien dan respon koping maladaptif pada klien (Stuart, 2013). Penanganan klien di Ruang akut psikiatri bertujuan untuk mencapai kondisi stabil klien dan meningkatkan koping adaptif klien dalam lingkungan yang terapeutik.

Tindakan keperawatan dilakukan di ruang akut berupa tindakan keperawatan ners dan ners spesialis pada klien dengan perilaku kekerasan. Pada pemberian tindakan ners yaitu berupa latihan nafas dalam, pukul bantal, minum obat teratur, bicara asertif, cara spiritual dan deeksalasi. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata lama rawat klien kelompok intervensi yang diberikan tindakan ners adalah 23 hari sedangkan pada kelompok kontrol 40 hari. Klien pada kelompok intervensi mempunyai kemampuan secara mandiri sebesar 86,6% dan kemampuan dengan menggunakan bantuan sebesar 13,4% dalam mencegah terjadinya perilaku kekerasan. (Keliat et al. 2009). Pada klien yang mempunyai kemampuan secara mandiri untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan mempunyai hari rawat lebih singkat secara bermakna apabila dibandingkan klien yang tidak memiliki kemampuan dalam mencegah perilaku kekerasan.

Pemberian terapi spesialis yaitu latihan asertif, terapi ini efektif dalam menurunkan respons perilaku, kognitif, sosial dan fisik pada klien perilaku kekerasan (Wahyuningsih, Keliat, & Hastono, 2009). Latihan asertif merupakan tindakan untuk melatih seseorang mencapai perilaku asertif (Kaplan & Saddock, 2005). Latihan Asertif merupakan program latihan perilaku untuk melatih seseorang menyampaikan kebutuhan, hak, dan menentukan pilihan

tanpa mengabaikan hak orang lain, Latihan asertif dikonseptualisasikan sebagai prosedur perilaku yang terstruktur untuk memfasilitasi perubahan perilaku dengan tepat secara sosial, ekspresif dan memunculkan adanya sebuah perilaku yang adaptif, dengan memperhatikan hak diri individu tanpa melanggar hak orang lain (Tobergte & Curtis 2013).

Tindakan keperawatan pada keluarga berupa tindakan keperawatan ners dan ners spesialis berupa psikoedukasi keluarga. Terapi keluarga pada klien Risiko perilaku kekerasan bertujuan agar keluarga mampu merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan yang diberikan adalah mendiskusikan bersama-sama keluarga mengenai masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Selanjutnya mendiskusikan bersama-sama keluarga faktor-faktor yang menyebabkan Risiko perilaku kekerasan dan mendemonstrasikan cara merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Selain itu keluarga diajarkan mengenai pentingnya memberikan penghargaan dan pujian yang wajar atas upaya dan keberhasilan yang telah dilakukan dan dicapai oleh klien dan terus mendorong klien untuk melakukan kegiatan yang telah berhasil dilakukan klien. Langkah terakhir menyusun perencanaan pulang untuk klien. Dalam membuat perencanaan pulang keluarga membuat perencanaan kegiatan yang akan dilakukan klien selama di rumah (Keliat, 2010).

Tindakan keperawatan ners spesialis pada keluarga berupa psikoedukasi keluarga, psikoedukasi merupakan suatu alat terapi keluarga bertujuan untuk menurunkan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. Psikoedukasi keluarga adalah salah satu element program perawatan kesehatan jiwa keluarga yang dilakukan dengan cara memberikan informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik (Stuart, 2013).

Tahapan proses interpersonal yang dikembangkan Peplau dalam empat fase

dinilai sangat relevan dengan manajemen kasus pada klien Resiko Perilaku Kekerasan khususnya di ruang akut, dimana klien berada di ruangan yang pertama di Rumah Sakit Jiwa. Teori Peplau yang berfokus pada *interpersonal relationship* ini sangat sesuai bagi intervensi pada klien dengan resiko perilaku kekerasan dalam mengaplikasikan terapi-terapi spesialis seperti terapi kognitif perilaku dan latihan asertif yang sangat membutuhkan hubungan yang *trust* dari klien kepada perawat sehingga klien bersedia mengungkapkan kebutuhan dan masalah yang dihadapi, pengalaman-pengalaman traumatik dan mengecewakan, termasuk harapan-harapan yang mungkin dirasakan klien belum tercapai sehingga klien merasa frustrasi sehingga menunjukkan respons perilaku kekerasan (Shives, 2009; Stuart, 2013). Konsep hubungan terapeutik perawat-klien sebagai dasar untuk memulainya seorang yang mengalami sakit memulai menerima dan mencoba berinteraksi dengan orang lain dan lingkungannya. Ketika seseorang mulai berani membina hubungan dengan orang lain, maka akan lebih mudah bagi seorang perawat menerapkan proses perawatan yang berkelanjutan berpijak pada kemampuan klien.

Penerapan teori keperawatan yang selanjutnya yaitu teori *caring* oleh Swanson, *Theory of Caring* dari Kristen M. Swanson: mendeskripsikan secara jelas pentingnya peran seorang perawat dalam meningkatkan kesehatan pada orang lain. Kristen M. Swanson mendefinisikan *caring* sebagai suatu cara dalam memelihara hubungan dengan seseorang atau pasien yang memiliki dan menganut nilai-nilai yang sama terhadap komitmen dan tanggung jawab. Teori *caring* ini peran perawat menurut Swanson (1987) adalah sebagai pemberi bantuan dan pelayanan dalam mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan pada orang lain (*Nursing as a informed Caring for Well-Being to Others*). Berfokus pada fenomena utama dalam keperawatan yaitu individu/klien, kesehatan/kesejahteraan, lingkungan dan keperawatan.

Pemberian asuhan keperawatan pada klien perilaku kekerasan di Ruang Akut RSJ Dr H Marzoeke Mahdi Bogor selama 16 Februari hingga 18 April 2016 didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang paling banyak adalah Resiko Perilaku Kekerasan sebanyak 62 orang (71,26%) dari 87 klien yang dirawat selama praktik. Pada karya ilmiah akhir ini akan dilaporkan mengenai hasil asuhan keperawatan ners dan ners spesialis pada 8 klien perilaku kekerasan dengan Asuhan keperawatan yang diberikan berupa tindakan keperawatan ners dan ners spesialis, asuhan keperawatan pada klien dilakukan bersama oleh ketua tim, perawat ruangan, mahasiswa ners dan mahasiswa ners spesialis, asuhan keperawatan ners dilakukan oleh ketua tim, perawat dan mahasiswa ners, sedangkan asuhan keperawatan ners spesialis dilakukan oleh mahasiswa.

METODE

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan melakukan analisa kasus selama praktik klinik keperawatan jiwa pada 8 klien perilaku kekerasan di Ruang Akut Rumah Sakit Jiwa.

HASIL

Karakteristik klien dengan perilaku kekerasan dalam penelitian ini semuanya adalah laki-laki 8 orang (100,0%). Pada jenjang pendidikan, sebagian besar jenjang pendidikannya adalah SMA 5 orang (63,3%). Pada status pekerjaan, sebagian besar tidak bekerja 4 orang (50%). Pada status pernikahan klien menunjukkan sebagian besar sudah menikah 4 orang (50%). Pada pemberian terapi medis yang diberikan saat ini, sebagian besar adalah golongan atypikal 5 orang (63,3%), Berdasarkan riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sebagian besar tidak ada riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa 6 orang (73%). Karakteristik klien berdasarkan riwayat putus obat menunjukkan sebagian besar mengalami putus obat yaitu sebanyak 7 orang (77,8%). Berdasarkan usia rata-rata klien berusia 33 tahun, Analisis mengenai frekuensi dirawat klien dengan perilaku kekerasan rata-

rata klien dirawat sebanyak 3 kali, rata-rata klien mengalami gangguan jiwa selama 4 tahun. Perubahan tanda gejala dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1
Perubahan Respons (Tanda Gejala) pada klien perilaku kekerasan di Ruang Kresna RSM setelah pemberian tindakan ners klien, keluarga, TAK, AT, dan psikoedukasi 16 Februari-18 April 2016 (n=9)

No	Respons	Pre	Post	Penurunan
1.	Kognitif			
	Mempunyai pikiran negatif	8	2	6
	Pikiran curiga	6	2	4
	Meremehkan keputusan	8	1	7
	Perubahan isi pikir	1	0	1
	Pikiran ingin memukul orang	6	2	4
2.	Afektif			
	Merasa tidak nyaman	8	2	6
	Afek labil	8	2	6
	Kecewa	6	1	5
	Kesal/jengkel	6	1	5
3.	Fisiologis			
	Tensi meningkat	7	2	5
	Nadi meningkat	7	2	5
	Pernafasan meningkat	8	2	6
	Wajah merah	8	4	4
	Gangguan istirahat tidur	8	3	5
	Saliva meningkat	3	2	1
	Perubahan nafsu makan	3	2	1
	Berkeringat	3	1	2
4.	Perilaku			
	Mendominasi pembicaraan	8	1	7
	Mondar-mandir	5	1	4
	Melempar/memukul benda/orang	5	1	4
	Agresif	5	1	4
	Pasif	6	4	2
	Mengepalkan tangan	6	2	4
	Nada suara tinggi	5	2	3
	Teraik-teriak	6	2	4
	Bicara kasar/kotor	6	2	4
	Meludah	5	2	3
	Melotot	6	2	4

Memukul	7	2	5
Pandangan tajam	8	3	5
5. Sosial			
Menarik diri/pengasingan	8	3	5
Bermusuhan	7	3	4
Penolakan	6	2	4

PEMBAHASAN

Perubahan tanda gejala setelah pemberian tindakan ners klien dan keluarga, AT, dan psikoedukasi keluarga dapat dilihat pada tabel 4.7 penurunan paling besar pada tanda gejala kognitif: meremehkan keputusan, menurun sebanyak 7 orang. Penurunan paling besar pada tanda gejala afektif: afek labil dan merasa tidak nyaman sebanyak 6 orang. Penurunan paling besar pada tanda gejala fisiologis: pernafasan meningkat sebanyak 6 orang. Penurunan paling besar pada tanda gejala perilaku: mendominasi pembicaraan sebanyak 7 orang. Penurunan paling besar pada tanda gejala sosial: menarik diri sebanyak 5 orang.

Latihan asertif merupakan tindakan untuk melatih seseorang mencapai perilaku asertif (Kaplan & Saddock, 2005). Latihan asertif merupakan program latihan perilaku untuk melatih seseorang menyampaikan kebutuhan, hak, dan menentukan pilihan tanpa mengabaikan hak orang lain (Forkas, 1997). Menurut Hopkins (2005), Latihan asertif yaitu terapi untuk melatih kemampuan seseorang untuk mengungkapkan pendapat, perasaan, sikap dan hak tanpa disertai adanya perasaan cemas. *Assertiveness* merupakan kemampuan untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan dengan nyaman dan percaya diri, jujur, terbuka dan menghargai diri sendiri dan menghormati orang lain (Riley, 2000 dalam Fortinash, 2004).

Perilaku asertif adalah perilaku yang meningkatkan kualitas hubungan antar manusia, memungkinkan untuk bertindak dengan cara yang terbaik, membuat perasaan lebih baik tanpa adanya rasa cemas, mengekspresikan perasaan secara jujur dan nyaman, dan dapat melaksanakan hak pribadi tanpa menyangkal hak orang

lain (Townsend, 2009). Perilaku asertif adalah suatu dasar kemampuan interpersonal seseorang yang meliputi berbagai hal sebagai berikut: (1) berkomunikasi secara langsung dengan orang lain, (2) dapat mengatakan tidak terhadap suatu permintaan yang tidak rasional, (3) mampu untuk menyampaikan perasaannya, dan (4) mengekspresikan penghargaan kepada orang lain sesuai dengan situasi atau kondisi seseorang (5) menerima pujian dari orang lain (Stuart, 2013). Dengan demikian dapat disimpulkan perilaku asertif dapat membuat seseorang merasa nyaman, baik ketika menyampaikan perasaannya dan mengungkapkan pendapatnya maupun ketika orang lain menyampaikan perasaan dan pendapatnya serta dapat membuat seseorang berkomunikasi dengan orang lain tanpa adanya perasaan marah.

Pada latihan asertif klien belajar mengungkapkan rasa marah secara tepat atau asertif sehingga klien mampu untuk berhubungan dengan orang lain, mampu menyatakan: apa yang diinginkannya, apa yang disukainya, dan apa yang ingin dia kerjakan dan kemampuan untuk membuat seseorang merasa tidak risih berbicara tentang dirinya sendiri. Teknik ini digunakan untuk melatih klien yang mengalami kesulitan untuk menyatakan diri bahwa tindakannya adalah layak atau benar. Latihan ini terutama berguna di antaranya untuk membantu individu yang tidak mampu mengungkapkan perasaan tersinggung, kesulitan menyatakan tidak, mengungkapkan afeksi dan respon positif lainnya. Cara yang digunakan adalah dengan permainan peran dengan bimbingan konselor. Diskusi-diskusi kelompok juga dapat diterapkan dalam latihan asertif ini.

Teori konseptual peplau (1992) terdapat kerangka konsep kerja dimana perawat dapat mengkaji, merencanakan, dan intervensi untuk mendapatkan *outcome* pasien. Perawat adalah individu yang kompleks, dan klien juga merupakan individu yang kompleks, dimana memiliki kepribadian yang unik dan pengetahuannya dengan kerangka

berpikirnya (Peplau (1992)(Marchese 2006). Tujuan keperawatan adalah untuk mendidik klien dan keluarga dan untuk membantu klien mencapai kematangan perkembangan kepribadian. Oleh sebab itu, perawat berupaya mengembangkan hubungan perawat dan klien melalui peran yang diembannya (nara sumber, konselor, dan wali). Adapun kerangka kerja praktik dari teori Peplau memaparkan bahwa keperawatan adalah proses yang penting, terapeutik, dan interpersonal. Keperawatan berpartisipasi dalam menyusun struktur system asuhan kesehatan untuk memfasilitasi kondisi yang alami dari kecenderungan manusia untuk mengembangkan hubungan interpersonal.

Pada pemberian paket tindakan yang pertama diberikan tindakan keperawatan keluarga, Terapi keluarga pada klien Risiko perilaku kekerasan bertujuan agar keluarga mampu merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan yang diberikan adalah mendiskusikan bersama-sama keluarga mengenai masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Selanjutnya mendiskusikan bersama-sama keluarga faktor-faktor yang menyebabkan Risiko perilaku kekerasan dan mendemonstrasikan cara merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Selain itu keluarga diajarkan mengenai pentingnya memberikan penghargaan dan pujian yang wajar atas upaya dan keberhasilan yang telah dilakukan dan dicapai oleh klien dan terus mendorong klien untuk melakukan kegiatan yang telah berhasil dilakukan klien. Langkah terakhir menyusun perencanaan pulang untuk klien. Dalam membuat perencanaan pulang keluarga membuat perencanaan kegiatan yang akan dilakukan klien selama di rumah (Keliat, 2010). Kegiatan yang dilakukan bertujuan agar keluarga tidak hanya mampu secara kognitif tapi keluarga juga mampu mempraktekkan dan melakukan cara merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan bila klien telah pulang kerumah.

Keluarga diharapkan mampu mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien, mampu memahami penyebab, proses terjadi, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan, mampu merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan, mampu ikut serta ketika klien sedang dilatih terapi, mampu memotivasi klien melakukan tarik nafas, pukul kasur bantal, berdoa, minum obat, bicara yang baik, menceritakan tentang kemarahannya (Keliat, 2011). Hasil penelitian yang dilakukan terkait dengan tindakan ners pada keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan di ruang MPKP menunjukan terjadi penurunan tanda gejala klien perilaku kekerasan dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan (Akbar, Keliat, & Akemat, 2014). Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan dapat mencegah kekambuhan.

Psikoedukasi keluarga merupakan suatu alat terapi keluarga bertujuan untuk menurunkan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. FPE adalah salah satu element program perawatan kesehatan jiwa keluarga yang dilakukan dengan cara memberikan informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik (Stuart, 2013). Psikoedukasi keluarga bertujuan untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa (Varcarolis, 2006). Tujuan pemberian terapi ini adalah untuk mengurangi dan mencegah kekambuhan klien serta mempersiapkan klien kembali kedalam lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan ketrampilan dan penghargaan terhadap fungsi sosial dan ocupasi klien selain itu tujuan lainnya adalah memberikan dukungan terhadap anggota keluarga dalam dalam mengurangi beban keluarga terutama beban fisik dan mental dalam merawat klien dengan gangguan jiwa dalam waktu yang lama (Niven, 2002).

Peran perawat dalam *family psychoeducation therapy* meliputi lima

komponen yaitu memberikan informasi terkait gangguan jiwa khususnya dalam merawat klien dengan Risiko perilaku kekerasan, melatih keluarga dalam menyelesaikan konflik yang terjadi di dalam keluarga, memberi kesempatan dalam memvalidasi perasaan klien dan keluarga terkait dengan keyakinan dan sumber-sumber pendukung dalam melakukan aktivitas sosial dan interaksi sosial klien, meningkatkan coping keluarga dalam menghadapi klien dengan gangguan jiwa, dan meningkatkan penggunaan dukungan formal atau informal bagi klien dan keluarga. Selain itu dalam *Family system therapy* pemberian dukungan keluarga merupakan salah satu alternatif terapi yang dapat diberikan pada keluarga, sebagaimana terapi yang disarankan oleh Dochterman (2004) yang menyatakan bahwa, terapi ini membantu keluarga mengidentifikasi dukungan dari keluarga terhadap klien dan menyediakan sumber-sumber yang dimiliki keluarga. Dalam *family system therapy* perawat memfasilitasi sistem keluarga dalam menentukan peran, harapan peran, penyelesaian konflik, membantu anggota keluarga mengklarifikasi kebutuhan dalam berhubungan dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan dan zat yang lebih tinggi.

KESIMPULAN

1. Karakteristik klien dengan perilaku kekerasan dalam penelitian ini lebih banyak laki-laki. Pada jenjang pendidikan, sebagian besar jenjang pendidikannya adalah SMA. Pada status pekerjaan, sebagian besar tidak bekerja. Pada status pernikahan klien menunjukkan sebagian besar sudah menikah. Pada pemberian terapi medis yang diberikan saat ini, sebagian besar adalah golongan tipikal. Berdasarkan riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sebagian besar tidak ada riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Karakteristik berdasarkan keberhasilan pengobatan sebelumnya sebagian besar tidak berhasil.

Karakteristik klien berdasarkan riwayat putus obat menunjukkan sebagian besar mengalami putus obat. Berdasarkan usia rata-rata klien masuk dalam usia dewasa, Analisis mengenai frekuensi dirawat klien dengan perilaku kekerasan rata-rata klien dirawat sebanyak tiga kali, rata-rata klien mengalami gangguan jiwa selama dua sampai tiga tahun.

2. Pemberian tindakan keperawatan ners dan ners spesialis efektif dalam menurunkan tanda gejala perilaku kekerasan di ruang akut rumah sakit jiwa.

SARAN

1. Perawat jiwa di rumah sakit diharapkan selalu memotivasi klien dan mengevaluasi kemampuan-kemampuan yang telah dipelajari dan dimiliki oleh klien sehingga latihan yang diberikan membudaya. Apabila terjadi kemunduran pada klien hendaknya perawat ruangan mengkonsultasikan perkembangan kliennya yang telah mendapat terapi spesialis kepada perawat spesialis yang dimiliki rumah sakit.
2. Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis berupa AT, sehingga menjadi modalitas terapi keperawatan jiwa yang efektif dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa dan meningkatkan derajat kesehatan jiwa.
3. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan *cohort* untuk melihat pencapaian kemampuan dalam menurunkan gejala dan meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan (relaksasi, mengubah pikiran negatif, keyakinan irasional dan perilaku negatif).

DAFTAR PUSTAKA

Akbar, Keliat, Akemat. (2014). Hubungan Pelaksanaan MPKP terhadap hasil asuhan keperawatan pada pasien dan

- keluarga di RS Tampan. Tesis. FIK UI
- Balitbang depkes RI. (2013). *Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*, Jakarta : depkes RI.
- Bobes, J., Fillat, O & Arango, C. (2009). Violence among schizophrenia outpatient compliant with medication: prevalence associated factor. *Acta psychiatrica scandinavica*, 199, 218-225
- Dixon, L.B. & Perkins, D.O. (2010). *Treatment of Patients With Schizophrenia Second Edition*.
- Dochterman . (2004). Nursing intervention classification (4th edition) St.louis. Mosby
- Fazel, S, et all. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*
- Forkas, W.M. (1997). *Assertiveness Training With Individuals Who Are Moderately and Mildly Retarded* Psikologi, University Pasific Stockton, Carlifornia
- Fosters, C, Bowers L, Nijman, H. (2007). Aggressive behavior on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management: journal of advanced nursing 58 (2): 140-9
- Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *The Royal Society Publishing*
- Hopkins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *The Royal Society Publishing*
- Kaplan H.I, Sadock B.J, Grebb J.A. (2005). Sinopsis Psikiatri Jilid 1. Edisi ke-7. Terjemahan Widjaja Kusuma. Jakarta: Binarupa Aksara. p. 86-108.
- Keliat, B. et al. (2009). Influence of the abilities in controlling violence behavior to the length of stay of schizophrenic clients in Bogor mental hospital, Indonesia. *Med J Indones*, 18(1), pp.31–35. Available at: <http://mji.ui.ac.id/journal/index.php/mji/article/view/336>.
- Keliat, BA, & Akemat. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Marchese, K. (2006). Using Peplau ' s Theory of Interpersonal Relations to Guide Undergoing Urinary Diversion. *Urologic Nursing*, 26(5), pp.363–372.
- Niven. (2002). Editor Monica Ester. Psikologi kesehatan : pengantar untuk perawat dan profesi kesehatan lain. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Pitkanen, A. (2010). *Thesis: Improving Quality Of Life Of Patients With Schizophrenia*,
- Rethink. (2004). Behind Closed Doors: The current state and future vision of acute mental health care in the UK. Available at: <file:///D:/THESIS/literature/behind-closed-doors-reportpdf.pdf>.
- Silverstein, S.M. et al. (2015). Schizophrenia and violence: realities and recommendations. *Crime Psychology Review*, 1(1), pp.21–42. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/23744006.2015.1033154>.
- Stuart, GW. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th edition). St Louis : Mosby.
- Tobergte, D.R. & Curtis, S., 2013. No Title No Title. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp.1689–1699.
- Swanson, et al. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*/Vol 63, May 2006
- Townsend, CM. (2009). *Psychiatric mental health nursing Concept of care in evidence base practice*. (6th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). No Title No Title. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Undang Undang RI nomor 18. (2014).
Tentang Kesehatan Jiwa.
- Videback, SL. (2008). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. EGC: Jakarta
- Volavka, J. (2013). Violence in schizophrenia and bipolar disorder. , 25(1), pp.24–33.
- Wahyuningsih, Keliat, & Hastono. (2009). pengaruh *Assertiveness Training* terhadap perilaku kekerasan pada klien skizofrenia di RSUD Banyumas. Tesis: 2009
- World Health Organization. (2015). *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package)*, Geneva27, Switzerland : WHO Press.