

# SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG  
*BEHAVIORAL THERAPY* TERHADAP PRAKTIK ORANG  
TUA TENTANG *ENURESIS* DAN FREKUENSI *ENURESIS*  
ANAK PRASEKOLAH DI TK.RA.AL-HIKMAH KETAMI  
KECAMATAN PESANTREN KOTA KEDIRI**

**PENELITIAN *QUAST EXPERIMENTAL***

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)**

**Pada Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



**Oleh :**

**NUR YENY HIDAJATURROKHMMAH**

**NIM : 010410784 B**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2008**

## SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun



**LEMBAR PERSETUJUAN**

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL : 05 AGUSTUS 2008

Oleh :

**Pembimbing I**

*Harmayetty*

Harmayetty, S.Kp, M.Kes  
NIP. 132 276 198

**Pembimbing II**

*Kristiawati*

Kristiawati, S.Kp  
NIK. 139 040 680

Mengetahui

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

  
Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours)  
NIP: 140 238 226

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

SKRIPSI INI TELAH DIUJI

Pada tanggal : 12 Agustus 2008

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. I. Ketut Sudiana, Drs., M.Si  
NIP. 130 877 636



Anggota : 1. Harmayetty, S.Kp, M.Kes  
NIP. 132 276 198



2. Kristiawati, S Kp  
NIK. 139 040 680



Mengetahui  
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Dr. Nursalam M. Nurs (Honours)  
NIP: 140 238 226

**MOTTO**

**Orang - Orang Yang Paling Berbahagia Tidak Selalu Memiliki  
Hal - Hal Yang Terbaik,  
Mereka Hanya Berusaha Menjadikan Yang Terbaik Dari  
Setiap Hal Yang Hadir Dalam Hidupnya**



## UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang *Behavioral Therapy* Terhadap Praktik Orang Tua Tentang *Enuresis* Dan Frekuensi *Enuresis* Anak Pra Sekolah (5-6 Tahun)”** ini. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersamaan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ungkapan terima kasih yang mendalam kepada :

1. Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr, SpP(K), selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Sarjana Keperawatan
2. Prof. Eddy Suwandojo, dr., Sp.PD, KTI, selaku penasehat Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan,
3. Dr. Nursalam, M. Nurs (Honours), selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
4. Harmayetty, S.Kp, M.Kes selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan ilmu, dorongan dan bimbingan sehingga penulis dapat menyempurnakan dan menyelesaikan skripsi ini.
5. Kristiawati, S.Kp, selaku pembimbing II yang telah bersedia memberikan saran, motivasi dan bimbingan kepada penulis.

6. Sulianah, S.Pd, selaku Kepala Sekolah TK.RA.AL-Hikmah Ketami yang telah memberikan ijin mengadakan penelitian di tempat tersebut.
7. Semua Guru TK.RA.AL-Hikmah Ketami yang telah memberikan ijin dan menyediakan fasilitas penelitian di tempat tersebut.
8. Kedua orangtua dan saudara-saudaraku, yang selalu memberikan do'a, motivasi, dan semangat untuk kesuksesanku dalam menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan.
9. Teman-teman kosku (Dila, Dina, Ibin, Ninok, Zelita, Vero, Wulan), Teman-teman seperjuanganku (Ninok, Teteh, Evi, Inok, Dian, Prandayu), Sahabatku (Yeni, Kiki, Jule, Krisna) yang selalu memberi dorongan dan semangat untuk penyelesaian skripsi ini.
10. Segenap dosen PSIK, Teman-temanku di angkatan A4, Staf Perpustakaan PSIK dan FK UNAIR serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan semua, yang telah membantu kami dalam merampungkan tugas skripsi ini.
11. Seluruh responden di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kota Kediri yang telah memberikan bantuan dan informasi selama proses penelitian.

Semoga Allah SWT memberikan ridho bagi semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Kami menyadari bahwa skripsi ini kiranya jauh dari kesempurnaan, namun besar harapan kami skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak khususnya profesi keperawatan

Surabaya, 05 Agustus 2008

Penulis

**ABSTRACT****INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION ABOUT BEHAVIORAL THERAPY ON THE PARENT'S PRACTICE AND FREQUENCY OF ENURESIS ON PRE SCHOOL AGE CHILD (5-6 YEAR)****Quasy-Experimental Study at Kindergarten of RA.AL-Hikmah Kediri****By : Nur Yeny Hidajaturrokhmah**

Parent's practice which less of attention on enuresis can effect enuresis problem for both parent and children. Nurse's role can help parent to develop practice about enuresis, provide information, guidance, and support by giving health education about behavioral therapy. They are general behavioral approach, establishing motivation, managing fluid intake, and training to wake up. The objective of this study was to investigate influence of health education about behavioral therapy on the parent's practice and frequency of enuresis on pre school age child at Kindergarten of RA.AL-Hikmah Kediri.

Study use Quasy-Experimental design. Sample are 16 individuals who met the inclusion criteria. They were divided into 2 groups, intervention and control groups, each comprising 8 individuals. Data was collected using questionnaire, observation, and structure interview.

Result : Parent's practice in the intervention group has significance level of  $p = 0,015$  with Wilcoxon Signed Rang Test, while that in the control group was  $p = 1,000$ . Mann Whitney U Test has  $p = 0,602$  in pre test and  $p = 0,002$  in post test. Frequency of enuresis in the intervention group has  $p = 0,001$  with Paired t Test while in the control group  $p = 0,180$ . Independent t Test has  $p = 0,726$  in pre test and  $p = 0.021$  in post test.

Conclusion : there are significant influence of health education about behavioral therapy on the parent's practice and frequency of enuresis on preschool age child.

**Keywords :** behavioral therapy, enuresis



## DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji .....	iv
Motto .....	v
Ucapan Terima Kasih .....	vi
Abstract .....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Gambar .....	xii
Daftar Lampiran .....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan umum .....	4
1.3.2 Tujuan khusus .....	4
1.4 Manfaat .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Tumbuh Kembang .....	6
2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak Pra Sekolah .....	12
2.3 Proses Berkemih Pada Anak Pra Sekolah .....	21
2.4 Konsep <i>Enuresis</i> .....	23
2.4.1 Pengertian <i>enuresis</i> .....	23
2.4.2 Penggolongan <i>enuresis</i> .....	24
2.4.3 Etiologi <i>enuresis</i> .....	24
2.4.4 Dampak <i>Enuresis</i> Pada Perkembangan Anak .....	27
2.5 Pengkajian Riwayat <i>Emuresis</i> .....	28
2.6 Konsep <i>Behavioral Therapy</i> .....	28
2.7 Konsep Perilaku .....	33
2.7.1 Pengertian .....	33
2.7.2 Jenis perilaku .....	33
2.7.3 Domain perilaku .....	34
2.7.4 Proses adopsi perilaku .....	42
2.7.5 Faktor utama yang mempengaruhi perilaku .....	43
2.7.6 Determinan perilaku .....	43
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA</b>	
3.1 Kerangka Konseptual .....	44
3.2 Hipotesis Penelitian .....	46

<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian .....	47
4.2 Kerangka Kerja .....	48
4.3 Populasi, Sampel & Tehnik Sampling .....	49
4.3.1 Populasi .....	49
4.3.2 Sampel .....	49
4.3.3 Teknik sampling .....	49
4.4 Identifikasi Variabel .....	50
4.4.1 Variabel independen .....	50
4.4.2 Variabel dependen .....	50
4.5 Definisi Operasional .....	50
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data .....	51
4.6.1 Instrumen .....	51
4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian .....	51
4.6.3 Prosedur pengambilan data .....	51
4.6.4 Cara analisis data .....	53
4.7 Etik Penelitian .....	54
4.8 Keterbatasan .....	55
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN</b>	57
5.1 Hasil Penelitian .....	57
5.2 Pembahasan .....	76
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN</b>	82
6.1 Simpulan .....	82
6.2 Saran .....	83
<b>Daftar Pustaka</b> .....	84

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kebutuhan cairan berdasarkan usia dan berat badan menurut Behrman, RE (1987) dalam Wong, DL (2003).....	30
Tabel 4.1 Tabel definisi operasional variabel yang diteliti.....	50



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang <i>Behavioral Therapy</i> terhadap Praktik Orang Tua dan Frekuensi <i>Enuresis</i> Anak.....	44
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang <i>Behavioral Therapy</i> Terhadap Praktik Orang Tua dan Frekuensi <i>Enuresis</i> Anak.....	48
Gambar 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu.....	58
Gambar 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu.....	59
Gambar 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Usia Ibu.....	59
Gambar 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Anak pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	60
Gambar 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Urutan Anak Dalam Keluarga.....	61
Gambar 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Usia <i>Toilet Training</i> Anak.....	61
Gambar 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat <i>Enuresis</i> Saudara Kandung.....	62
Gambar 5.8	Distribusi Orang Tua yang Mempunyai Riwayat <i>Enuresis</i> .....	63
Gambar 5.9	Distribusi Responden Berdasarkan Usia Orang Tua Berhenti Mengompol.....	64
Gambar 5.10	Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Anak Berkemih Sebelum Tidur pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	65
Gambar 5.11	Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Air Yang Diminum Di Malam Hari pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	66
Gambar 5.12	Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Anak Bangun Berkemih di Malam Hari pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	67

Gambar 5.13	Distribusi Responden Berdasarkan Usaha Orang Tua Mengatasi <i>Enuresis</i> Anak pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	68
Gambar 5.14	Distribusi Responden Berdasarkan Praktik Orang Tua dalam <i>General Behavioral Approach</i> Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang <i>Behavioral Therapy</i> pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	69
Gambar 5.15	Distribusi Responden Berdasarkan Praktik Orang Tua Dalam <i>Establishing Motivation</i> Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang <i>Behavioral Therapy</i> Pada Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol.....	70
Gambar 5.16	Distribusi Responden Berdasarkan Praktik Orang Tua Dalam <i>Managing Fluid Intake</i> Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang <i>Behavioral Therapy</i> Pada Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol.....	71
Gambar 5.17	Distribusi Responden Berdasarkan Praktik Orang Tua Dalam <i>Training To Wake Up</i> Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang <i>Behavioral Therapy</i> Pada Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol.....	72
Gambar 5.18	Distribusi Responden Berdasarkan Praktik Orang Tua Tentang <i>Enuresis</i> Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang <i>Behavioral Therapy</i> Pada Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol.....	73
Gambar 5.19	Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi <i>Enuresis</i> Anak Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang <i>Behavioral Therapy</i> Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol.....	75

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian.....	87
Lampiran 2	Surat Ijin Penelitian.....	88
Lampiran 3	Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	89
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	90
Lampiran 5	Lembar Kuesioner Pengumpulan Data Awal.....	91
Lampiran 6	Lembar Observasi Frekuensi <i>Enuresis</i> Pada Anak ( <i>pre test</i> untuk orang tua).....	94
Lampiran 7	Lembar Observasi Frekuensi <i>Enuresis</i> Pada Anak ( <i>pre test</i> untuk anak).....	95
Lampiran 8	Lembar Observasi Frekuensi <i>Enuresis</i> Pada Anak ( <i>post test</i> untuk orang tua).....	96
Lampiran 9	Lembar Observasi Frekuensi <i>Enuresis</i> Pada Anak ( <i>post test</i> untuk anak).....	97
Lampiran 10	Lembar Kuesioner Praktik <i>General Behavioral Approach</i> .....	98
Lampiran 11	Lembar Kuesioner Praktik <i>Establishing Motivation</i> .....	99
Lampiran 12	Lembar Kuesioner Praktik <i>Managing Fluid Intake</i> .....	100
Lampiran 13	Lembar Kuesioner Praktik <i>Training To Wake Up</i> .....	101
Lampiran 14	Lembar Wawancara Terstruktur, Praktik <i>General Behavioral Approach</i> .....	102
Lampiran 15	Lembar Wawancara Terstruktur, Praktik <i>Establishing Motivation</i> .....	103
Lampiran 16	Lembar Wawancara Terstruktur, Praktik <i>Managing Fluid Intake</i> .....	104
Lampiran 17	Lembar Wawancara Terstruktur, Praktik <i>Training To Wake Up</i> .....	105
Lampiran 18	Lembar Observasi Praktik <i>General Behavioral Approach</i> .....	106
Lampiran 19	Lembar Observasi Praktik <i>Establishing Motivation</i> .....	107

Lampiran 20	Lembar Kuesioner Praktik <i>Managing Fluid Intake</i> .....	108
Lampiran 21	Lembar Observasi Praktik <i>Training To Wake Up</i> .....	109
Lampiran 22	Satuan Acara Penyuluhan.....	110
Lampiran 23	Materi Penyuluhan <i>Behavioral Therapy</i> .....	114
Lampiran 24	Satuan Operasional Prosedur, Pelaksanaan <i>Establishing Motivation</i> Pada Anak Pra Sekolah, Memberi Hadiah.....	119
Lampiran 25	Lembar Pelaksanaan <i>Establishing Motivation</i> Pada Anak, Mewarnai Gambar.....	121
Lampiran 26	Lembar Pelaksanaan <i>Establishing Motivation</i> Pada Anak, "Kalender Kering".....	122
Lampiran 27	<i>Leaflet</i> .....	123
Lampiran 28	Tabulasi Data Nilai Praktik Orang Tua ( <i>Behavioral Therapy</i> ).....	125
Lampiran 29	Tabulasi Data Praktik Orang Tua Dan Frekuensi <i>Enuresis</i> Anak.....	127
Lampiran 30	Tabulasi Pengkodean Nilai Responden .....	128
Lampiran 31	Uji Statistik Praktik Orang Tua dan Frekuensi <i>Enuresis</i> Anak	131
Lampiran 32	Frekuensi data .....	132
Lampiran 33	Uji Statistik .....	136
Lampiran 34	Data Wawancara Terstruktur ( <i>General Behavioral Approach</i> )	144
Lampiran 35	Data Wawancara Terstruktur ( <i>Establishing Motivation</i> ).....	146
Lampiran 36	Data Wawancara Terstruktur ( <i>Managing Fluid Intake</i> ) .....	148
Lampiran 37	Data Wawancara Terstruktur ( <i>Training To Wake Up</i> ) .....	150



## **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

*Enuresis* atau ngompol adalah peristiwa tidak dapat menahan keluarnya air kencing. *Enuresis* masih dianggap normal bila terjadi pada anak balita, tetapi hal ini perlu mendapat perhatian khusus jika terjadi pada anak usia 5 tahun atau lebih (Harjaningrum, 2005). Menurut Wong (1999), prevalensi *enuresis* pada usia 5 tahun (7 % laki-laki dan 3 % perempuan), pada usia 10 tahun (3 % laki-laki dan 2 % perempuan), pada usia 18 tahun (1 % laki-laki dan sangat jarang untuk perempuan). Anak dengan kasus *enuresis* harus ditangani kasus perkasus secara individual, juga memperhatikan berbagai faktor antara lain sikap dan perilaku orang tua serta anaknya dalam menghadapi masalah *enuresis*, struktur sosial dan lingkungan keluarga (Tambunan, 2003). Berdasarkan hasil wawancara dengan guru di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri, dilaporkan ketika anak ngompol di sekolah, guru mengajak anak ke kamar mandi dan membersihkan pakaian yang basah, kemudian kembali ke kelas dan menjelaskan kepada semua siswa agar teman-temannya tidak mengejek. Praktik orang tua apabila anak mereka ngompol adalah dengan mengajak anak ke ahli pijat dan menyuruh anak ke kamar mandi sebelum tidur malam. Selama ini orang tua dari anak di TK tersebut belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan pendekatan *behavioral therapy* untuk mengatasi anak yang mengalami *enuresis*, padahal menurut Hassink, dikutip oleh Breton and Mercer (1999), *behavioral therapy* adalah pengobatan yang pertama karena tidak memiliki efek samping. *Behavioral therapy* meliputi *general behavioral approach*, *establishing*

*motivation, managing fluid intake, dan training to wake up* (Marries, 2004). Menurut penelitian Pennesi (2004) tentang efektivitas *behavioral therapy* terhadap *enuresis* pada 250 anak berusia 5-17 tahun yang mengalami *nocturnal enuresis* di Venezia, Italy, telah dilaporkan 111 anak (60%) berhasil menurunkan frekuensi *enuresis* hingga >90%, 21 anak (11%) berhasil menurunkan frekuensi *enuresis* hingga 50-90%, dan 53 anak (29%) hanya berhasil menurunkan frekuensi *enuresis* <50%. Namun, sampai saat ini pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kec.Pesantren Kediri belum dapat dijelaskan.

Penelitian pada anak sekolah dasar di Jakarta tahun 1986 dengan jumlah sampel 4204, terdiri dari 2084 anak laki-laki dan 2120 anak perempuan dilaporkan bahwa prevalensi *enuresis* pada anak laki-laki sebesar 2,83% dan pada anak perempuan 2,97%, dari keseluruhan kasus tersebut, 82,4% tergolong *nocturnal enuresis*, 17,6% *diurnal enuresis*, 96,7% bersifat primer dan 3,3% bersifat sekunder (Gilang, 2001). Berdasarkan hasil observasi awal yang dilakukan peneliti dari tanggal 21 April 2008 sampai dengan 1 Mei 2008 di TK.RA AL-Hikmah Ketami Kediri, dilaporkan pada tahun 2007, dari 37 anak yang berusia 4-6 tahun, terdapat 13 anak yang mengalami *enuresis* (10 *nocturnal enuresis* dan 3 *nocturnal&diurnal enuresis*), kemudian pada tahun 2008, dari 45 anak yang berusia 4 sampai 6 tahun, 16 anak masih mengalami *nocturnal enuresis*. Dari 16 anak tersebut, 14 anak memiliki kebiasaan minum sebelum tidur malam, 15 orang tua menyuruh anak pergi ke kamar mandi untuk berkemih sebelum tidur, 13 orang tua tidak membangunkan anak untuk berkemih di malam hari, 8 orang tua tidak melibatkan anak untuk membersihkan pakaian dan selimut

yang basah karena anak mengompol, 8 orang tua memarahi anak ketika anak mengompol, 8 orang tua membandingkan anak dengan anak lain yang sudah tidak memiliki kebiasaan mengompol, 8 orang tua tidak memotivasi anak untuk berhenti mengompol, dan 16 anak tidak memiliki kalender khusus untuk menandai malam-malam kapan anak mengompol dan kapan anak tidak mengompol.

Para ahli belum mengetahui secara pasti apa penyebab utama *enuresis primer*. Keterlambatan matangnya fungsi susunan syaraf pusat disebut sebagai penyebab utama *enuresis primer*. Pada anak normal, ketika kandung kemih sudah penuh oleh urin, sistem syaraf di kandung kemih akan memberi sinyal ke otak. Otak akan mengirim sinyal balik ke kandung kemih dan meminta kandung kemih untuk menahan pengeluaran air kencing, sampai anak sudah siap di toilet. Anak dengan keterlambatan matangnya system syaraf pusat, proses tersebut tidak terjadi, sehingga saat kandung kemih penuh, anak tidak dapat menahan keluarnya air kencing (Harjaningrum, 2005). Praktik orang tua yang negatif tentang *enuresis* menyebabkan praktik anak juga negatif sebab anak belajar dari orang tua terutama ibu sebagai orang terdekat untuk dapat memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri (Supartini, 2002). Hal ini menimbulkan *enuresis* pada anak. Dampak secara sosial dan kejiwaan yang ditimbulkan akibat *enuresis* sangat mengganggu kehidupan seorang anak. Biasanya anak menjadi tidak percaya diri, rendah diri, malu, dan hubungan sosial dengan teman-temannya juga terganggu. (Harjaningrum, 2005). Perawat sebagai edukator dapat mendidik orang tua dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*, meliputi *general behavioral approach, establishing motivation, managing fluid intake, training to wake up* (Marries, 2004). Pendidikan kesehatan merupakan usaha untuk membantu

individu, keluarga, masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap, maupun praktik untuk mencapai hidup secara optimal (Herawati, 2001). Perubahan praktik orang tua terhadap *enuresis* anak yang positif akan meningkatkan praktik anak sehingga diharapkan dapat menurunkan frekuensi *enuresis* anak.

Dari uraian di atas, penulis akan melakukan penelitian untuk mengetahui sejauh mana pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak pra sekolah di TK.RA AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri.

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak pra sekolah?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak pra sekolah.

### 1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi praktik orang tua tentang *enuresis* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*.
2. Mengidentifikasi frekuensi *enuresis* anak sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*.

3. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua tentang *enuresis*.
4. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap frekuensi *enuresis* anak pra sekolah

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1. Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan anak dalam mengatasi anak yang masih mengalami *enuresis* dengan *behavioral therapy*, meliputi *general behavioral approach*, *establishing motivation*, *managing fluid intake*, dan *training to wake up*.

### 2. Praktis

#### 1. Bagi peneliti

Sebagai penerapan asuhan keperawatan khususnya keperawatan anak dalam mengatasi anak yang masih mengalami *enuresis*.

#### 2. Bagi responden

Sebagai masukan bagi orang tua mengenai upaya mengatasi anak yang masih mengalami *enuresis*.

#### 3. Bagi institusi / penyelenggara pendidikan TK

Sebagai masukan bagi institusi mengenai upaya mengatasi anak yang masih mengalami *enuresis*.



## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Tumbuh Kembang

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat (*gram, pound, kilogram*), ukuran panjang (*cm, meter*), umur tulang dan keseimbangan metabolik (*retensi kalsium dan nitrogen tubuh*). Pertumbuhan mempunyai dampak pada aspek fisik (Soetjiningsih, 1995).

Perkembangan (*development*) didefinisikan sebagai bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang lebih teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil dari interaksi dengan lingkungannya. Perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/individu. (Soetjiningsih, 1995).

Menurut Supartini (2004) proses pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

##### 1. Faktor herediter

Faktor pertumbuhan yang dapat diturunkan (*herediter*) adalah jenis kelamin, ras, dan kebangsaan. Jenis kelamin ditentukan sejak awal dalam kandungan dan setelah lahir, anak laki-laki cenderung lebih tinggi dan berat daripada anak perempuan dan hal ini bertahan sampai usia tertentu karena anak perempuan biasanya lebih awal mengalami masa prapubertas sehingga kebanyakan pada usia tersebut, anak perempuan lebih tinggi dan besar, tetapi ketika anak laki-laki

memasuki masa prapubertas, mereka akan berubah lebih tinggi dan besar daripada anak perempuan.

Ras atau suku bangsa dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Beberapa suku bangsa menunjukkan karakteristik yang khas, misalnya Suku Asmat di Irian Jaya secara turun temurun berkulit hitam. Kebangsaan tertentu juga menunjukkan karakteristik tertentu, seperti bangsa Asia cenderung pendek dan kecil, sedangkan bangsa Eropa dan Amerika cenderung tinggi dan besar.

## 2. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak antara lain :

### 1. Lingkungan pranatal

Lingkungan di dalam uterus sangat besar pengaruhnya terhadap perkembangan fetus, terutama karena ada selaput yang menyelimuti dan melindungi fetus dari lingkungan luar. Beberapa kondisi lingkungan dalam uterus yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin adalah gangguan nutrisi karena ibu kurang mendapat gizi adekuat baik secara kualitas maupun kuantitas, gangguan endokrin pada ibu seperti menderita diabetes melitus, ibu yang mendapat terapi sitostatika atau yang mengalami infeksi rubella, toksoplasmosis, sifilis, dan herpes. Intinya, yang dialami oleh ibu akan berdampak pada kondisi pertumbuhan dan perkembangan fetus.

### 2. Pengaruh budaya lingkungan

Budaya keluarga atau masyarakat akan mempengaruhi cara mereka mempersepsikan dan memahami kesehatan serta berperilaku hidup sehat. Pola perilaku ibu yang sedang hamil dipengaruhi oleh budaya yang dianutnya, misalnya ada beberapa larangan untuk makanan tertentu padahal zat gizi tersebut



diperlukan untuk pertumbuhan janin. Keyakinan untuk melahirkan dengan meminta pertolongan petugas kesehatan di sarana kesehatan atau tetap memilih dukun beranak juga dilandasi oleh nilai budaya yang dimiliki. Anak setelah lahir juga akan dibesarkan dengan pola asuh keluarga yang dilandasi oleh nilai budaya yang ada di masyarakat. Anak yang dibesarkan di lingkungan petani di pedesaan akan mempunyai pola kebiasaan atau norma perilaku yang berbeda dengan mereka yang dibesarkan di kota besar seperti metropolitan Jakarta.

### 3. Status sosial dan ekonomi keluarga

Anak yang berada dan dibesarkan dalam lingkungan keluarga yang sosial ekonominya rendah, memiliki banyak keterbatasan untuk memberi makanan bergizi, membayar biaya pendidikan, dan memenuhi kebutuhan primer lainnya, keluarga akan kesulitan untuk membantu anak mencapai tingkat pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal sesuai dengan tahapan usianya. Keluarga dengan latar belakang pendidikan rendah juga sering tidak dapat, tidak mau, atau tidak meyakini pentingnya penggunaan fasilitas kesehatan yang dapat menunjang pertumbuhan dan perkembangan anaknya, misalnya pentingnya imunisasi untuk anak atau penggunaan sarana kesehatan untuk berobat, sehingga akhirnya mereka masih menggunakan praktik pemeliharaan kesehatan secara tradisional, yaitu pergi ke dukun yang praktik pertolongannya belum dapat dibuktikan hasilnya secara ilmiah untuk mempertahankan kesehatan anak.

### 4. Nutrisi

Anak membutuhkan zat gizi yang esensial untuk tumbuh dan berkembang, mencakup protein, lemak, karbohidrat, mineral, vitamin, dan air yang harus dikonsumsi secara seimbang, dengan jumlah yang sesuai kebutuhan pada tahapan usianya. Khusus selama periode pertumbuhan dan perkembangan yang cepat

seperti masa prenatal, usia bayi, atau remaja akan membutuhkan lebih banyak kalori dan protein. Anak dapat mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan hanya karena kurang adekuatnya asupan gizi tersebut.

Asupan nutrisi yang berlebihan juga dapat menimbulkan dampak yang buruk pula bagi kesehatan anak, misalnya terjadi penumpukan kadar lemak yang berlebihan dalam sel/jaringan, bahkan pada pembuluh darah sehingga bila anak sakit, pertumbuhan dan perkembangannya juga terganggu.

#### 5. Iklim atau cuaca

Iklim tertentu dapat mempengaruhi status kesehatan anak, seperti pada musim penghujan dapat menimbulkan bahaya banjir pada daerah tertentu, menyebabkan sulitnya transportasi sehingga sulit mendapatkan bahan makanan, bisa timbul berbagai penyakit menular, seperti diare dan penyakit kulit, yang dapat mengancam semua orang terutama bayi dan anak-anak yang sangat rentan terhadap penyakit menular. Status nutrisi yang tidak adekuat bisa menurunkan daya tahan tubuh, sehingga lebih mudah terjangkit penyakit menular. Perubahan cuaca di beberapa tempat yang endemis untuk terjadi wabah demam berdarah dapat meningkatkan kejadian demam berdarah, demikian juga di musim kemarau, ketika sulit mendapatkan air bersih, kejadian diare akan meningkat. Status kesehatan anak akan berdampak pada proses pertumbuhan dan perkembangan.

#### 6. Olahraga/latihan fisik

Olahraga atau latihan fisik berdampak pada pertumbuhan fisik maupun perkembangan psikososial anak. Secara fisik, manfaat olahraga atau latihan yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah sehingga akan meningkatkan suplai oksigen ke seluruh tubuh. Olahraga juga akan meningkatkan aktivitas fisik dan menstimulasi perkembangan otot dan pertumbuhan sel. Anak akan

berinteraksi dengan teman sepermainan dan mengenal aturan yang berlaku serta belajar menaatinya untuk tujuan bersama, misalnya sepak bola yang dilakukan oleh kelompok anak sekolah. Aktivitas fisik dari sepak bola akan membantu pertumbuhan sel, selain itu kepada anak juga ditanamkan aturan permainan yang harus diikuti bersama dan interaksi sosial yang dijalankan membantu mereka memiliki kemampuan untuk berkomunikasi dengan sesama teman.

#### 7. Posisi anak dalam keluarga

Posisi anak sebagai anak tunggal, anak sulung, anak tengah, atau anak bungsu akan mempengaruhi bagaimana pola anak tersebut diasuh dan dididik dalam keluarga. Anak tunggal tidak mempunyai teman bicara dan beraktivitas kecuali dengan orang tuanya, sehingga kemampuan intelektual anak tunggal dapat lebih cepat berkembang dan mengembangkan harga diri yang positif karena secara terus-menerus berinteraksi dengan orang dewasa, yaitu orang tuanya dan mendapatkan stimulasi secara psikososial, akan tetapi mereka cenderung lebih tergantung dan kurang mandiri. Perkembangan motorik lebih lambat karena tidak ada stimulasi untuk melakukan aktivitas fisik yang biasanya dilakukan oleh saudara kandungnya.

Anak pertama biasanya mendapatkan perhatian penuh karena belum ada saudara yang lain. Segala kebutuhan dipenuhi, tetapi di lain pihak biasanya orang tua dengan anak pertama belum memiliki banyak pengalaman dalam mengasuh anak dan cenderung terlalu melindungi sehingga sering kali anak tumbuh menjadi anak yang perfeksionis dan cenderung pencemas.

Anak tengah berada diantara anak tertua dan anak bungsu. Orang tua biasanya sudah lebih percaya diri dalam merawat anak, bahkan cenderung agak kurang peduli. Anak punya kesempatan untuk belajar berkomunikasi dan lebih mampu

beradaptasi diantara anak terbesar dan anak terkecil. Hal tersebut seringkali membuat anak lebih mandiri, tetapi biasanya kurang maksimal dalam pencapaian prestasi dibanding anak pertama.

Anak terkecil adalah yang termuda usianya dalam keluarga dan biasanya mendapat perhatian penuh dari semua anggota keluarga sehingga membuat anak mempunyai kepribadian yang hangat, ramah, dan penuh perhatian pada orang lain. Uraian di atas hanya satu tinjauan dari lingkungan anak karena ada faktor lain yang dapat mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangan anak, yaitu faktor internal.

### 3. Faktor internal

Faktor internal yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak antara lain :

#### 1. Kecerdasan

Kecerdasan dimiliki anak sejak anak dilahirkan. Anak yang dilahirkan dengan tingkat kecerdasan yang rendah tidak akan mencapai prestasi yang cemerlang walaupun stimulus yang diberikan lingkungan tinggi. Anak yang dilahirkan dengan tingkat kecerdasan tinggi dapat didorong oleh stimulus lingkungan untuk berprestasi secara cemerlang.

#### 2. Pengaruh hormonal

Tiga hormon utama yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak, yaitu *hormon somatotropik (growth hormone)* terutama digunakan selama masa kanak-kanak yang mempengaruhi pertumbuhan tinggi badan karena menstimulasi terjadinya proliferasi sel kartilago dan sistem skeletal. Kelebihan hormon pertumbuhan akan menyebabkan gigantisme, yaitu anak tumbuh sangat tinggi dan besar, apabila kekurangan hormon pertumbuhan menyebabkan

dwarfism atau kerdil. *Hormon tiroid* menstimulasi metabolisme tubuh, sedangkan *hormon gonadotropik* menstimulasi pertumbuhan sel interstisial dari testis untuk memproduksi testosteron, dan ovarium untuk memproduksi estrogen. Testosteron akan menstimulasi perkembangan karakteristik seks sekunder laki-laki, yaitu menghasilkan spermatozoa, sedangkan estrogen akan menstimulasi perkembangan karakteristik seks sekunder anak perempuan, yaitu menghasilkan ovum.

### 3. Pengaruh emosi

Orang tua terutama ibu adalah orang terdekat tempat anak belajar untuk bertumbuh dan berkembang. Anak belajar mengekspresikan perasaan dan emosinya dengan meniru perilaku orang tuanya. Orang tua yang memberi contoh perilaku emosional, seperti melempar sandal atau sepatu bekas dipakai, membentak saat anak rewel, marah saat jengkel, maka anak akan belajar untuk menirukan perilaku orang tuanya tersebut. Maturasi atau kematangan kepribadian anak diperoleh melalui proses belajar dari lingkungan keluarganya.

## 2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak Pra Sekolah

Anak usia 4-6 tahun merupakan bagian dari anak usia dini yang berada pada rentangan usia lahir sampai 6 tahun. Pada usia ini secara terminologi disebut sebagai anak usia pra sekolah (Depdiknas, 2003).

Pertumbuhan dan perkembangan anak pra sekolah menurut Wong (2003):

### 1. Usia 4 tahun

#### a. Fisik

1. Frekuensi nada dan pernafasan turun sedikit demi sedikit.
2. Kecepatan pertumbuhan serupa dengan tahun sebelumnya

3. Berat badan rata-rata 16,7 kg
  4. Tinggi badan rata-rata 103 cm
  5. Panjang saat lahir dua kali lipat
  6. Potensial maksimum untuk perkembangan ambliopia
- b. Motorik kasar
1. Melompat dan meloncat pada satu kaki
  2. Menangkap bola dengan tepat
  3. Melempar bola bergantian tangan
  4. Berjalan menuruni tangga dengan kaki bergantian
- c. Motorik Halus
1. Menggunakan gunting dengan baik untuk memotong gambar mengikuti garis
  2. Dapat memasang sepatu tetapi tidak mampu mengikat talinya
  3. Dalam menggambar, menyalin bentuk kotak, menjiplak garis silang dan permata, menambahkan tiga bagian pada gambar jari
- d. Bahasa
1. Mempunyai perbendaharaan 1500 kata atau lebih
  2. Menggunakan kalimat dari empat sampai lima kata
  3. Menceritakan cerita dilebih-lebihkan
  4. Mengetahui lagu sederhana
  5. Sedikit tidak sopan bila berhubungan dengan anak yang lebih besar
  6. Menuruti empat frase preposisi, seperti bawah, atas, samping, belakang atau depan
  7. Menyebutkan satu atau lebih warna
  8. Memahami analogi seperti, "Bila es dingin, api..."

e. Sosialisasi

1. Sangat mandiri
2. Cenderung untuk keras kepala dan tidak sabar
3. Agresif secara fisik serta verbal
4. Mendapat kebanggaan dalam pencapaian
5. Mengalami perpindahan alam perasaan
6. Memamerkan secara dinamis, menikmati pertunjukan orang lain
7. Menceritakan cerita keluarga pada orang lain tanpa batasan
8. Masih mempunyai banyak rasa takut
9. Permainan asosiatif
  - a. Menghayalkan teman bermain umum terjadi
  - b. Menggunakan alat dramatif, imajinatif dan imitatif
  - c. Eksplorasi seksual dan keinginan ditunjukkan melalui bermain, seperti menjadi "dokter" atau "perawat"

f. Kognitif

1. Ada pada fase berpikir intuitif
2. Hubungan sebab akibat masih dihubungkan dengan kemungkinan kejadian
3. Memahami waktu dengan lebih baik, khususnya dalam istilah urutan kejadian sehari-hari
4. Tidak mampu mengubah cara
5. Menilai segala sesuatu menurut dimensinya, seperti tinggi, lebar, atau perintah
6. Mulai mengembangkan egosentrisme yang berkurang dan kesadaran sosial yang lebih tinggi

7. Persepsi segera menunjukkan dominasi penilaian
8. Dapat menghitung dengan benar tetapi konsep matematika terhadap angka buruk
9. Patuh karena orang tua mempunyai batasan, bukan karena memahami hal salah dan benar

## 2. Usia 5 tahun

### a. Fisik

1. Frekuensi nadi dan pernafasan menurun sedikit demi sedikit
2. Berat badan rata-rata 18,7 kg
3. Tinggi badan rata-rata 110 cm
4. Pemunculan gigi geligi permanen dapat terjadi
5. Penggunaan tangan primer terbentuk (kira-kira 90% adalah pengguna tangan kanan)

### b. Motorik kasar

1. Meloncat dan melompat dengan kaki bergantian
2. Melempar dan menangkap bola dengan baik
3. Meloncat ke atas
4. Bermain skate dengan keseimbangan yang baik
5. Berjalan mundur, dengan tumit dan jari kaki
6. Melompat dari ketinggian 12 inchi dan bertumpu pada ibu jari kaki bergantian dengan mata tertutup

### c. Motorik Halus

1. Dalam menggambar, meniru gambar permata dan segitiga, menambahkan tujuh sampai sembilan bagian gambar garis, mencetak beberapa huruf, angka, atau kata seperti nama panggilan



2. Mengikat tali sepatu
3. Menggunakan gunting, alat sederhana atau pensil dengan sangat baik

d. Bahasa

1. Mempunyai perbendaharaan kata kira-kira 2100 kata
2. Menggunakan kalimat dengan enam sampai delapan kata, dengan semua bagian bicara
3. Menyebutkan koin (misal, nikel, perak)
4. Menyebutkan empat atau lebih warna
5. Dapat mengikuti tiga perintah sekaligus
6. Menggambarkan gambar atau lukisan dengan banyak komentar dan menyebutkannya satu persatu
7. Mengetahui nama-nama hari dalam seminggu, bulan, dan kata yang berhubungan dengan waktu lainnya
8. Mengetahui komposisi artikel seperti "sepatu terbuat dari..."

e. Sosialisasi

1. Kurang memberontak dibandingkan dengan sewaktu berusia 4 tahun
2. Lebih tenang dan berhasrat untuk menyelesaikan urusan
3. Tidak seterbuka dan terjangkau dalam hal pikiran dan perilaku seperti pada tahun-tahun sebelumnya
4. Mandiri tetapi dapat dipercaya, tidak kasar, lebih bertanggung jawab
5. Mengalami sedikit rasa takut, mengandalkan otoritas luar untuk mengendalikan dunianya
6. Berhasrat untuk melakukan sesuatu dengan benar dan mudah, mencoba untuk "hidup berdasarkan aturan"
7. Menunjukkan sikap lebih baik

8. Memperhatikan diri sendiri dengan total kecuali untuk gigi, kadang-kadang perlu pengawasan dalam berpakaian atau higiene
9. Tidak siap untuk berkonsentrasi pada pekerjaan-pekerjaan yang rumit atau cetakan yang kecil karena sedikit rabun jauh dan koordinasi tangan-mata belum halus
10. Permainan asosiatif, mencoba untuk mengikuti aturan tetapi curang untuk menghindari kekalahan

f. Kognitif

1. Mulai mempertanyakan apa yang dipikirkan orangtua dengan membandingkannya dengan teman sebaya atau orang dewasa lain
2. Menunjukkan prasangka dan bias dalam dunia luar
3. Lebih mampu memandang perspektif orang lain, tetapi mentoleransi perbedaan daripada memahaminya
4. Mulai menunjukkan pemahaman tentang penghematan angka melalui penghitungan obyek tanpa memandang pengaturan
5. Menggunakan kata berorientasi waktu dengan peningkatan pemahaman
6. Sangat ingin tahu tentang informasi faktual mengenai dunia

**3. Usia 6 tahun**

a. Fisik dan motorik

1. Penambahan berat badan dan pertumbuhan berlanjut dengan lambat
2. Berat badan: 16 sampai 23,6 kg, tinggi: 106,6 sampai 123,5 cm
3. Pemunculan gigi insisor mandibular tengah
4. Kehilangan gigi pertama
5. Peningkatan bertahap dalam ketangkasan

6. Usia aktivitas, aktivitas kontan
7. Sering kembali menggigit jari
8. Lebih menyadari tangan sebagai alat
9. Suka menggambar, menulis dan mewarnai
10. Penglihatan mencapai maturitas

b. Mental

1. Mengembangkan konsep angka
2. Menghitung 13 uang logam
3. Mengetahui pagi atau siang
4. Mendefinisikan obyek seperti garpu dan kursi dalam istilah penggunaannya
5. Mematuhi tiga macam perintah sekaligus
6. Mengetahui tangan kanan dan kiri
7. Mengatakan bagaimana yang cantik dan mana yang jelek dari segi gambar wajah
8. Menggambar objek dalam gambar daripada menyebutkannya satu persatu
9. Masuk kelas satu

c. Adaptif

1. Di meja, menggunakan pisau untuk mengoleskan mentega atau selai di atas roti
2. Pada saat bermain, memotong, melipat, memotong mainan kertas, menjahit dengan kasar bila diberi jarum
3. Mandi tanpa pengawasan, melakukan sendiri aktivitas tidur
4. Membaca dari ingatan, menikmati permainan mengeja

5. Menyukai permainan di meja, permainan kartu sederhana
  6. Banyak tertawa terkikik-kikik
  7. Kadang-kadang mencuri uang atau barang-barang yang menarik
  8. Mengalami kesulitan mengakui kelakuannya yang buruk
  9. Mencoba kemampuan sendiri
- d. Personal-sosial
1. Dapat berbagi dan bekerjasama dengan lebih baik
  2. Mempunyai kebutuhan yang lebih besar untuk anak-anak seusianya
  3. Akan curang untuk menang
  4. Sering masuk dalam permainan kasar
  5. Sering cemburu terhadap adik
  6. Melakukan apa yang orang dewasa lakukan
  7. Kadang mengalami temper tantrum
  8. Bermulut besar
  9. Lebih mandiri, kemungkinan pengaruh sekolah
  10. Mempunyai cara sendiri untuk melakukan sesuatu
  11. Meningkatkan sosialisasi

Perkembangan kognitif pada anak usia pra sekolah menurut Piaget dalam Supartini (2004) masuk dalam tahap praoperasional. Karakteristik utama perkembangan kognitif pada tahap ini didasari oleh sifat egosentris. Ketidakmampuan untuk menempatkan diri sendiri di tempat orang lain. Anak prasekolah (3 sampai 6 tahun) berada pada fase peralihan antara *preconceptual* dan *intuitive thought*. Pada fase *preconceptual*, anak sering menggunakan satu istilah untuk beberapa orang yang mempunyai ciri yang sama, misalnya menyebut nenek untuk setiap wanita tua, sudah bongkok, dan memakai tongkat, sedangkan

pada fase *intuitive thought*, anak sudah bisa memberi alasan atas tindakan yang dilakukannya.

Freud dalam Supartini (2004) mengemukakan bahwa perkembangan psikoseksual anak usia prasekolah berada pada fase falik (3 sampai 6 tahun), pada fase ini genetalia menjadi area yang menarik dan area tubuh yang sensitif. Anak mulai mempelajari adanya perbedaan jenis kelamin perempuan dan laki-laki dengan mengetahui adanya perbedaan alat kelamin. Anak sering meniru ibu atau bapaknya untuk memahami identitas gender, misalnya dengan menggunakan pakaian ayah atau ibunya.

Perkembangan psikososial anak prasekolah menurut Erikson dalam Supartini (2004) berada pada tahap inisiatif versus rasa bersalah. Perkembangan inisiatif diperoleh dengan cara mengkaji lingkungan melalui kemampuan inderanya. Anak mengembangkan keinginan dengan cara eksplorasi terhadap apa yang ada di sekelilingnya. Hasil akhir yang diperoleh adalah kemampuan untuk menghasilkan sesuatu sebagai prestasinya. Perasaan bersalah akan timbul pada anak apabila anak tidak mampu berprestasi sehingga merasa tidak puas atas perkembangan yang tidak tercapai.

Perkembangan moral anak pra sekolah menurut Kohlberg dalam Supartini (2004) termasuk dalam fase *preconventional*. Anak belajar baik dan buruk, atau benar dan salah melalui budaya sebagai dasar dalam peletakan nilai moral. Tahap orientasi hukuman dan ketaatan, baik dan buruk sebagai konsekuensi dari tindakan, anak apabila memukul temannya dan orang tua tidak memberi sanksi, anak akan berpikir bahwa tindakannya bukan merupakan sesuatu yang buruk.

### 2.3 Proses Berkemih Pada Anak Pra Sekolah

Menurut Hidayat (2006) berkemih ( *mictio, mycturition, atau urination*) adalah proses pengosongan kandung kemih. Mekanisme berkemih terjadi ketika kandung kemih berisi urin. Kemudian saraf-saraf akhir (reseptor) di dinding kandung kemih mendapat rangsangan, dan rangsangan itu diteruskan melalui *medulla spinalis* ke pusat pengontrol berkemih di korteks serebral. Kandung kemih pada anak-anak dapat menimbulkan rangsangan saraf akhir saat terisi 200-250 cc. Otak akan meneruskan impuls atau rangsangan melalui *medulla spinalis* ke neuromotorik di daerah sacral ketika waktu berkemih sudah tepat, kemudian terjadi kontraksi otot detrusor dan relaksasi otot sfingter internal. Urine dialirkan dari kandung kemih, tetapi masih tertahan sfingter eksternal, ketika sfingter eksternal relaksasi, urin akan dikeluarkan dari tubuh.

Menurut Hidayat (2006), faktor-faktor yang mempengaruhi proses berkemih antara lain:

#### 1. Diet dan asupan

Jumlah dan tipe makanan merupakan faktor utama yang mempengaruhi jumlah urin. Protein dan natrium dapat meningkatkan jumlah urin yang dibentuk, selain itu kopi juga dapat meningkatkan pembentukan urin.

#### 2. Respons keinginan awal untuk berkemih

Kebiasaan mengabaikan keinginan awal untuk berkemih dapat menyebabkan urin banyak tertahan di vesika urinaria sehingga mempengaruhi ukuran vesika urinaria dan jumlah pengeluaran urin.

#### 3. Gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan eliminasi, dalam kaitannya dengan ketersediaan fasilitas toilet.

#### 4. Stres psikologis

Meningkatnya stress dapat mengakibatkan seringnya frekuensi keinginan berkemih. Hal ini karena meningkatnya sensitifitas untuk keinginan berkemih dan jumlah urin yang diproduksi.

#### 5. Tingkat aktivitas

Eliminasi urin membutuhkan tonus otot vesika urinaria yang baik untuk fungsi sfingter. Hilangnya tonus otot vesika urinaria menyebabkan kemampuan pengontrolan berkemih menurun, kemampuan tonus otot didapatkan dengan beraktivitas.

#### 6. Tingkat perkembangan

Tingkat pertumbuhan dan perkembangan dapat mempengaruhi pola berkemih. Hal tersebut dapat ditemukan pada anak-anak, yang lebih memiliki kecenderungan untuk mengalami kesulitan mengontrol buang air kecil. Kemampuan untuk mengontrol buang air kecil meningkat seiring dengan bertambahnya usia.

#### 7. Kondisi penyakit

Kondisi penyakit tertentu, seperti diabetes mellitus dapat mempengaruhi produksi urin.

#### 8. Sosiokultural

Budaya dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan eliminasi urin, seperti adanya kultur masyarakat yang melarang untuk buang air kecil di tempat tertentu.

#### 9. Kebiasaan seseorang

Seseorang yang memiliki kebiasaan berkemih di toilet dapat mengalami kesulitan untuk berkemih dengan urinal atau pispot ketika dalam keadaan sakit.

#### 10. Tonus otot

Tonus otot yang memiliki peran penting dalam membantu proses berkemih adalah kandung kemih, otot abdomen, dan pelvis. Ketiganya sangat berperan dalam kontraksi pengontrolan pengeluaran urin.

#### 11. Pembedahan

Efek pembedahan dapat menurunkan filtrasi glomerulus yang dapat menyebabkan penurunan jumlah produksi urin akibat pemberian obat anastesi.

#### 12. Pengobatan

Efek pengobatan menyebabkan peningkatan atau penurunan jumlah urin. Pemberian diuretik dapat meningkatkan jumlah urin, sedangkan pemberian obat antikolinergik atau antihipertensi dapat menyebabkan retensi urin.

#### 13. Pemeriksaan diagnostik

Prosedur diagnostik yang berhubungan dengan tindakan pemeriksaan saluran kemih seperti intravenous pyelogram, dengan membatasi jumlah asupan dapat mempengaruhi produksi urin. Tindakan sistokopi dapat menimbulkan edema lokal pada uretra yang dapat mengganggu pengeluaran urin.

### 2.4 Konsep *Enuresis*

#### 2.4.1 Pengertian *enuresis*

Menurut Wong (1999) *enuresis* adalah mengeluarkan urin di tempat tidur (biasanya malam hari), atau ke dalam pakaian pada siang hari tanpa sengaja. Gangguan ini terjadi pada anak-anak yang umumnya sudah lebih tua dimana kontrol kandung kemih seharusnya telah mapan dan sempurna.

Menurut Harjaningrum (2005) *enuresis* atau ngompol adalah peristiwa tidak dapat menahan keluarnya air kencing. *Enuresis* masih dianggap normal



bila terjadi pada anak balita, tetapi hal ini perlu mendapat perhatian khusus jika terjadi pada anak usia 5 tahun atau lebih.

#### 2.4.2 Penggolongan *enuresis*

*Enuresis* dapat terjadi hanya waktu tidur malam hari (*nocturnal*), siang hari (*diurnal*), atau keduanya. Tipe *nocturnal* adalah yang paling banyak terjadi (Wong, 1999).

*Enuresis* digolongkan dalam dua bagian, yaitu primer dan sekunder. *Enuresis* primer adalah *enuresis* yang terjadi pada anak yang sejak lahir hingga usia 5 tahun atau 6 tahun masih tetap ngompol. *Enuresis* sekunder adalah *enuresis* yang terjadi pada anak yang pernah “kering” atau tidak mengompol selama kurang lebih 6 bulan kemudian mendadak ngompol kembali (Harjaningrum, 2005).

*Enuresis* primer biasanya terjadi pada anak yang tidak pernah dapat mengontrol kandung kemih, sedangkan *enuresis* sekunder biasanya terjadi pada anak yang telah mempunyai kontrol kandung kemih tetapi tiba-tiba hilang. Anak yang berusia kurang dari 5 tahun lebih sering mengalami *enuresis* primer, sedangkan *enuresis* sekunder lebih sering terjadi pada anak yang berusia lebih dari 5 tahun (Rosenstein, 1997).

#### 2.4.3 Etiologi *enuresis*

Menurut Dini, Yelia (2008), *enuresis* primer disebabkan oleh faktor psikososial, diantaranya penerapan *toilet training* yang kurang efektif serta pola asuh yang kurang efektif (seperti kurangnya penerapan tanggung jawab terhadap anak atau terlalu memanjakan). Menurut Tambunan (2003), faktor penyebab *enuresis* sekunder adalah faktor psikologis, misalnya orang tua yang menerapkan *toilet training* (proses mengajar anak untuk mengontrol fungsi

kandung kemih dan isi perut) terlalu cepat, sehingga anak menjalani dengan penuh tekanan dan paksaan. Biasanya, *toilet training* dimulai saat anak usia 18-24 bulan.

Menurut Harjaningrum (2005), ada beberapa penyebab *enuresis*, yaitu:

### 1. *Enuresis primer*

Faktor-faktor yang diduga sebagai penyebab *enuresis primer* adalah:

#### 1. Keterlambatan matangnya fungsi susunan saraf pusat

Anak yang normal, ketika kandung kemih sudah penuh dengan urin, sistem syaraf di kandung kemih akan mengirim sinyal ke otak, kemudian otak akan mengirim sinyal balik ke kandung kemih. Otak akan meminta kandung kemih untuk menahan pengeluaran urin, sampai anak benar-benar telah siap di toilet. Anak dengan keterlambatan matangnya susunan syaraf pusat, proses tersebut tidak terjadi, sehingga ketika kandung kemih penuh, anak tidak dapat menahan keluarnya urin tersebut.

#### 2. Faktor genetik

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa *enuresis primer* dapat terjadi karena faktor keturunan, jika orang tuanya mempunyai riwayat *enuresis*, maka 77 % kemungkinan bahwa anak akan juga mengalami *enuresis*, jika salah satu orang tua pernah mengalami *enuresis*, maka terdapat kurang lebih 44 % kemungkinan anak akan mengalami hal yang sama, tetapi jika tidak ada satupun orang tua yang pernah mengalami *enuresis*, maka kemungkinan anak mengalami *enuresis* hanya 15 %. Penelitian lain yang dilakukan pada 11 keluarga penderita *enuresis*, telah berhasil mengidentifikasi gen (sepotong informasi dalam penurunan sifat dari orang tua kepada anak) yang diduga dapat menyebabkan *enuresis*.

### 3. Gangguan tidur

Tidur yang sangat dalam (*deep sleep*) dapat menjadi penyebab *enuresis*. Umumnya, pola tidur penderita normal, tetapi karena *deep sleep* tersebut, anak menjadi tidak dapat terbangun ketika ingin berkemih.

### 4. Kadar ADH (*Anti Diuretic Hormone*) dalam tubuh yang kurang

Hormon ini akan menyebabkan tubuh seseorang memproduksi sedikit urin pada malam hari. Penderita *enuresis* primer, tubuh tidak mampu menghasilkan ADH dalam jumlah yang cukup, akibatnya ketika sedang tidur, tubuh akan menghasilkan urin dalam jumlah yang terlalu banyak, dan terjadilah *enuresis*.

### 5. Kelainan anatomi seperti ukuran kandung kemih yang kecil

Hal ini bisa ditemukan pada penderita *enuresis* primer, biasanya disertai gejala yang tampak pada siang hari.

## 2. *Enuresis* sekunder

Hal-hal yang biasanya dihubungkan dengan terjadinya *enuresis* sekunder yaitu:

### 1. Kondisi fisik yang terganggu

*Enuresis* sekunder juga bisa disebabkan oleh adanya infeksi saluran kemih, diabetes mellitus, susah buang air besar.

### 2. Alergi

Alergi juga dapat menyebabkan *enuresis* sekunder.

### 3. Stres kejiwaan

Pelecehan seksual, kematian dalam keluarga, pindah rumah, kelahiran adik baru, perceraian orang tua merupakan keadaan yang dapat

menyebabkan stres kejiwaan yang akhirnya dapat menyebabkan *enuresis* sekunder pada anak.

#### 2.4.4 Dampak *enuresis* pada perkembangan anak

Menurut Harjaningrum (2005) *enuresis* jika dibiarkan dapat menyebabkan dampak yang buruk bagi kehidupan anak di masa mendatang. Dampak secara sosial dan kejiwaan yang ditimbulkan akibat *enuresis* sungguh mengganggu kehidupan seorang anak. Biasanya anak menjadi tidak percaya diri, rendah diri, malu, dan hubungan sosial dengan teman-temannya juga terganggu.

Dampak *enuresis* pada kehidupan anak menurut Butler (1994) :

##### 1. Dampak psikologis

1. Anak menjadi kurang bersosialisasi, anak takut tidur di luar rumah, takut berkemah, takut tidur bersama teman.
2. Anak takut keadaannya diketahui oleh teman, anak menganggap ngompol di usianya adalah hal yang memalukan sehingga perlu dirahasiakan.
3. Anak merasa berbeda dengan temannya, anak merasa malu dan diperlakukan berbeda.
4. Anak menunjukkan reaksi emosional seperti bersedih, merasa bersalah.

##### 2. Dampak non psikologis

1. Konsekuensi fisik seperti: menambah cucian kotor bagi orang tua, anak terbangun dalam keadaan kotor.
2. *Hygiene* (kebersihan diri) seperti: kamar menjadi bau, mandi lebih pagi, tidak bisa mengajak teman bermain di kamar.

## 2.5 Pengkajian Riwayat *Enuresis*

Menurut Rosenstein (1997), beberapa hal yang penting pada pengkajian riwayat *enuresis* adalah:

1. Umur pencapaian pengontrolan kandung kemih
2. Tipe *enuresis*
3. Frekuensi *enuresis*
4. Perawatan anak setelah anak mengalami *enuresis*
5. Faktor pencetus yang menyebabkan *enuresis*, misalnya terlalu sibuk bermain sehingga tidak sempat ke toilet.
6. Gejala pada genital dan saluran kemih yang lain, seperti *disuria, frequency, urgency, hesitancy*
7. Adanya konstipasi
8. Jumlah dan jenis cairan yang diminum pada hari-hari sebelumnya
9. Adanya masalah psikologi/perubahan pada keluarga, sosial, atau beban pelajaran
10. Usia orang tua dan saudara kandung saat berhasil mengontrol kandung kemih

## 2.6 Konsep *Behavioral Therapy*

*Behavioral therapy* berkembang pada tahun 1950 oleh para peneliti tentang metode pengobatan *psychodynamic* yang umum terjadi pada saat itu. *Behavioral therapy* telah dicoba pertama kali pada tahun 1924 untuk mengobati *phobia* anak yang berusia tiga tahun. Tahun 1960, hal ini menimbulkan perhatian dari para ahli dan psikiatri anak setelah berhasil digunakan oleh salah satu institusi anak ketika semua pengobatan lainnya gagal. *Behavioral therapy* terutama sangat baik bila

digunakan pada anak dengan aktivitas yang terbatas dengan membuatnya lebih mudah untuk bisa mengontrol lingkungan dengan baik, selain itu *behavioral therapy* juga membutuhkan waktu yang lebih pendek daripada *traditional psychodynamic therapy*. Pada tahun 1970, *behavioral therapy* telah berkembang luas sebagai pendekatan untuk berbagai macam pengobatan. Dua dekade terakhir, perhatian para ahli perilaku berfokus pada peningkatan proses kognitif pasien, dan banyak terapi mulai menggunakan *cognitive behavioral therapy* untuk merubah perilaku tidak sehat pasien dengan mengganti pola berfikir negatif menjadi sesuatu yang lebih positif (Feindler, 2008).

*Behavioral therapy* merupakan salah satu cara untuk mengatasi *enuresis* dengan merubah perilaku, tanpa menggunakan obat-obatan (Siwek, 1999). Pada *behavioral therapy* ini, orang tua dan anak lebih aktif berperan dalam program terapi dibandingkan dengan terapi menggunakan obat-obatan (Houts, 1994 dalam Mars, 1999).

Menurut Doheny (2008), jika anak yang mengalami *enuresis* masih berusia kurang dari 5 tahun, maka dianjurkan untuk menunggu dan melihat perkembangannya. Hal ini karena kebanyakan anak akan sembuh dengan sendirinya pada usia 5 tahun, tetapi jika anak sudah berusia 5 tahun atau lebih masih mengalami *enuresis*, pengobatan lebih diutamakan pada perilaku anak, orang tua, dan tenaga kesehatan, salah satunya adalah dengan *behavioral therapy*.

Menurut Houts (1994) dalam Mars (1999), program *behavioral therapy* memberikan beberapa kelebihan dibandingkan dengan terapi lain, yaitu:

1. Angka keberhasilan sangat tinggi
2. Tidak membutuhkan biaya
3. Angka kekambuhan lebih rendah

4. Tidak memiliki efek samping obat yang berbahaya

Menurut Marries (2004), *behavioral therapy* meliputi :

### 1. *General behavioral approach*

1. Anak harus berkemih sebelum tidur
2. Peringatkan anak untuk bangun di malam hari jika anak merasa ingin berkemih
3. Menyalakan lampu kamar mandi untuk memudahkan anak menuju kamar mandi
4. Tidak menggunakan popok, tetapi menggunakan perlak (alas plastik) untuk melindungi tempat tidur
5. Anjurkan anak mengganti pakaiannya yang basah jika anak mengompol (pakaian dan kain/handuk kering sudah disiapkan sebelum tidur), Meletakkan kain/handuk kering di atas tempat bekas anak mengompol
6. Menganjurkan anak membersihkan tempat tidur yang basah di pagi hari, kemudian mandi
7. Tidak mengejek anak jika anak mengompol

### 2. *Managing fluid intake*

Menghitung jumlah cairan yang diminum anak dalam waktu satu hari. Anak hanya boleh minum 20% di malam hari.

Cara penghitungan jumlah kalori dan cairan untuk *maintenance* menurut Latief (2002) adalah sebagai berikut :

Neonatus	= ± 50 kal/kgbb/hr
BB	3-10 kg = ± 70 kl/kgbb/hr
BB	10-15 kg = ± 55 kal/kgbb/hr
BB	15-25 kg = ±45 kal/kgbb/hr

Kebutuhan cairan tergantung pada metabolisme kalori. Untuk membentuk panas, metabolisme 100 kalori memerlukan 150 ml air. Untuk setiap kenaikan suhu badan 1° c di atas 37° c harus ditambah 12 % dari jumlah cairan yang telah diperhitungkan untuk *maintenance* tersebut.

**Tabel 2.1:** Kebutuhan cairan berdasarkan usia dan berat badan menurut Behrman, RE (1987) dalam Wong, DL (2003)

Usia	Rata-rata berat badan (kg)	Kebutuhan air total per 24 jam (ml)	Kebutuhan air per kg per 24 jam (ml)
3 hari	3,0	250-300	80-100
10 hari	3,2	400-500	125-150
3 bulan	5,4	750-850	140-160
6 bulan	7,3	950-1100	130-155
9 bulan	8,6	1100-1250	125-145
1 tahun	9,5	1150-1300	120-135
2 tahun	11,8	1350-1500	115-125
4 tahun	16,2	1600-1800	100-110
6 tahun	20,0	1800-2000	90-110
10 tahun	28,7	2000-2500	70-85
14 tahun	45,0	2000-2700	50-60
18 tahun	54,0	2200-2700	40-50

Menurut Wong, DL (2003), berat badan anak usia 5 tahun rata-rata 18,7 kg, sehingga kebutuhan cairan =  $\frac{45}{100} \times 150 \times 18,7$

$$= 1262 \text{ ml air (6 gelas tanggung)}$$

Sedangkan berat badan anak usia 6 tahun adalah 16-23,6 kg, sehingga kebutuhan cairan untuk 16 kg =  $\frac{45}{100} \times 150 \times 16 = 1080 \text{ ml air}$

$$\text{untuk } 23,6 \text{ kg} = \frac{45}{100} \times 150 \times 23,6 = 1593 \text{ ml air}$$

Jadi kebutuhan cairan untuk anak usia 6 tahun adalah 1080-1593 ml air (5-8 gelas tanggung)



### 3. *Training to wake up*

Melatih anak bangun di malam hari untuk berkemih. Caranya adalah ketika anak ingin berkemih di siang hari, anak dianjurkan untuk pergi ke kamar dan pura-pura tidur di atas tempat tidur, kemudian berfikir pada dirinya sendiri bahwa "Sekarang waktunya bangun dan pergi ke kamar mandi, kamu harus bangun sekarang"

### 4. *Establishing motivation*

Melibatkan anak memilih hadiah untuk diberikan ketika anak tidak mengompol, hadiah bisa berupa stiker atau penghargaan yang lain.

Menurut Buttler (1994), deskripsi *establishing motivation* adalah sebagai berikut :

1. Mendiskusikan dengan anak mengenai apa yang anak inginkan (Misalnya makan keluar, melihat video, pergi ke bioskop, pergi ke taman, berenang, kesempatan melihat televisi lebih lama dari biasanya)
2. Memilih tiga atau empat aktivitas dan menganjurkan orang tua untuk memberikan poin pada masing-masing kegiatan tergantung pada keuangan orang tua.
3. Menyusun aktivitas yang dipilih dalam mencapai kontrol kandung kemih dan memberi poin pada masing-masing aktivitas.

Misalnya : Pergi berkemih sendiri sebelum tidur malam = 1 poin

Bangun sendiri untuk berkemih = 2 poin

Tidak mengompol seharian = 3 poin

4. Menganjurkan anak dan orang tua untuk menyimpan kartu untuk memonitor poin yang diberikan.

5. Anak dapat menukar poin dengan hadiah jika jumlah poin yang diperoleh sudah sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan, atau tetap menyimpannya untuk mendapatkan poin yang lebih besar agar dapat ditukarkan dengan hadiah yang lebih besar.
6. Orang tua harus memonitor sisa poin yang diperoleh anak, dan merealisasikan keinginan anak jika poin yang diperoleh sudah mencukupi.
7. Keluarga juga dapat menikmati pilihan anak karena hadiah yang diberikan berhubungan dengan apa yang ingin dilakukan oleh anak.
8. Tidak boleh mengurangi poin.

## 2.7 Konsep Perilaku

### 2.7.1 Pengertian

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003). Menurut Skinner dikutip dari Notoatmodjo (2003) tindakan merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

### 2.7.2 Jenis perilaku

Berdasarkan bentuk respon terhadap stimulus, perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

#### 1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum diamati secara jelas oleh orang lain.

## 2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*) yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

### 2.7.3 Domain perilaku

#### 1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang *overt behavior* (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

##### 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari/rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami yaitu suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis yaitu kemampuan untuk meletakkan/menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atas kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formula-formula yang ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi yaitu suatu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

## 2. Sikap

### 1) Definisi sikap

Sikap memiliki banyak definisi. Berkowitz (1972) yang dikutip oleh Azwar (2003) menemukan adanya lebih dari tiga puluh definisi sikap yang pada umumnya dapat dimasukkan kedalam salah satu diantara ketiga kerangka pemikiran.

Kerangka pertama yang diwakili oleh para ahli psikologi dalam pengukuran sikap seperti Louis Thurstone (1928) dan Rensis Likert (1932) yang dikutip oleh Azwar (2003) mengemukakan bahwa sikap adalah bentuk evaluasi dan reaksi perasaan yang merupakan perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan yang tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut. Berkowitz (1972) yang dikutip oleh Azwar (2003) secara lebih spesifik memformulasikan sikap sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu obyek psikologis.

Menurut Azwar (2003) pemikiran kedua diwakili kelompok ahli dibidang psikologi sosial dan psikologi kepribadian seperti Chave (1928), Bogardus (1931), Lapierre (1934), Mead (1934), dan Goron Allport (1935), dimana konsepsi mengenai sikap lebih kompleks. Menurut mereka, sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek dengan cara-cara tertentu. Kesiapan disini dimaksudkan adalah kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respons. La Pierre (1934) dalam Allen, Guy, dan Edgley (1980) mendefinisikan sikap sebagai pola perilaku, tendensi, atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respons terhadap stimulus sosial yang telah terkondisikan. Definisi sikap menurut Notoatmodjo (2003) adalah

kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu.

Kelompok ketiga adalah kelompok yang berorientasi kepada skema triadik (*triadic scheme*). Menurut kelompok ini suatu sikap terdiri dari komponen-komponen kognitif, afektif, dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan, dan berperilaku terhadap suatu obyek. Secord & Backman (1964) mendefinisikan sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya (Azwar, 2003).

Menurut para ahli, masing-masing aspek yang telah disebutkan memang merupakan komponen yang konstrak teoritiknya berbeda satu sama lain. Sikap merupakan konstrak multidimensional yang terdiri atas kognisi, afeksi, dan konasi. Meskipun semua komponen berada pada suatu kontinum, akan tetapi pernyataan masing-masing dapat berbeda (Breckler, 1984 dalam Azwar 2003).

Sikap seseorang terhadap suatu obyek selalu berperan sebagai perantara antara respons dan obyek yang bersangkutan. Respons diklasifikasikan dalam tiga macam, yaitu respons kognitif (respons perseptual dan pernyataan mengenai apa yang diyakini), respons afektif (respons saraf simpatetik dan pernyataan afeksi), serta respons perilaku atau konatif (respons berupa tindakan atau pernyataan mengenai perilaku) masing-masing klasifikasi respons ini berhubungan dengan ketiga komponen sikapnya (Azwar 2003).

## 2) Komponen pokok sikap

Dalam bagian lain Allport (1954) yang dikutip Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu obyek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

## 3) Struktur sikap

Menurut Azwar (2003) struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu, kognitif, afektif, dan konatif. Komponen kognitif atau pengetahuan merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai yang diharapkan dari obyek tertentu sehingga kepercayaan itu terbentuk karena kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai obyek sikap yang dihadapi.

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum komponen disamakan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Pada umumnya reaksi emosional yang merupakan komponen afeksi ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai suatu yang benar dan berlaku bagi obyek tersebut. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya, kaitan ini didasari oleh asumsi kepercayaan dan perasaan yang mempengaruhi perilaku (Azwar, 2003).

#### 4) Proses pembentukan sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2003). Berikut ini akan diuraikan peranan masing-masing faktor dalam membentuk sikap manusia.

##### a) Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan sedang dialami seseorang ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan seseorang terhadap stimulus. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan obyek psikologis.

##### b) Kebudayaan

Kebudayaan di mana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. Individu memiliki pola sikap dan tindakan tertentu dikarenakan mendapat *reinforcement* (penguatan, ganjaran) dari masyarakat untuk sikap dan tindakan tersebut.

##### c) Orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu komponen yang ikut mempengaruhi sikap. Pada umumnya individu cenderung memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.



d) Media massa

Media massa sebagai sarana komunikasi yang berupa televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan kepercayaan dan opini seseorang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pesan-pesan yang berisi sugesti dan dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan berfikir kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Apabila cukup kuat akan memberi dasar yang efektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

e) Institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap karena keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dilakukan atau tidak diperoleh dari pendidikan dan keagamaan serta ajaran-ajarannya.

f) Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang disadari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyalur frustrasi atau bentuk pengalihan mekanisme ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu setelah frustrasi hilang tetapi dapat pula lebih persisten dan bertahan lama.

### 5) Tingkatan sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

#### 1) Menerima (*receiving*)

Menerima mempunyai arti bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

#### 2) Merespon (*responding*)

Merespon mempunyai arti bahwa kegiatan memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

#### 3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

#### 4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

### 3. Praktik

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian/pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Hal ini disebut praktik (*practice*) kesehatan, atau dapat juga dikatakan tindakan kesehatan (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2003). Praktik memiliki beberapa tingkatan, yaitu:

#### 1) Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

## 2) Respon terpimpin (*Guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

## 3) Mekanisme (*Mecanism*)

Seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.

## 4) Adopsi (*Adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

### 2.7.4 Proses adopsi perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003) dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. *Interest* (minat), yakni orang mulai tertarik pada stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden mulai lebih baik dan dia menentukan yang terbaik untuknya.
4. *Trial* (mencoba), orang mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption* (adopsi), subyek telah berperilaku baru sesuai pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

### 2.7.5 Faktor utama yang mempengaruhi perilaku

Menurut Lawrence Green (1980) dikutip Notoatmodjo (2003) perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yaitu:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini terutama yang positif mempermudah terwujudnya perilaku. Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi.

2. Faktor pendukung (*enabling factor*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Faktor ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan.

3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas kesehatan dan juga undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

### 2.7.6 Determinan perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003), determinan perilaku adalah faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Determinan/faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin.
2. Determinan/faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik.



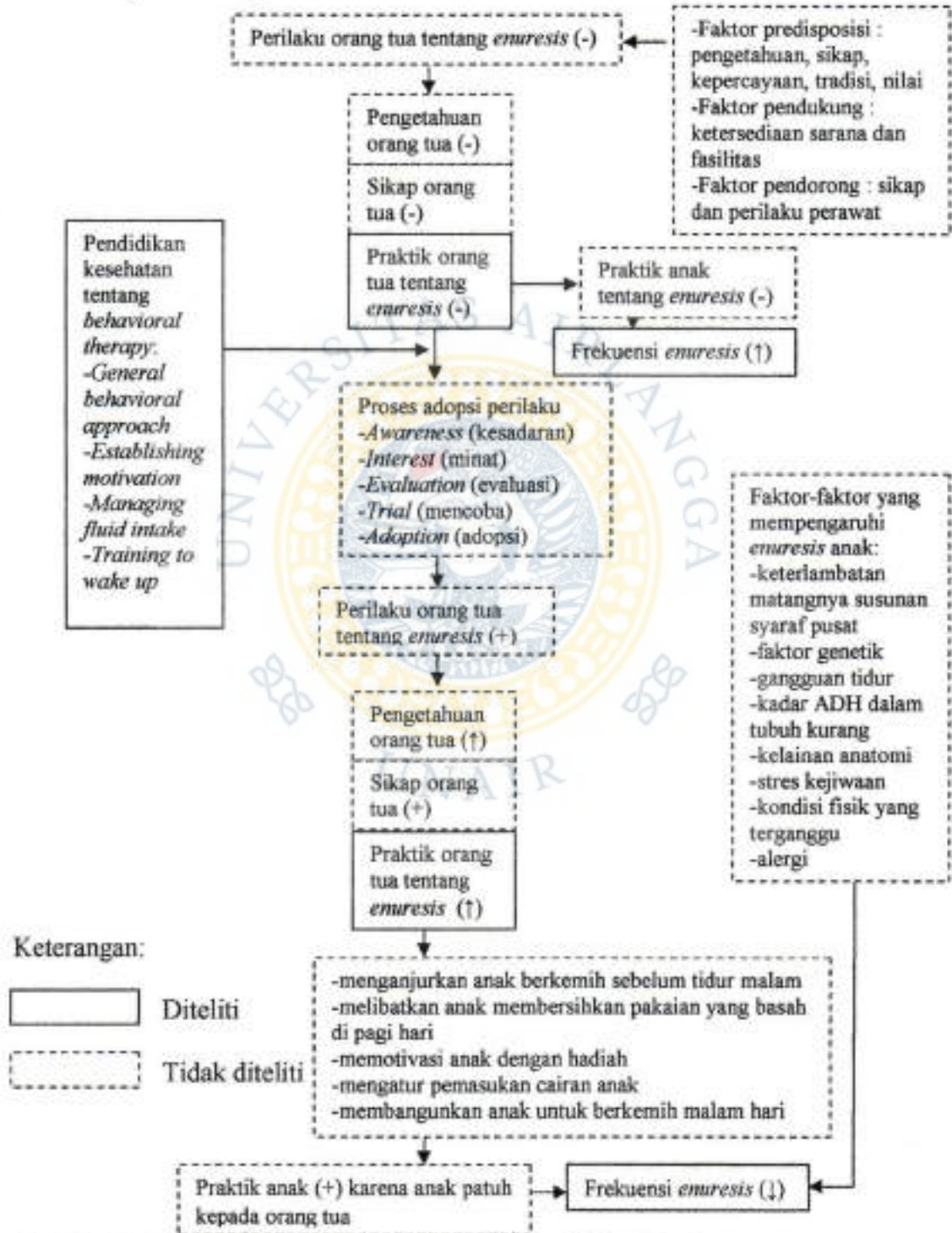
## **BAB 3**

# **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1: Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang *Behavioral Therapy* terhadap Praktik Orang Tua tentang *Enuresis* dan Frekuensi *Enuresis* Anak

Perilaku manusia (orang tua) menurut Green (1980) yang dikutip Notoatmodjo (2003) dipengaruhi oleh : 1) Faktor predisposisi, meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, nilai; 2) Faktor pendukung, meliputi tersedianya sarana dan fasilitas; 3) Faktor pendorong, meliputi sikap dan perilaku petugas kesehatan. Ketiga faktor di atas mempengaruhi perilaku orang tua yang negatif terhadap *enuresis* pada anak, yaitu pengetahuan, sikap, dan praktik yang negatif terhadap *enuresis* anak. Praktik orang tua yang negatif tentang *enuresis* menyebabkan praktik anak juga negatif sebab anak belajar dari orang tua terutama ibu sebagai orang terdekat untuk dapat memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri (Supartini, 2002). Hal ini menimbulkan *enuresis* pada anak. Perawat sebagai edukator dapat mendidik orang tua dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*. *Behavioral therapy* meliputi *general behavioral approach*, *establishing motivation*, *managing fluid intake*, *training to wake up* (Marries, 2004). Menurut Roger (1974) dikutip Notoatmodjo (2003), bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu: *awareness* (kesadaran), *interest* (minat), *evaluation* (evaluasi), *trial* (mencoba), dan *adoption* (adopsi). Perubahan atau adopsi perilaku tersebut diidentifikasi berdasarkan domain perilaku, yaitu aspek pengetahuan, sikap, dan praktik (Suliha, 2001). Identifikasi peningkatan ketiga aspek tersebut menunjukkan adanya perubahan perilaku orang tua yang positif terhadap *enuresis* pada anak. Praktik orang tua tentang *enuresis* anak yang positif (menganjurkan anak berkemih sebelum tidur malam, melibatkan anak membersihkan pakaian yang basah di pagi hari, memotivasi anak dengan hadiah, mengatur pemasukan cairan anak, membangunkan anak untuk berkemih malam hari) menyebabkan praktik anak juga positif karena anak patuh kepada orang tua sehingga diharapkan dapat

menurunkan frekuensi *enuresis* anak. Faktor-faktor yang mempengaruhi *enuresis* anak adalah keterlambatan matangnya susunan syaraf pusat, faktor genetik, gangguan tidur, kadar ADH dalam tubuh kurang, kelainan anatomi, stres kejiwaan, kondisi fisik yang terganggu, alergi (Harjaningrum, 2005).

### 3.2 Hipotesis Penelitian

H1 = Ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua tentang *enuresis*

H1 = Ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap frekuensi *enuresis* anak







**BAB 4**

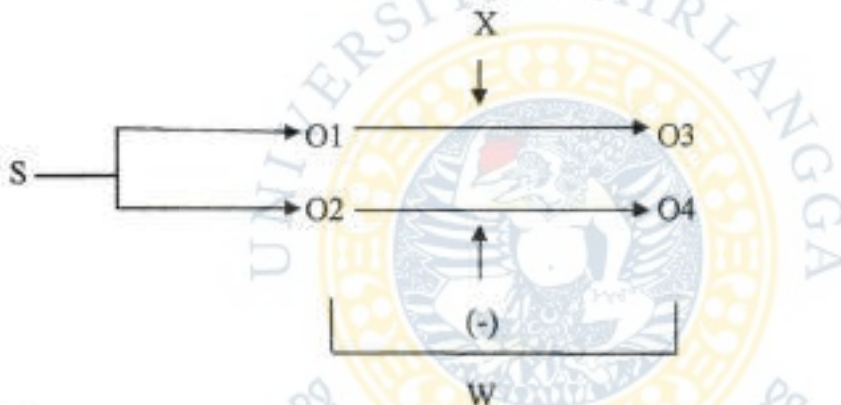
**METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan *Quasy Eksperimental Design*, design ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kelompok perlakuan diberi intervensi sedangkan kelompok kontrol tidak. Kedua kelompok diawali dengan *pre test*, kemudian setelah pemberian intervensi diadakan *post test*.

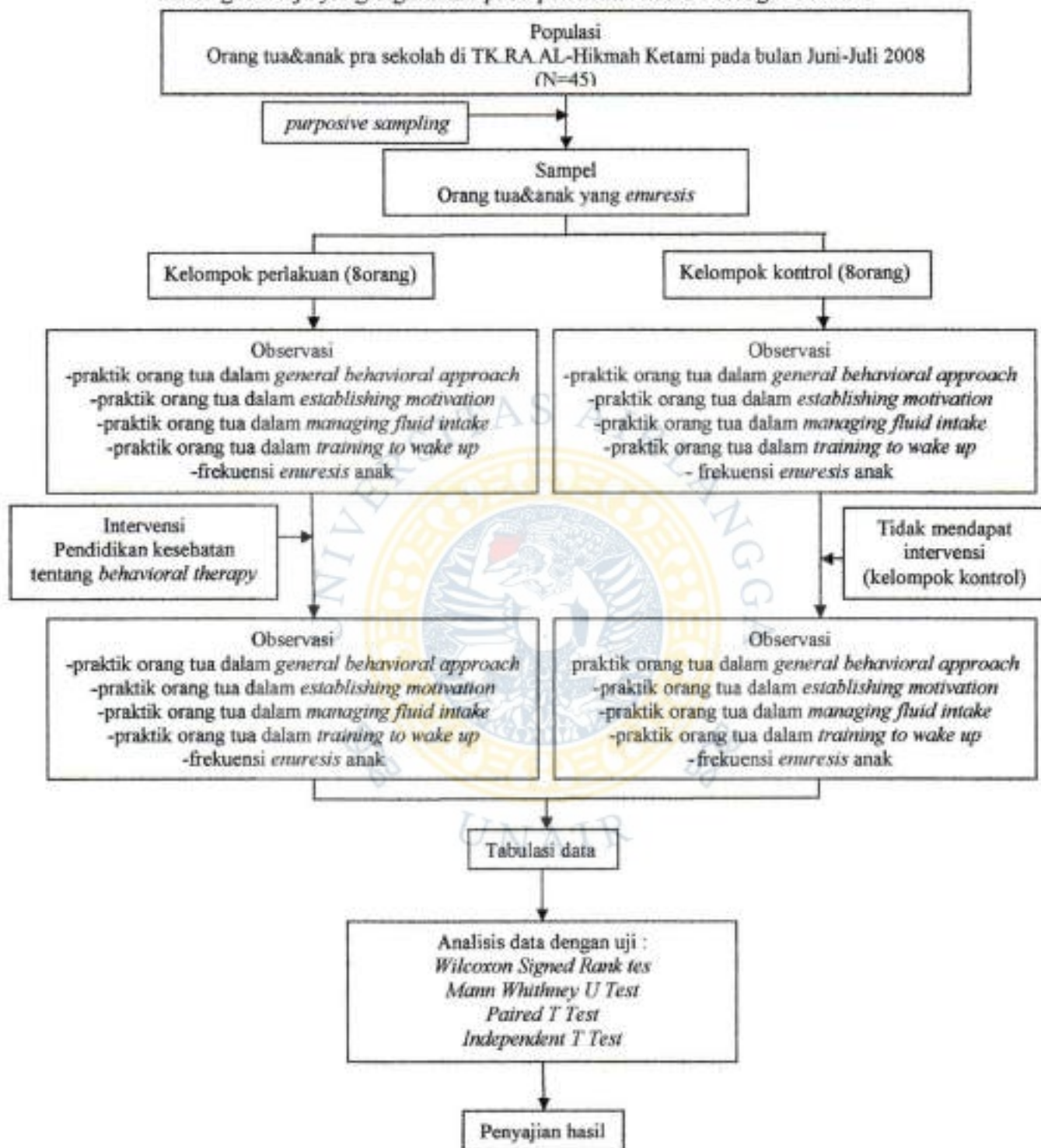


Keterangan :

- S : Sampel (orang tua dengan anak *enuresis*)
- O1 : Observasi praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak pada kelompok perlakuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*
- O2 : Observasi praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak pada kelompok kontrol sebelum diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*
- X : Intervensi (pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*)
- (-) : Tidak mendapatkan intervensi
- O3 : Observasi praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak pada kelompok perlakuan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*
- O4 : Observasi praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak pada kelompok kontrol sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*
- W : Lama perlakuan (2 minggu)

## 4.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja yang digunakan pada penelitian adalah sebagai berikut :



**Gambar 4.1 :** Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Behavioral Therapy Terhadap Praktik Orang Tua Tentang Enuresis dan Frekuensi Enuresis Anak

### 4.3 Populasi, Sampel dan Tehnik Sampling

#### 4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah orang tua dan anak pra sekolah di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kota Kediri pada bulan Juni-Juli 2008 yang berjumlah 45 orang.

#### 4.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah orang tua dan anak yang *enuresis* di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kota Kediri yang berjumlah 16 orang.

Dalam pemilihan sampel, peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Untuk orang tua :

1. Orang tua dengan anak pra sekolah berusia 5-6 tahun
2. Belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*
3. Tidak mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran
4. Dapat membaca dan menulis

b. Untuk anak :

1. Anak mengalami *nocturnal enuresis*
2. Anak tidak mengalami gangguan penyakit pada sistem perkemihan

#### 4.3.3 Tehnik sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *nonprobability sampling* dengan *purposive sampling (judgement sampling)* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai

dengan yang dikehendaki peneliti (memilih orang tua dan anak pra sekolah berusia 5-6 tahun yang mengalami *enuresis*)

#### 4.4 Identifikasi Variabel

##### 4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*.

##### 4.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak.

#### 4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 : Tabel definisi operasional variabel yang diteliti

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala data	Skor
<b>Variabel independen:</b> Pendidikan kesehatan tentang <i>behavioral therapy</i>	Pemberian informasi tentang cara mengatasi ngompol pada anak dengan merubah perilaku orang tua dan anak	-meliputi: pengertian, waktu, kelebihan, macam, dan pelaksanaan <i>behavioral therapy</i> -diberikan 2 kali dalam seminggu pada minggu kedua -lama tiap pertemuan @ 45 menit -lama perlakuan 2 minggu	Lembar observasi SAP	-	-
<b>Variabel dependen:</b> Praktik orang tua	Praktik yang dilakukan ibu dalam <i>behavioral therapy</i>	Praktik ibu dalam melaksanakan <i>behavioral therapy</i> : 1. <i>General behavioral approach</i> 2. <i>Managing fluid intake</i> 3. <i>Training to wake up</i> 4. <i>Establishing motivation</i>	-Lembar kuisioner -lembar observasi -lembar	Ordinal	Cara penilaian: Selalu=3 Kadang=2 Tdk pernah=1  Kategori Baik= 76-100% Cukup= 56-75%

Frekuensi <i>enuresis</i>	Kekerapan anak dalam ketidakmampuan menahan keluaranya urin/ngompol	Frekuensi <i>enuresis</i> di malam hari selama perlakuan	wawancara terstruktur  Lembar observasi	Rasio	Kurang <sup>m</sup> ≤55% (Arikunto, 1998)  Frekuensi <i>enuresis</i> anak (kali/minggu) selama 2 minggu
---------------------------	---	--	---	-------	---

## 4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data

### 4.6.1 Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data untuk praktik orang tua berupa lembar kuesioner, lembar observasi, dan lembar wawancara terstruktur berdasarkan Marries (2004) dan Butler (1994) seperti pada lampiran 10-21, sedangkan pengumpulan data untuk frekuensi *enuresis* anak berupa lembar observasi modifikasi berdasarkan Butler (1994) seperti pada lampiran 6-9.

### 4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Pemberian pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* dilakukan di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kota Kediri. Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008.

### 4.6.3 Prosedur pengambilan data

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan izin dari bagian akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang kemudian juga mendapat izin dari kepala sekolah TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri. Peneliti mengumpulkan semua responden (kelompok perlakuan dan kelompok kontrol) dalam satu ruangan di sekolah untuk membagikan kuesioner pengumpulan data awal sebagai studi pendahuluan.

Pengumpulan data dilakukan dengan mengacu pada kriteria inklusi. Untuk menentukan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, proporsi anak dengan usia 5-6 tahun beserta proporsi jenis kelamin anak dibagi sama antara dua kelompok. Proses menyamakan variabel perancu diantara dua kelompok (kontrol dan perlakuan) ini disebut proses *matching*.

Peneliti mengumpulkan responden dalam satu ruangan dan memberikan *Informed consent*. Peneliti membagikan lembar observasi frekuensi *enuresis* anak kepada semua responden (kelompok perlakuan dan kelompok kontrol) selama 1 minggu pada minggu pertama. Data digunakan sebagai *pre test* frekuensi *enuresis* anak.

Peneliti mengumpulkan kelompok kontrol dalam satu ruangan di sekolah pada hari pertama minggu kedua. Peneliti meminta lembar observasi frekuensi *enuresis* anak dari responden selama 1 minggu sebelumnya. Peneliti melakukan wawancara terstruktur kepada masing-masing responden kemudian membagikan lembar kuesioner praktik orang tua tentang *enuresis* anak. Data yang diperoleh digunakan sebagai *pre test*. Peneliti memberikan lembar observasi frekuensi *enuresis* anak dan lembar observasi praktik orang tua tentang *enuresis* selama 2 minggu untuk diisi orang tua dan anak.

Peneliti mengumpulkan kelompok perlakuan dalam satu ruangan di sekolah pada hari kedua minggu kedua. Peneliti meminta lembar observasi frekuensi *enuresis* anak dari responden selama 1 minggu sebelumnya. Peneliti melakukan wawancara terstruktur kepada masing-masing responden kemudian membagikan lembar kuesioner praktik orang tua tentang *enuresis* anak. Data yang diperoleh dijadikan sebagai *pre test* praktik orang tua terhadap *enuresis* anak. Kemudian peneliti memberikan pendidikan kesehatan tentang

*behavioral therapy* kepada kelompok perlakuan dengan durasi waktu 45 menit. Pada akhir pertemuan, peneliti mengevaluasi pemahaman responden terhadap materi yang disampaikan dengan membagikan beberapa soal. Hari ketiga minggu kedua peneliti mengumpulkan kelompok perlakuan dalam satu ruangan di sekolah dan memberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* dengan menekankan pada materi yang belum dipahami oleh responden berdasarkan hasil evaluasi pada pertemuan sebelumnya. Peneliti memberikan lembar observasi frekuensi *enuresis* anak dan lembar observasi praktik orang tua tentang *enuresis* selama 2 minggu untuk diisi orang tua dan anak, memberi lembar pelaksanaan *establishing motivation* mewarnai gambar dan “kalender kering” untuk diisi anak ketika anak tidak mengompol. Peneliti mengajari orang tua cara mengisi lembar observasi frekuensi *enuresis* anak dan lembar praktik orang tua tentang *enuresis*. Peneliti mengajari anak cara mengisi lembar observasi frekuensi *enuresis* anak, lembar pelaksanaan *establishing motivation* mewarnai gambar dan “kalender kering”.

Peneliti datang ke rumah masing-masing responden pada hari keempat minggu ketiga untuk menilai praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak.

Pada hari keempat minggu keempat peneliti datang ke rumah masing-masing responden. Peneliti melakukan wawancara terstruktur kemudian memberikan lembar kuesioner praktik orang tua tentang *enuresis*. Peneliti meminta lembar observasi frekuensi *enuresis* anak dan lembar observasi praktik orang tua tentang *enuresis* dari responden. Data terakhir yang diperoleh dijadikan sebagai *post test*.



#### 4.6.4 Cara analisis data

Data yang telah terkumpul dilakukan tabulasi data dan analisis data, untuk mengetahui praktik orang tua tentang *enuresis* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) dengan derajat kemaknaan  $p \leq 0,05$ .

Untuk mengetahui perbedaan praktik orang tua tentang *enuresis* antara kelompok perlakuan (pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*) dan kelompok kontrol menggunakan uji statistik *Mann-Whitney U Test* (uji komparasi 2 sampel bebas/independen) dengan kemaknaan  $p \leq 0,05$ .

Untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap frekuensi *enuresis* anak sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* menggunakan uji *Paired T Test* dengan derajat kemaknaan  $p \leq 0,05$ .

Untuk mengetahui perbedaan rerata frekuensi *enuresis* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dianalisis dengan uji *Independent T Test* dengan nilai kemaknaan  $p \leq 0,05$ .

#### 4.7 Masalah Etika

Peneliti memohon ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

##### 1. *Informed Consent*

*Informed Consent* merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti yaitu yang akan mendapatkan intervensi

pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama pengumpulan data. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Kerahasiaan identitas responden harus dijaga. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mempublikasikan nama responden.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

#### 4.8 Keterbatasan

Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah:

1. Besar sampel yang diteliti kecil, yaitu sebanyak 16 responden sehingga populasi dibagi menjadi 2 kelompok.
2. Waktu penelitian hanya 14 hari sehingga hasil yang diperoleh kurang efektif.
3. Tehnik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasikan karena tidak membandingkan dengan TK yang lain.
4. Instrumen pengumpulan data tidak menggunakan observasi secara langsung oleh peneliti.

5. Instrumen pengumpulan data tidak melalui uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu.
6. Instrumen pengumpulan data disusun oleh peneliti berdasarkan teori yang ada karena belum ada standar yang baku untuk mengukur variabel tersebut.





## **BAB 5**

# **HASIL DAN PEMBAHASAN**

# **PENELITIAN**

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang hasil penelitian yang meliputi 1) gambaran secara umum lokasi penelitian; 2) data umum (pekerjaan ibu, pendidikan ibu, jenis kelamin, urutan anak dalam keluarga, riwayat *enuresis* orang tua, riwayat *enuresis* saudara kandung); 3) data khusus (kebiasaan berkemih sebelum tidur, jumlah air yang di minum sebelum tidur, kebiasaan bangun berkemih di malam hari, usaha orang tua mengatasi *enuresis* anak, praktik orang tua sebelum dan sesudah perlakuan, frekuensi *enuresis* anak sebelum dan sesudah perlakuan). Penelitian ini dilaksanakan dari tanggal 12 Juni sampai dengan 13 Juli 2008. Bab ini juga akan membahas tentang pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua tentang *enuresis* dan frekuensi *enuresis* anak pra sekolah, dengan melakukan test baik secara kuantitatif maupun kualitatif.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 1. Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kota Kediri. Waktu pelaksanaan penelitian ini dimulai tanggal 12 Juni sampai dengan 13 Juli 2008 di sekolah dan rumah masing-masing responden. TK tersebut berdiri tahun 2000. Luasnya 280 m<sup>2</sup> dan memiliki 5 ruangan, yaitu ruang guru, kelas nol kecil, kelas nol besar, ruang bermain, dan kamar mandi. Rata-rata jumlah siswa tiap tahun di TK tersebut adalah 30 siswa.

## 2. Data umum

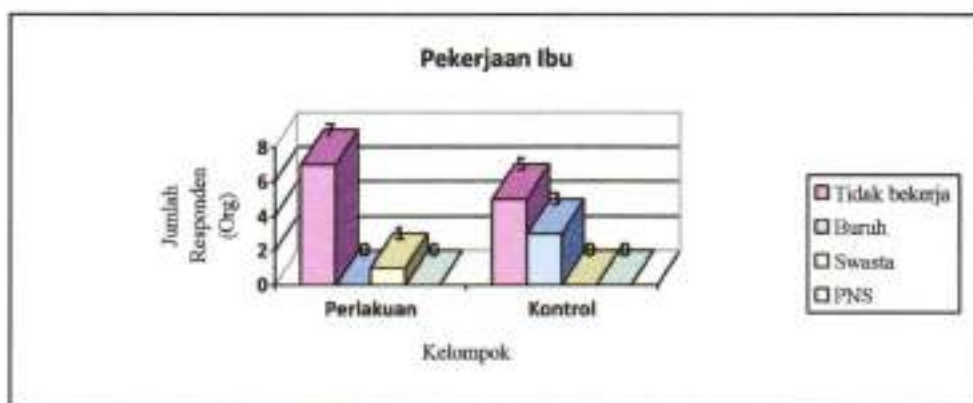
### 1) Pendidikan ibu



**Gambar 5.1** : Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Ibu di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.1 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan, pendidikan terakhir ibu sebanyak 2 orang (25%) SD/sederajat, (25%) SMP/sederajat, (25%) SMA/sederajat, (25%) Akademik/PT dan dari 8 orang kelompok kontrol sebagian besar pendidikan terakhir orang tua sebanyak 3 orang (37,5%) SMP/sederajat.

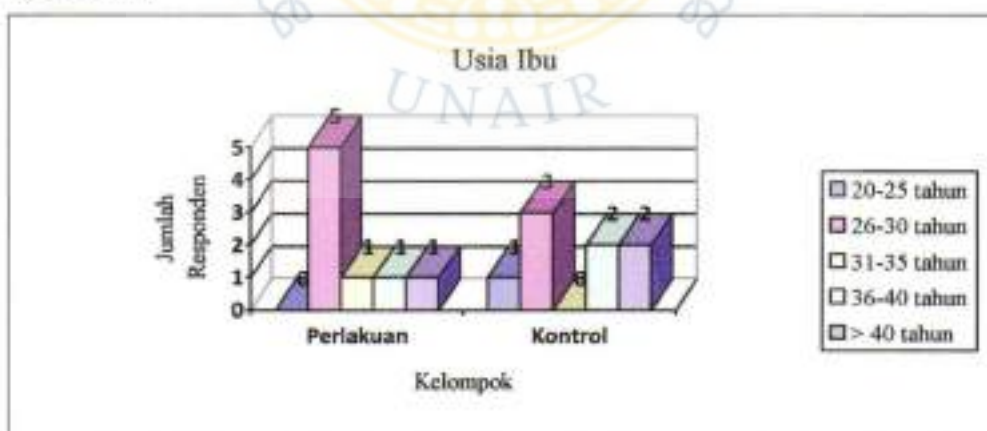
## 2) Pekerjaan ibu



**Gambar 5.2** : Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.2 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan sebagian besar pekerjaan ibu sebanyak 7 orang (87,5%) tidak bekerja dan dari 8 orang kelompok kontrol sebagian besar pekerjaan orang tua sebanyak 5 orang (62,5%) tidak bekerja.

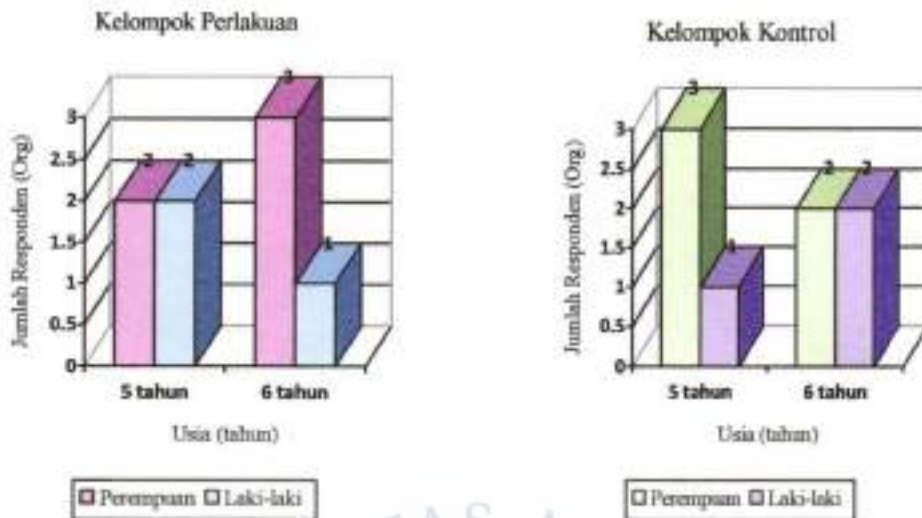
## 3) Usia Ibu



**Gambar 5.3** : Distribusi Responden Berdasarkan Usia Ibu di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.3 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan sebagian besar 5 orang (62,5%) berusia 26-30 tahun dan dari 8 orang kelompok kontrol sebagian besar 3 orang (37,5%) berusia 26-30 tahun.

## 3) Jenis kelamin anak



**Gambar 5.4** : Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Anak pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.4 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan, sebagian besar 3 anak (37,5%) berjenis kelamin perempuan dan berusia 6 tahun dan dari 8 orang kelompok kontrol sebagian besar 3 anak (37,5%) berjenis kelamin perempuan dan berusia 5 tahun.



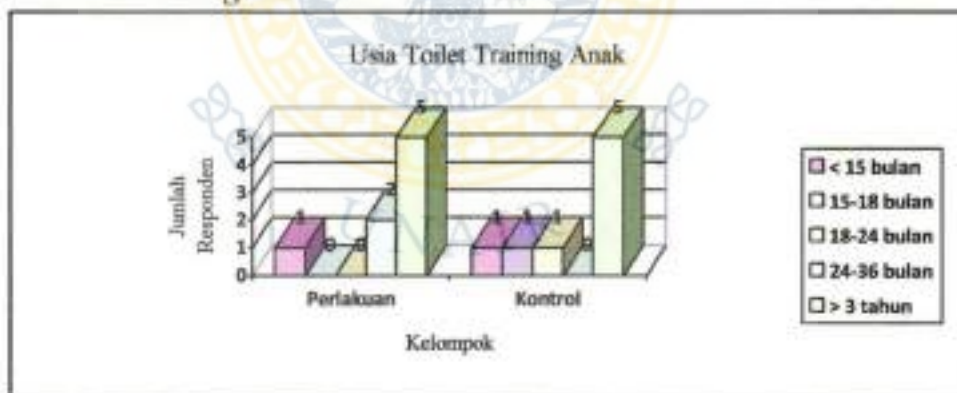
## 4) Urutan anak dalam keluarga



**Gambar 5.5 :** Distribusi Responden Berdasarkan Urutan Anak Dalam Keluarga di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

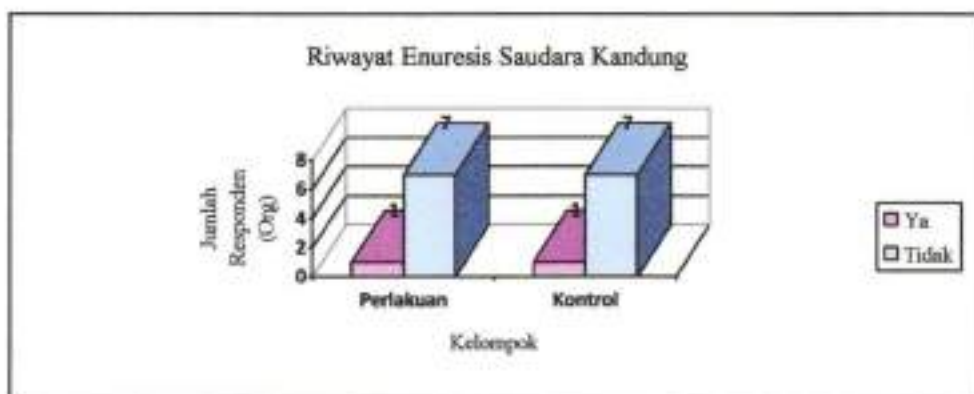
Berdasarkan gambar 5.5 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan, sebagian besar 5 anak (62,5%) adalah anak ke-1 dan dari 8 orang kelompok kontrol, sebagian besar 4 anak (50%) adalah anak ke-1.

## 5) Usia toilet training anak



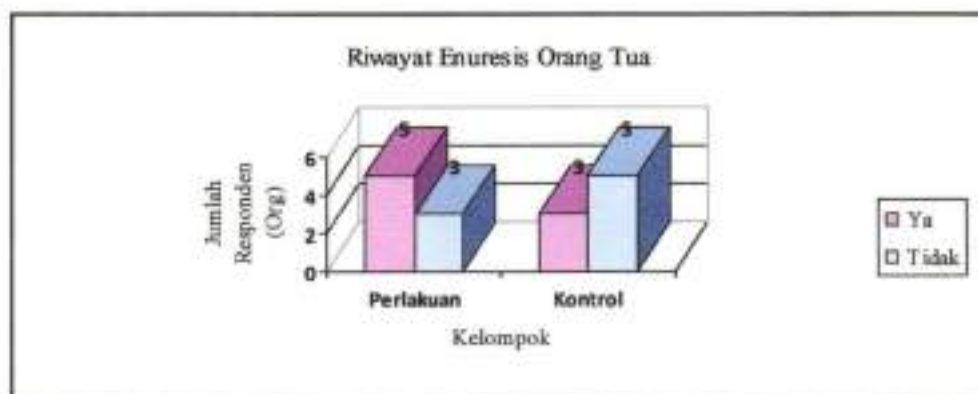
**Gambar 5.6 :** Distribusi Responden Berdasarkan Usia Toilet Training Anak di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri Tanggal 12 Juni-13 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.6 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan sebagian besar 5 anak diberikan toilet training oleh orang tua pada usia lebih dari 3 tahun dan dari 8 orang kelompok kontrol, sebagian besar 5 anak diberikan toilet training oleh orang tua pada usia lebih dari 3 tahun.

5) Riwayat *enuresis* saudara kandung

**Gambar 5.7 :** Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat *Enuresis* Saudara Kandung di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.7 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan sebagian besar 7 anak (87,5%) tidak memiliki saudara kandung yang mempunyai riwayat *enuresis* dan dari 8 orang pada kelompok kontrol sebagian besar 7 anak (87,5%) tidak memiliki saudara kandung yang mempunyai riwayat *enuresis*

6) Riwayat *enuresis* orang tua

**Gambar 5.8 :** Distribusi Orang Tua yang Mempunyai Riwayat *Enuresis* di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni-13 Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.8 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan sebagian besar 5 orang tua (62,5%) mempunyai riwayat *enuresis* dan dari 8 orang kelompok kontrol sebagian besar 5 orang tua (62,5%) tidak mempunyai riwayat *enuresis*.

## 7) Usia orang tua berhenti mengumpul



**Gambar 5.9** : Distribusi Responden Berdasarkan Usia Orang Tua Berhenti Mengumpul di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.9 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan, sebanyak 3 orang tua (37,5%) berhenti mengumpul usia 4 tahun, 3 orang tua (37,5%) usia 5 tahun dan dari 8 orang kelompok kontrol sebagian besar 5 orang tua (62,5%) berhenti mengumpul usia 4 tahun.

### 3. Data khusus

#### 1) Kebiasaan anak berkemih sebelum tidur



**Gambar 5.10 :** Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Anak Berkemih Sebelum Tidur pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.10 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan sebagian besar 7 anak (87,5%) memiliki kebiasaan berkemih sebelum tidur dan dari 8 orang kelompok kontrol semua anak (100%) memiliki kebiasaan berkemih sebelum tidur.

## 2) Jumlah air yang di minum anak sebelum tidur



**Gambar 5.11** : Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Air Yang Diminum Di Malam Hari pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

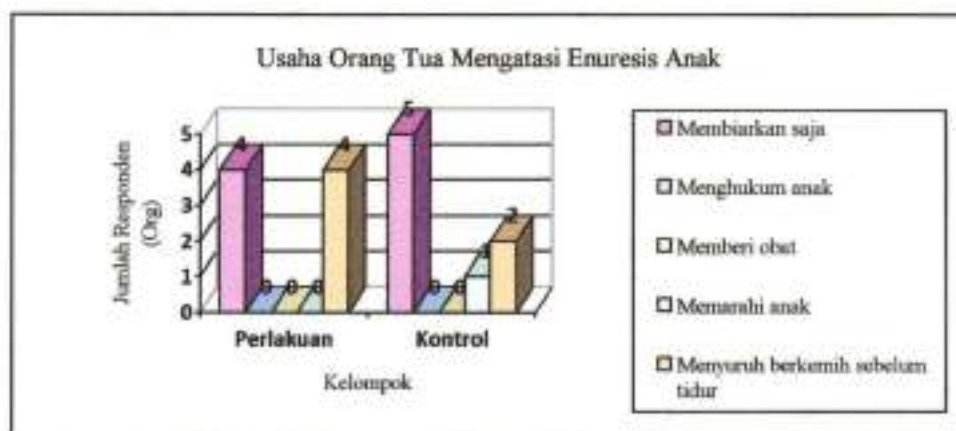
Berdasarkan gambar 5.11 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan, sebagian besar 5 anak (62,5%) minum 1 gelas di malam hari dan dari 8 orang pada kelompok kontrol 2 anak (25%) minum 0 gelas di malam hari, 2 anak (25%) 1 gelas, 2 anak (25%) 1,5 gelas.

### 3) Kebiasaan anak bangun berkemih di malam hari



**Gambar 5.12 :** Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Anak Bangun Berkemih di Malam Hari pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.12 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan sebagian besar 6 anak (75%) tidak memiliki kebiasaan bangun berkemih di malam hari dan dari 8 orang kelompok kontrol sebagian besar 7 anak (87,5%) tidak memiliki kebiasaan bangun berkemih di malam hari

4) Usaha orang tua mengatasi *enuresis* anak

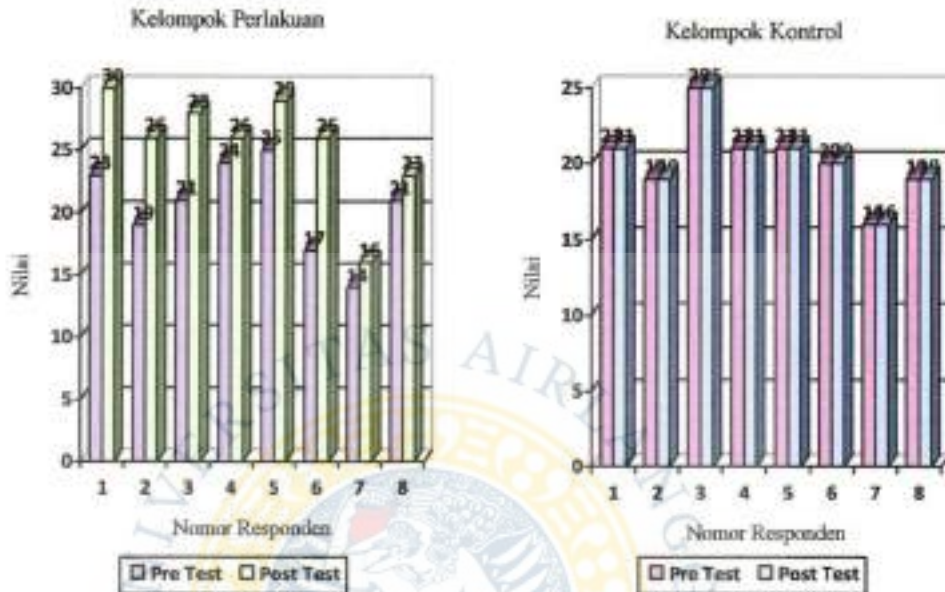
**Gambar 5.13:** Distribusi Responden Berdasarkan Usaha Orang Tua Mengatasi *Enuresis* Anak pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008

Berdasarkan gambar 5.13 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan, usaha orang tua mengatasi *enuresis* anak adalah 4 orang (50%) membiarkan saja, 4 orang (50%) menyuruh anak berkemih sebelum tidur dan dari 8 orang kelompok kontrol sebagian besar 5 orang (62,5%) membiarkan saja.



- 5) Praktik orang tua sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

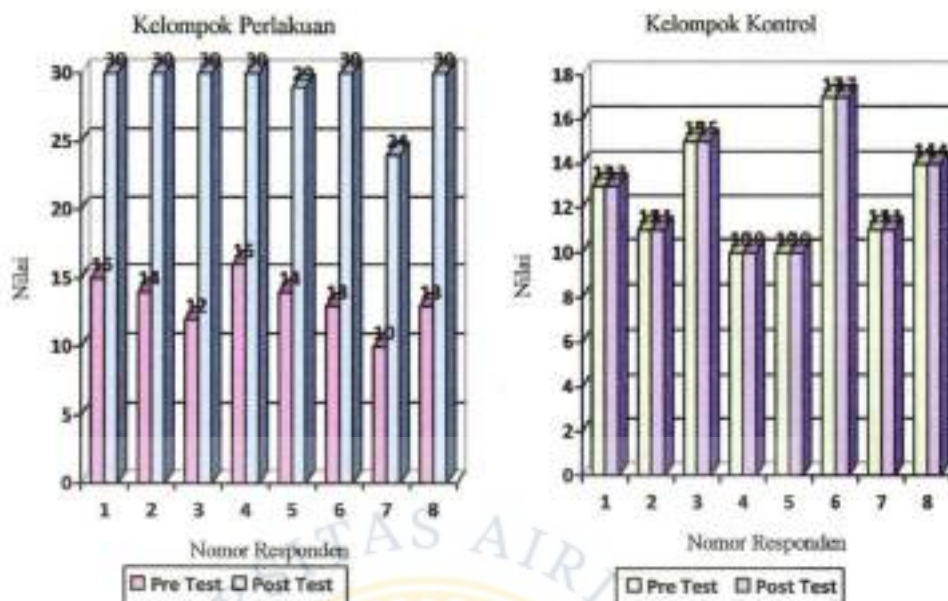
### 5.1 General Behavioral Approach



**Gambar 5.14 :** Distribusi Responden Berdasarkan Praktik Orang Tua dalam *General Behavioral Approach* Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang *Behavioral Therapy* pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.14 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan didapatkan semua responden (100%) mengalami peningkatan dalam praktik *general behavioral approach*, nilai rata-rata peningkatan adalah 5 poin. Peningkatan paling banyak pada responden nomor 6 yang memiliki nilai pre test 17, meningkat 9 poin menjadi 26 dalam post test. Pada kelompok kontrol semua responden yang berjumlah 8 orang (100%) tidak mengalami perubahan nilai dalam praktik *general behavioral approach*.

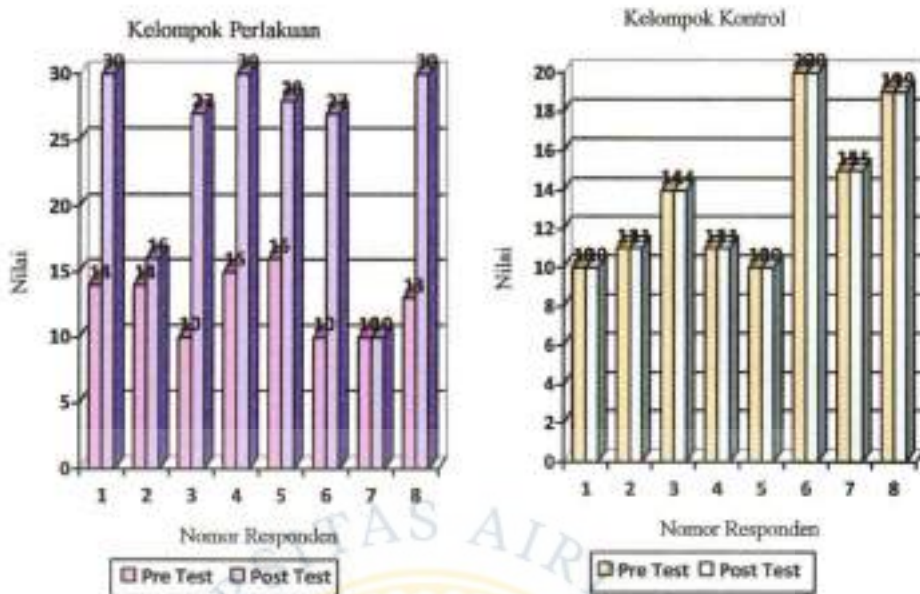
## 5.2 Establishing Motivation



**Gambar 5.15 :** Distribusi Responden Berdasarkan Praktik Orang Tua Dalam *Establishing Motivation* Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang *Behavioral Therapy* Pada Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.15 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan didapatkan semua responden mengalami peningkatan dalam praktik *establishing motivation*, nilai rata-rata peningkatan adalah 15,75 poin. Peningkatan paling banyak pada responden nomor 3 yang memiliki nilai pre test 12, meningkat 18 poin menjadi 30 dalam post test. Pada kelompok kontrol semua responden yang berjumlah 8 orang (100%) tidak mengalami perubahan nilai dalam praktik *establishing motivation*.

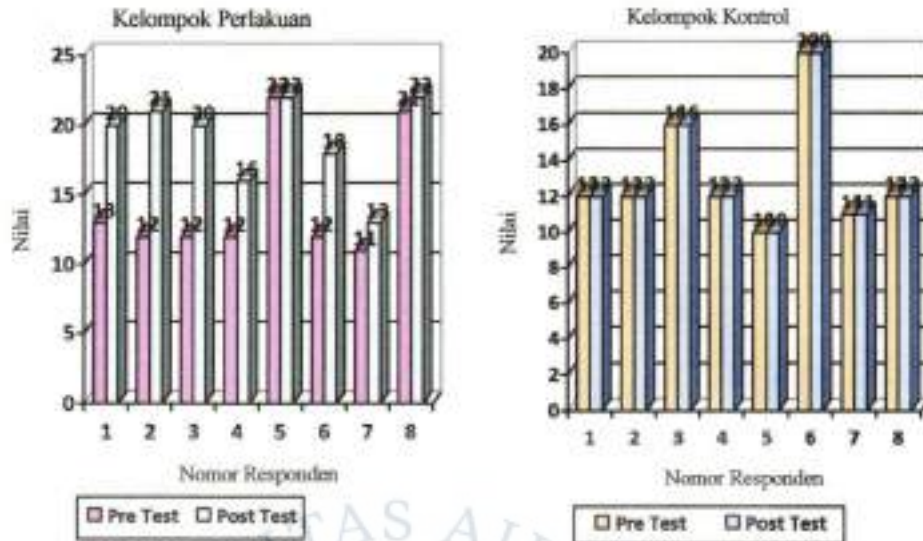
### 5.3 Managing Fluid Intake



**Gambar 5.16 :** Distribusi Responden Berdasarkan Praktik Orang Tua Dalam *Managing Fluid Intake* Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang *Behavioral Therapy* Pada Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008.

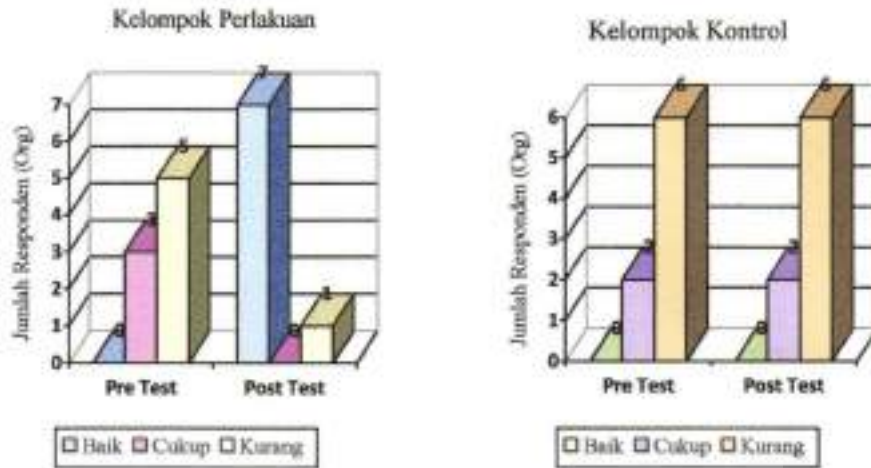
Berdasarkan gambar 5.16 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan didapatkan 7 orang (87,5%) mengalami peningkatan dalam praktik *managing fluid intake*, nilai rata-rata peningkatan adalah 12 poin. Peningkatan paling banyak pada responden nomor 3,6,8 yang naik sebanyak 17 poin. Pada kelompok kontrol semua responden yang berjumlah 8 orang (100%) tidak mengalami perubahan nilai dalam praktik *managing fluid intake*.

### 5.4 Training To Wake Up



**Gambar 5.17 :** Distribusi Responden Berdasarkan Praktik Orang Tua Dalam *Training To Wake Up* Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang *Behavioral Therapy* Pada Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.17 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan didapatkan 7 orang (87,5%) mengalami peningkatan dalam praktik *training to wake up*, nilai rata-rata peningkatan adalah 4,625 poin. Peningkatan paling banyak pada responden nomor 2 yang memiliki nilai pre test 12 meningkat 9 poin menjadi 21 dalam post test. Pada kelompok kontrol semua responden yang berjumlah 8 orang (100%) tidak mengalami perubahan nilai dalam praktik *training to wake up*.

5) *Behavioral therapy*

**Gambar 5.18 :** Distribusi Responden Berdasarkan Praktik Orang Tua Tentang *Enuresis* Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang *Behavioral Therapy* Pada Kelompok Perlakuan Dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri dari Tanggal 12 Juni s/d 13 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.18 di atas, dari 8 orang kelompok perlakuan didapatkan data sebelum diberikan perlakuan (pre test) sebagian besar 5 orang tua (62,5%) memiliki praktik yang kurang, setelah diberikan perlakuan (post test) mengalami peningkatan praktik, yaitu sebagian besar 7 orang tua (87,5%) memiliki praktik yang baik. Pada 8 orang kelompok kontrol tidak terjadi perubahan praktik orang tua, sebagian besar 6 orang tua (75%) memiliki praktik yang kurang.

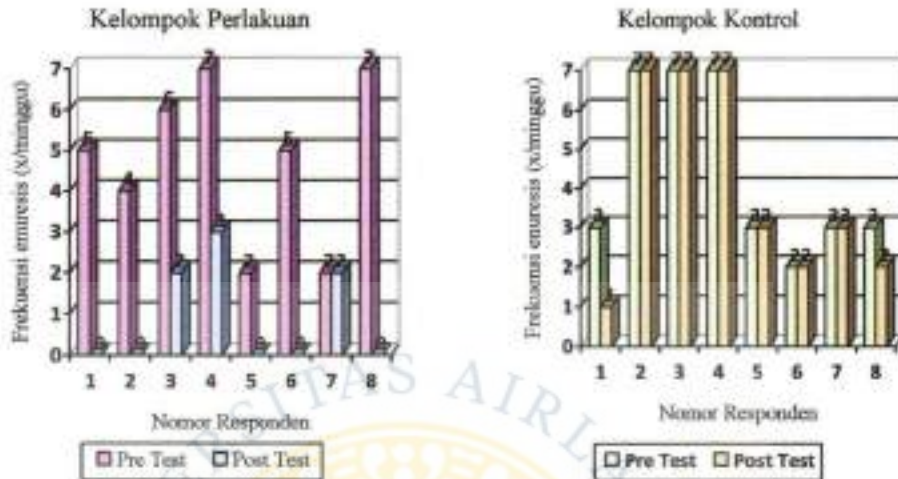
Uji *Wilcoxon Signed Rank Test* yang membandingkan praktik orang tua pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan didapatkan nilai signifikansi  $p = 0,015$  berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua tentang *enuresis*.

Uji *Wilcoxon Signed Rank Test* yang membandingkan praktik orang tua pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan perlakuan didapatkan nilai signifikansi  $p = 1,000$  berarti tidak ada perbedaan praktik orang tua tentang *enuresis* pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan perlakuan.

Uji *Mann Whitney U Test* yang membandingkan praktik orang tua tentang *enuresis* antara *pre test* kelompok perlakuan dengan *pre test* kelompok kontrol didapatkan nilai  $p = 0,602$  berarti tidak ada perbedaan praktik orang tua tentang *enuresis* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum diberikan perlakuan.

Uji *Mann Whitney U Test* yang membandingkan praktik orang tua tentang *enuresis* antara *post test* kelompok perlakuan dengan *post test* kelompok kontrol didapatkan nilai signifikansi  $p = 0,002$  berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua tentang *enuresis*.

- 6) Frekuensi *enuresis* anak sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.



**Gambar 5.19 :** Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi *Enuresis* Anak Sebelum Dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan Tentang *Behavioral Therapy* Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di TK.RA.AL-Hikmah Ketami Kecamatan Pesantren Kediri Tanggal 12 Juni-13 Juli 2008.

Berdasarkan gambar 5.19 di atas, dari 8 anak kelompok perlakuan sebagian besar 7 anak (87,5%) mengalami penurunan frekuensi *enuresis*, rata-rata penurunan adalah 3,87. Penurunan terbanyak adalah responden nomor 8 yang sebelumnya memiliki frekuensi *enuresis* 7 kali dalam seminggu menurun menjadi 0 kali dalam seminggu setelah perlakuan. Pada kelompok kontrol sebagian besar 6 anak (75%) tidak mengalami perubahan frekuensi *enuresis*.

Uji statistik *Paired T Test* yang membandingkan frekuensi *enuresis* anak sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok perlakuan didapatkan  $p = 0,001$  berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap frekuensi *enuresis* anak pra sekolah.

Uji statistik *Paired T Test* yang membandingkan frekuensi *enuresis* anak sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol didapatkan  $p = 0,180$  berarti tidak ada perbedaan frekuensi *enuresis* anak sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol.

Uji *Independent t test* yang membandingkan frekuensi *enuresis* antara *pre test* kelompok perlakuan dengan *pre test* kelompok kontrol didapatkan  $p = 0,726$  berarti tidak ada perbedaan frekuensi *enuresis* anak pra sekolah antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum diberikan perlakuan.

Uji *Independent t test* yang membandingkan frekuensi *enuresis* antara *post test* kelompok perlakuan dengan *post test* kelompok kontrol didapatkan nilai  $p = 0,021$  berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap frekuensi *enuresis* anak pra sekolah.

## 5.2 Pembahasan

Praktik orang tua dalam *behavioral therapy* meliputi *general behavioral approach*, *establishing motivation*, *managing fluid intake*, *training to wake up*. Berdasarkan hasil kuesioner dan wawancara terstruktur yang dilakukan peneliti, praktik orang tua dalam *general behavioral approach* dan *establishing motivation* mengalami peningkatan pada semua kelompok perlakuan. Praktik orang tua dalam *managing fluid intake* menunjukkan adanya peningkatan pada sebagian besar kelompok perlakuan, responden nomor 7 tidak mengalami peningkatan karena berdasarkan hasil wawancara, anak sudah terbiasa minum sebelum tidur. Praktik orang tua dalam *training to wake up* mengalami peningkatan pada sebagian besar kelompok perlakuan, responden nomor 5 tidak mengalami peningkatan karena



responden bekerja sehingga tidak dapat melatih anak bangun berkemih di siang hari. Praktik orang tua tentang *enuresis* sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok perlakuan secara signifikan didapatkan  $p=0,015$ ; praktik orang tua tentang *enuresis* antara *post test* kelompok perlakuan dengan *post test* kelompok kontrol memiliki nilai signifikansi  $p = 0,002$  berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua tentang *enuresis*. Praktik orang tua mengalami peningkatan paling tinggi dalam *establishing motivation*. Nilai rata-rata praktik orang tua sebelum perlakuan adalah 13,375 meningkat menjadi 29,125 setelah perlakuan. Peningkatan praktik orang tua yang kedua terjadi dalam *managing fluid intake*. Hasil rerata yang semula 12,75 sebelum diberikan perlakuan meningkat menjadi 24,75 setelah perlakuan. Peningkatan praktik orang tua yang ketiga pada *general behavioral approach*, yaitu rata-rata 15,5 sebelum perlakuan meningkat menjadi 20,5. Praktik orang tua yang paling sedikit mengalami peningkatan adalah dalam *training to wake up*. Hasil rerata yang semula 14,375 sebelum perlakuan menjadi 19 setelah perlakuan. Uji *Mann Whitney U Test* menunjukkan bahwa praktik orang tua sebelum perlakuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tidak berbeda, sedangkan sesudah perlakuan berbeda. Hal ini juga membuktikan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap praktik orang tua. Uji *Paired T Test* didapatkan  $p = 0,001$ , Uji *Independent T Test* menunjukkan bahwa frekuensi *enuresis* anak antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum perlakuan tidak berbeda, sedangkan sesudah perlakuan berbeda, berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap frekuensi *enuresis* anak pra sekolah. Sebagian besar kelompok perlakuan mengalami

penurunan frekuensi *enuresis*, responden nomor 7 tidak mengalami perubahan frekuensi *enuresis* karena praktik orang tua masih kurang.

Menurut Notoatmodjo (2003), praktik merupakan domain perilaku yang ketiga setelah pengetahuan dan sikap. Setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, kemudian seseorang diharapkan akan mampu melaksanakan, mempraktikkan, atau memiliki kemampuan praktik terhadap apa yang diketahui atau disikapi. Penelitian Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu: 1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu; 2) *Interest* (minat), yakni orang mulai tertarik pada stimulus; 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang baik atau tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden mulai lebih baik dan dia menentukan yang terbaik untuknya; 4) *Trial* (mencoba), orang mulai mencoba perilaku baru; 5) *Adoption* (adopsi), subyek telah berperilaku baru sesuai pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus. Perkembangan psikososial anak prasekolah menurut Erikson dalam Supartini (2004) berada pada tahap inisiatif versus rasa bersalah. Anak mengembangkan keinginan dengan cara eksplorasi terhadap apa yang ada di sekelilingnya. Hasil akhir yang diperoleh adalah kemampuan untuk menghasilkan sesuatu sebagai prestasinya. Perasaan bersalah akan timbul pada anak apabila anak tidak mampu berprestasi sehingga merasa tidak puas atas perkembangan yang tidak tercapai. Perkembangan moral anak pra sekolah menurut Kohlberg dalam Supartini (2004) termasuk dalam fase *preconventional*. Anak belajar baik dan buruk, atau benar dan salah melalui budaya sebagai dasar dalam peletakan nilai moral. Tahap orientasi hukuman dan

ketaatan, baik dan buruk sebagai konsekuensi dari tindakan. Menurut Wong (2003), perkembangan kognitif anak pra sekolah berada pada fase berfikir intuitif. Anak patuh karena orang tua mempunyai batasan, bukan karena memahami hal salah dan benar. Menurut Supartini (2002), praktik orang tua yang negatif tentang *enuresis* menyebabkan praktik anak juga negatif sebab anak belajar dari orang tua terutama ibu sebagai orang terdekat untuk dapat memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri. Menurut Dini, Yelia (2008), *enuresis* primer disebabkan oleh faktor psikososial, diantaranya penerapan *toilet training* yang kurang efektif serta pola asuh yang kurang efektif (seperti kurangnya penerapan tanggung jawab terhadap anak atau terlalu memanjakan). Biasanya, *toilet training* dimulai saat anak usia 18-24 bulan. Menurut Harjaningrum (2005), faktor yang diduga sebagai penyebab *enuresis* primer adalah keterlambatan matangnya fungsi susunan saraf pusat (SSP), faktor genetik, gangguan tidur (*deep sleep*), kadar ADH (*Anti Diuretic Hormone*) dalam tubuh yang kurang, kelainan anatomi seperti ukuran kandung kemih yang kecil. *Enuresis* jika dibiarkan dapat menyebabkan dampak yang buruk bagi kehidupan anak di masa mendatang. Dampak secara sosial dan kejiwaan yang ditimbulkan akibat *enuresis* sungguh mengganggu kehidupan seorang anak. Biasanya anak menjadi tidak percaya diri, rendah diri, malu, dan hubungan sosial dengan teman-temannya juga terganggu.

Faktor-faktor yang mempengaruhi praktik orang tua tersebut antara lain :

- 1) pemberian informasi yaitu pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy*, 2) Tingkat pendidikan orang tua, semakin tinggi tingkat pendidikan ibu akan semakin mudah dalam menguasai materi. Pendidikan terakhir ibu pada kelompok perlakuan adalah 2 orang Akademik/PT, pada kelompok kontrol sebagian besar SMP/ sederajat sebanyak 3 orang; 3) Pekerjaan ibu, sebagian besar ibu tidak

bekerja baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol, sehingga ibu dapat menjalankan sepenuhnya peran ibu sebagai orang tua dalam mengatasi *enuresis* anak. Frekuensi *enuresis* anak yang tinggi sebelum perlakuan dipengaruhi oleh praktik orang tua tentang *enuresis* masih kurang sehingga motivasi anak untuk berhenti mengompol kurang, cairan yang diminum anak tidak sesuai, tidak ada kebiasaan bangun berkemih di malam hari. Penurunan frekuensi *enuresis* anak setelah perlakuan pada kelompok perlakuan dipengaruhi oleh praktik orang tua yang meningkat menjadi baik dalam *behavioral therapy*. Pemberian stiker, hadiah, mewarnai gambar tokoh kartun, dan menandai kalender kering pada waktu-waktu anak tidak mengompol mampu memotivasi anak usia pra sekolah. Anak merasa puas karena mampu berprestasi dan bisa berkembang sesuai dengan tahap perkembangannya. Pengaturan masukan cairan di pagi hari dan siang hari bisa mengurangi kebutuhan minum di malam hari. Membatasi minum di malam hari, terutama 2 jam sebelum tidur malam bisa mengurangi frekuensi berkemih di malam hari. Praktik dalam *general behavioral approach* misalnya menganjurkan anak mengganti pakaiannya yang basah ketika mengompol dan menganjurkan anak untuk membersihkan selimut dan pakaian yang basah karena anak mengompol di pagi hari. Sebagian besar orang tua tidak melakukan praktik tersebut karena merasa kasihan kepada anak, akhirnya ibu sendiri yang membereskan. Sebagian kecil orang tua mencoba melakukan praktik tersebut tetapi anak menolak, akhirnya tetap ibu yang membersihkan semuanya. Kesibukan orang tua dalam pekerjaan rumah tangga dan pekerjaannya yang sebagian besar sebagai buruh menyebabkan ibu kecapekan sehingga kesulitan membangunkan anak untuk berkemih di malam hari. Sebagian ibu mengaku tidak terbiasa untuk bangun di malam hari. Latihan yang dilakukan di siang hari sulit

dilakukan karena sebagian besar anak sudah terbiasa untuk langsung menuju ke kamar mandi sendiri apabila ingin berkemih di siang hari. Satu responden pada kelompok perlakuan tidak mengalami perubahan frekuensi *enuresis* anak, hal ini disebabkan karena praktik orang tua masih kurang, orang tua tidak terbiasa bangun di malam hari, orang tua tidak mengatur pemasukan cairan anak di malam hari, orang tua mempunyai riwayat *enuresis*. Dua responden pada kelompok kontrol juga mengalami penurunan frekuensi *enuresis*, hal ini disebabkan karena meningkatnya keinginan anak untuk berhenti mengompol dengan adanya pemberian lembar observasi frekuensi *enuresis* anak. Secara tidak langsung anak juga terpacu untuk melakukan praktik yang lebih baik. Segi faktor keterlambatan matangnya fungsi susunan saraf pusat, kadar ADH dalam tubuh yang kurang, dan kelainan anatomi seperti ukuran kandung kemih yang kecil tidak dapat dikaji karena memerlukan kolaborasi dengan tindakan medis. Faktor lain yang menyebabkan *enuresis* selama penelitian yang perlu diperhatikan adalah praktik orang tua tentang *enuresis* secara umum; pergi ke toilet sebelum tidur; jumlah air yang diminum; motivasi anak untuk berhenti mengompol; kebiasaan bangun berkemih di malam hari; faktor genetik dan usia penerapan *toilet training*. Semua hal yang mempengaruhi *enuresis* harus dikontrol agar *enuresis* tidak terjadi lagi pada anak.



## **BAB 6**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 6

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Simpulan

1. Praktik orang tua tentang *enuresis* sebelum diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* pada kelompok perlakuan tidak berbeda dengan kelompok kontrol. Praktik orang tua tentang *enuresis* sesudah perlakuan pada kelompok perlakuan berbeda dengan kelompok kontrol.
2. Frekuensi *enuresis* anak sebelum diberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* pada kelompok perlakuan tidak berbeda dengan kelompok kontrol. Frekuensi *enuresis* anak pada kelompok perlakuan sesudah diberikan perlakuan berbeda dengan kelompok kontrol karena orang tua pada kelompok perlakuan melakukan praktik dengan baik.
3. Pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* berpengaruh terhadap praktik orang tua tentang *enuresis*.
4. Pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* berpengaruh terhadap frekuensi *enuresis* anak pra sekolah.

#### 6.2 Saran

1. Penelitian lebih lanjut dapat dikembangkan untuk meneliti pengaruh pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* terhadap perilaku orang tua, perilaku anak, dan frekuensi *enuresis* anak dengan

menggunakan sampel yang lebih banyak dari beberapa institusi agar hasilnya dapat digeneralisasikan, waktu penelitian yang lebih dari 2 minggu agar hasilnya lebih efektif, instrumen penelitian perlu menggunakan observasi secara langsung oleh peneliti.

2. Perawat khususnya di bidang keperawatan anak perlu mengembangkan perannya dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang *behavioral therapy* kepada orang tua, *retention control training*, pembuatan jadwal bangun tidur, konsultasi dengan dokter untuk pemberian obat-obatan dalam mengatasi *enuresis* anak.
3. Guru perlu membantu mengatasi masalah kesehatan anak khususnya masalah *enuresis* anak agar anak tidak merasa malu, minder, dan dapat bersosialisasi dengan anak lain.
4. Keterlibatan orang tua perlu ditingkatkan dalam mengatasi *enuresis* anak, meliputi praktik dalam *behavioral therapy* (*general behavioral approach, establishing motivation, managing fluid intake, training to wake up*), meningkatkan harga diri dengan memberikan dukungan emosional, mau menerima dan menghindari sikap menyalahkan agar anak dapat tumbuh dan berkembang dengan optimal.





**DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Alwi, Kridalaksana, Adiwimarta, Sunaryo, dkk. 1996. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi kedua. Jakarta: Balai Pustaka, hal: 281.
- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 35-37.
- Azwar, S. 2003. *Sikap Manusia, Teori, dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hal: 4, 5, 15-17, 23, 24, 30-38.
- Breton&Mercer. 1999. "Behavioral Therapy", (Online), (<http://sleepmedicine.advanceweb.com/Editorial/Content/Editorial.aspx?CC=7709>, diakses Tanggal 17 April 2008 Jam 11.00 WIB).
- Buttler, Richard J. 1994. *Nocturnal Enuresis: The Child Experience*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd, p: 128-129, 137-141, 144, 147, 161.
- Departemen Pendidikan Nasional. 2003. *Standar kompetensi Taman Kanak-Kanak dan Raudhatul Athfal tahun 2004*. Jakarta: Pusat Kurikulum, Balitbang Depdiknas.
- Dini, Yelia. 2008. "Masih Mengompol", (Online), ([http://www.inspiredkidsmagazine.com/forum\\_tweens.php](http://www.inspiredkidsmagazine.com/forum_tweens.php), diakses Tanggal 30 April 2008 Jam 10.58 WIB).
- Doheny. 2008. "Sleep Disorder: Behavioral Treatments for Bedwetting", (Online), (<http://www.webmd.com/parenting/bedwetting-solutions-8/bedwetting-causes?page=3>, diakses Tanggal 16 Mei 2008 jam 10.55 WIB).
- Feindler, Eva, Grace. 2008. "Behavior Therapy", (Online), ([http://findarticles.com/p/articles/mi\\_g2602/is\\_0000/ai\\_2602000080](http://findarticles.com/p/articles/mi_g2602/is_0000/ai_2602000080), diakses Tanggal 17 Mei 2008 Jam 09.07).
- Gilang. 2001. "Tatalaksana Pasien Enuresis", (Online), (<http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=769&tbl=cakrawala>, diakses Tanggal 16 April 2008 Jam 09.00 WIB).
- Guyton&Hall. 1997. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 9. Jakarta: EGC, hal: 933, 939.
- Harjaningrum, AT. 2005. "Sudah Besar Kok Masih Ngompol", (Online), (<http://www.pikiran-rakyat.com/cetak/2005/0305/13/hikmah/lain04.htm>, diakses Tanggal 7 Maret 2008 Jam 10.00 WIB).

- Herawati. 2001. *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC, hal: 55-59.
- Hidayat, AA. 2006. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 97-99.
- Hidayat. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 80-84.
- Latief, Napitupulu, Pudjiadi, Ghazali, Putra . 2002. *Ilmu Kesehatan Anak*. Buku 1. Jakarta: Infomedika, hal: 272.
- Marries, Dan. 2004. "Bedwetting", (Online), (<http://www.kold.com/global/story.asp?s=18990>, diakses Tanggal 17 Mei 2008 Jam 09.07).
- Mars. 1999. "Treating Primary Nocturnal Enuresis: The Counselor's Role", (Online), ([http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FCR/is\\_2\\_33/ai\\_62839420/pg\\_3](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FCR/is_2_33/ai_62839420/pg_3), diakses Tanggal 14 Mei 2008 Jam 08.00 WIB).
- Nelson. 1999. *Ilmu Kesehatan Anak*. Volume 1. Jakarta: EGC, hal: 99.
- Notoatmodjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 27-32, 36-49, 62-66, 114-117, 120-131.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pennesi, Pitter, Bordugo, Minisini, dan Peratoner. 2004. Behavioral Therapy For Primary Nocturnal Enuresis. *The Journal of Urology*. 2004(171: 408-410).
- Perry&Potter. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume I. Jakarta: EGC, hal: 637, 639.
- Rosenstein, Beryl J. 1997. *Intisari Pediatri: Panduan praktis pediatri klinik*. Edisi II. Jakarta: Hipokrates, hal: 141-144.
- Siwek. 1999. "Why Does My Child Wet the Bed?", (Online), (<http://www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/afp/contactus.html>), diakses Tanggal 17 Mei 2008 Jam 09.07).
- Soetjiningsih. 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC, hal: 105-114
- Suliha, Herawani, Sumiati, Resnayati. 2001. *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC, hal: 5.

- Supartini, Y. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC, hal: 50-56, 59-65.
- Tambunan, Taralan. 2003. "Mengapa Masih Mengompol", (Online), (<http://www.indonesia.com/sripo/2003/12/21/2112mom2>, diakses Tanggal 21 April 2008 Jam 10.55).
- Tim PSIK Unair. 2004. *Buku Panduan Pentusunan Proposal dan Skripsi*. FK Unair: PSIK Surabaya, hal: 3-12.
- Whaley&Wong. 1999. *Nursing Care of Infants and Children. Fifth Edition*. St.Louis: Mosby Year Co, p: 1280-1286.
- Wong, DL. 1999. *Nursing Care of Infant and Children*. : St. Louis: Mosby Year Co, p: 866-869.
- Wong, DL. 2003. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Edisi 4. Jakarta: EGC, hal: 134, 192-196.





**LAMPIRAN**