

# SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN ORANG TUA  
TENTANG DERAJAT DEHIDRASI PADA ANAK DIARE  
DENGAN PERCEPATAN DIBAWA KE RUMAH SAKIT  
DI RUANG MENULAR ANAK RSUD Dr. SOETOMO  
SURABAYA**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



Oleh:

**FATMAH LAMIARSIH RAHAYU**

**NIM: 019930081 B**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

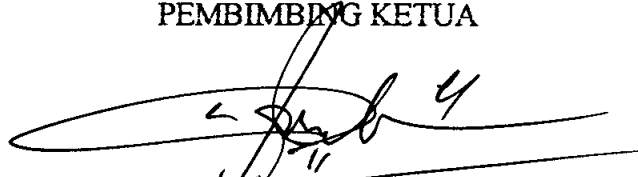
**2002**

## LEMBAR PERSETUJUAN

DITERIMA DAN DISETUJUI  
PADA TANGGAL APRIL 2002

OLEH

PEMBIMBING KETUA



Nursalam, M. Nurs ( Hons )

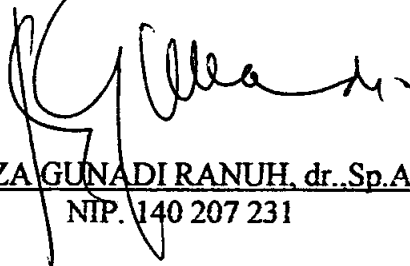
NIP. 140 238 226

PEMBIMBING II

SRI UTAMI, S. Kp

Nip. 140 254 186

PEMBIMBING III



REZA GUNADI RANUH, dr.,Sp.A

NIP. 140 207 231

MENGETAHUI

KETUA PROGRAM STUDI S-1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA



Prof. EDDY SOEWANDOJO, dr. Sp. PD

NIP 130 325 831

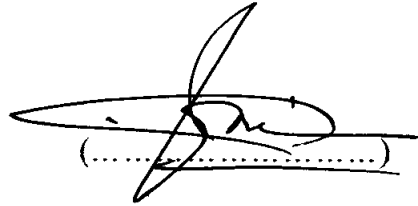
## LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan tim penguji  
Ujian Sidang Skripsi pada Program Studi S 1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Suarabaya

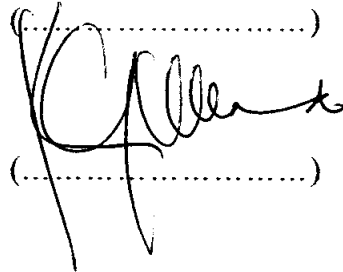
PADA TANGGAL 9 APRIL 2002

### PENGUJI

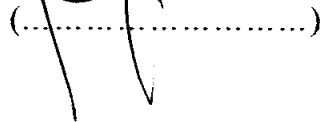
Ketua : Nursalam, M.Nurs (Hons)



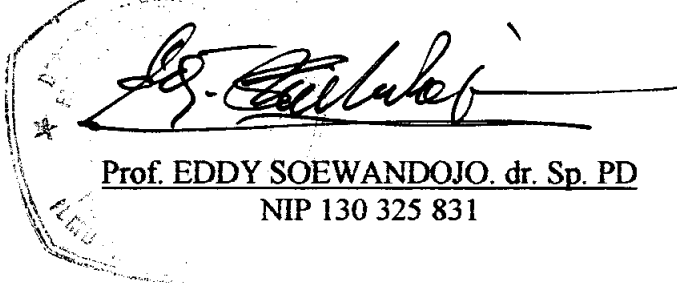
Anggota : Sri Utami, S.Kp



Anggota : Reza Gunadi Ranuh, dr., Sp.A



MENGETAHUI  
KETUA PROGRAM STUDI S-1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA



Prof. EDDY SOEWANDOJO. dr. Sp. PD  
NIP 130 325 831

## **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**

**FATMAH LAMIARSIH RAHAYU**

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FK UNAIR  
SURABAYA

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN ORANG TUA TENTANG DERAJAT DEHIDRASI PADA ANAK DIARE DENGAN PERCEPATAN DIBAWA KE RUMAH SAKIT DI RUANG MENULAR ANAK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA"

Pada kesempatan ini perlu penulis sampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wijadi, dr, Sp. THT selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan bantuan fasilitas pendidikan yang diikuti.
2. Prof. Eddy Suwandojo. dr. Sp PD, selaku ketua program studi ilmu keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan selama proses pendidikan
3. Direktur RSUD Dr. Soetomo yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melaksanakan penelitian
4. dr. Siti Pariani, M.S, M.Sc., Ph.D selaku pembimbing ketua yang dengan penuh ketekunan dan kesabaran untuk membimbing, memberi dorongan, arahan serta saran-saran dalam penyusunan skripsi ini.
5. Sri Utami, S. Kp, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
6. dr. Reza Gunadi Ranuh, Sp.A selaku pembimbing yang telah memberikan banyak saran dan masukan dalam penelitian ini.
7. Kepala Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo beserta teman sejawat di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo yang telah memberikan bantuan dan kesempatan dalam teknis penelitian.

8. Teristimewa Suami dan anakku Mira tercinta, dan yang tersayang, dimana banyak memberikan semangat, pengorbanan, dan doa selama penulis mengikuti pendidikan di PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
9. Kedua orang tua dan adik-adikku yang senantiasa mendukung dengan doa dan semangat pantang mundur selama proses pendidikan.
10. Seluruh responden yang telah bersedia sebagai sampel penelitian ini.
11. Semua rekan-rekan se-almamater di PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga angkatan I yang telah memberikan bantuan dan kerjasama selama penulis mengikuti pendidikan.

Kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan.

Surabaya, April 2002

Penulis

## DAFTAR ISI

|   | Hal  |
|---|------|
| Halaman Judul .....                               | I    |
| Lembar Persetujuan .....                          | Ii   |
| Lembar Pengesahan .....                           | Iii  |
| Surat Pernyataan .....                            | iv   |
| Kata Pengantar .....                              | v    |
| Daftar Isi .....                                  | vii  |
| Daftar Diagram .....                              | viii |
| Abstraksi .....                                   | ix   |
| <br>  |      |
| BAB 1. PENDAHULUAN .....                          | 1    |
| 1.1 Latar belakang .....                          | 1    |
| 1.2 Rumusan masalah .....                         | 3    |
| 1.3 Tujuan penelitian .....                       | 3    |
| 1.4 Manfaat penelitian .....                      | 4    |
| 1.5 Relevansi .....                               | 5    |
| <br>  |      |
| BAB 2. LANDASAN TEORI .....                       | 6    |
| 2.1 Pengetahuan .....                             | 8    |
| 2.2 Diare .....                                   | 9    |
| 2.3 Dehidrasi .....                               | 16   |
| 2.4 Perilaku pencarian kesehatan .....            | 17   |
| 2.5 Kerangka konseptual dan Hipotesis .....       | 21   |
| <br>  |      |
| BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN .....                | 22   |
| 3.1 Desain penelitian .....                       | 22   |
| 3.2 Kerangka Kerja .....                          | 22   |
| 3.3 Populasi, Sampel dan Sampling .....           | 23   |
| 3.4 Definisi Operasional .....                    | 24   |
| 3.5 Teknik pengumpulan dan<br>analisis data ..... | 26   |
| 3.6 Masalah Etika .....                           | 27   |
| 3.7 Keterbatasan .....                            | 27   |
| <br>  |      |
| BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN .....                 | 29   |
| 4.1 Hasil Penelitian .....                        | 29   |
| 4.2 Pembahasan .....                              | 35   |
| <br>  |      |
| BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN .....                 | 38   |
| 5.1 Kesimpulan .....                              | 38   |
| 5.2 Saran .....                                   | 38   |
| <br>  |      |
| Daftar Pustaka .....                              | 40   |
| Lampiran .....                                    | 42   |

## DAFTAR DIAGRAM

|   | Halaman |
|---|---------|
| Diagram 4.1. Jenis kelamin anak yang mengalami diare di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002              | 29      |
| Diagram 4.2. Usia anak yang mengalami diare di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002                       | 30      |
| Diagram 4.3. Jenis kelamin responden di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002                              | 30      |
| Diagram 4.4. Pendidikan responden di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002                                 | 31      |
| Diagram 4.5 Hubungan responden dengan anak diare di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002                  | 31      |
| Diagram 4.6 Sumber Informasi Respoden tentang diare dan dehidrasi di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002 | 32      |
| Diagram 4.7 Jarak rumah responden dengan pelayanan kesehatan di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002      | 32      |
| Diagram 4.8 Pengetahuan responden tentang diare dan dehidrasi di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002     | 33      |
| Diagram 4.9 Percepatan membawa anak diare di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002                         | 33      |



## DAFTAR LAMPIRAN

|            |                              | Hal |
|------------|------------------------------|-----|
| Lampiran 1 | Surat Ijin Penelitian        | 42  |
| Lampiran 2 | Permohonan Menjadi Responden | 43  |
| Lampiran 3 | Format Pengumpulan Data      | 45  |
| Lampiran 4 | Perhitungan Statistik        | 50  |

## ABSTRAK

Dehidrasi merupakan kondisi yang serius yang dapat terjadi pada anak yang mengalami diare, yang dapat menyebabkan kematian pada anak. Besarnya angka kematian akibat diare harus menjadi perhatian serius seluruh pihak.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara tingkat pengetahuan tentang derajat dehidrasi terhadap percepatan anak dibawa ke rumah sakit di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo.

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan desain penelitian Cross Sectional. Teknik sampling yang digunakan adalah Consecutive sampling dengan jumlah sampel 30 responden. Data diambil dengan menggunakan kuesioner.

Hasil penelitian didapatkan berdasarkan uji statistik korelasi kontingensi didapatkan adanya hubungan yang kuat antara tingkat pengetahuan dengan percepatan anak dibawa ke rumah sakit dengan signifikansi  $p=0,01610$  dengan koefisien korelasi 0,40227

Dari hasil diatas, perlu kiranya dilakukan penelitian secara lebih mendalam untuk mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan perilaku pencarian kesehatan dengan jumlah sampel yang lebih luas dan menggunakan pendekatan nonparametrik.

## ABSTRACT

Dehydration is a serious-critical condition whom come at diarrhea child and further may cause death. As big child mortality caused by diarrhea; it must been attention of all persons and health care personals.

The objective of this research is to identify relationship between knowledge of dehydration degrees to the health-seeking behavior in offer diarrhea child to the hospital at infectious-disease child-ward of Dr. Soetomo Hospital, Surabaya

Research method used in this research is descriptive-analytic with cross-sectional design. Sampling technique used in this research is Consecutive sampling with sample size 30 respondents. Data collected using questioner.

Research result based on Spearman Correlation found that there are exist relationship between knowledge of nurses with their attitude in  $p = 0,01610$  and correlation coefficient  $0,40227$

From the results, it is need for further research in identify factors influence nurse knowledge and health seeking behavior with greater sample and non parametric approach

**Key Words:** Knowledge, Health seeking behavior, Dehydration, Diarrhea

## **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Diare adalah buang air besar yang terjadi pada bayi atau anak yang sebelumnya nampak sehat dengan frekwensi 3 kali atau lebih perhari, disertai perubahan tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah. (A.H. Markum, 1991 : 448). Diare merupakan salah satu masalah yang sering timbul pada anak balita dan seringkali menimbulkan berbagai masalah kesehatan berupa kurang cairan dan akhirnya dapat menimbulkan kematian. (A.H. Markum, 1991 : 449) Dalam kenyataannya, diare masih merupakan penyakit yang seringkali mengakibatkan adanya dehidrasi (kekurangan cairan) dan berbagai derajat dehidrasi yang mungkin muncul sebagai manifestasi beratnya gangguan kehilangan cairan tubuh pada anak yaitu dehidrasi ringan, sedang dan berat (Suharyono, 1998).

Besarnya angka kejadian penyakit diare merupakan gambaran betapa pentingnya perhatian terhadap penyakit ini. Di Indonesia kematian yang disebabkan diare 200.000-250.000/tahun (Markum, 1991: 19) 20% diantaranya disebabkan oleh diare kronik. Selain disebabkan kesakitan dan kematian, diare akut kronik juga merupakan penyebab utama mal nutrisi, sekitar 20-30% tempat tidur di rumah sakit dihuni oleh penderita diare baik sebagai penyebab utama maupun sebagai penyakit penyerta. Survey rumah tangga tahun 1995 menunjukkan kematian bayi akibat diare sebanyak 13% dan kematian anak usia

1-4 tahun sebanyak 5%. Di rumah sakit umum Dr. Soetomo Surabaya kasus diare merupakan kasus yang perlu ditangani. Angka kejadian di tahun 1999 jumlah kasus 762 orang. Urutan pertama pada bayi sebanyak 573 kasus, yang meninggal 14 orang, urutan kedua anak umur 1-4 tahun sebanyak 189 kasus (Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 1999).

Meskipun penyebab diare atau dehidrasi telah diketahui tetapi ada faktor-faktor yang lain yang mempengaruhi timbulnya dehidrasi yaitu :Pengertian keluarga atau masyarakat tentang dehidrasi, Kebiasaan keluarga dalam menangani anak sakit, termasuk didalamnya adalah percepatan membawa anak pada petugas kesehatan , Pemberian makanan yang tidak benar kepada anak dan Penanganan oleh tenaga kesehatan, Disamping itu faktor-faktor lain yakni sosial ekonomi, sosial budaya, keadaan lingkungan, penyakit penyerta, serta kepadatan penduduk. (Gultom, 1982 : 11).

Berdasarkan pada gambaran diatas maka penting untuk diketahui seberapa besar tingkat pengetahuan keluarga dalam mengenal dehidrasi sekaligus hubungannya dengan percepatan keluarga melakukan tindakan kesehatan untuk pencarian pelayanan kesehatan (health seeking behavior) sehingga dapat teridentifikasi pentingnya pendidikan kesehatan keluarga dalam mengenal diare dan dehidrasi untuk meningkatkan peran keluarga dalam bidang kesehatan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

### **1.2.1 Pernyataan masalah**

Diare adalah masalah nasional yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Adapun perilaku masyarakat yang dapat memperberat kondisi sakit diare pada anak antara lain pemahaman keluarga atau masyarakat tentang dehidrasi, kebiasaan dalam menangani anak yang sakit, pola konsumsi makan yang tidak benar, disamping faktor lain seperti sosial ekonomi, sosial budaya, kondisi lingkungan, penyakit penyerta maupun akibat kepadatan penduduk.

### **1.2.2 Pertanyaan masalah**

- 1) Bagaimana tingkat pengetahuan orang tua tentang derajat dehidrasi yang terjadi pada anak diare yang dirawat di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya ?
- 2) Bagaimana tingkat percepatan keluarga dalam membawa anak yang mengalami diare dan dehidrasi ke rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya ?
- 3) Adakah hubungan antara tingkat pengetahuan orang tua tentang derajat dehidrasi dengan percepatan membawa anak yang mengalami diare ke rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

1.3.2 Mengidentifikasi hubungan antara tingkat pengetahuan orang tua tentang derajat dehidrasi dengan percepatan membawa anak yang mengalami diare ke rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya

1.3.3 Tujuan Khusus

- 1) Mengukur tingkat pengetahuan orang tua tentang derajat dehidrasi yang terjadi pada anak diare yang dirawat di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- 2) Menganalisa tingkat percepatan keluarga dalam membawa anak yang mengalami diare dan dehidrasi ke rumah sakit Dr. Soetomo Surabaya
- 3) Mempelajari hubungan antara tingkat pengetahuan orang tua tentang derajat dehidrasi dengan percepatan membawa anak yang mengalami diare ke Rumah Sakit. Dr. Soetomo Surabaya

## 1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi institusi Pendidikan

Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku keluarga/ masyarakat dalam mencari bantuan kesehatan (health seeking behavior) sehingga dapat meningkatkan khasanah keilmuan sosiomedik dan memberikan gambaran keilmuan perilaku masyarakat dalam pencarian pelayanan kesehatan.



#### 1.4.2 Bagi institusi Pelayanan kesehatan

Memberikan kontribusi terhadap pentingnya peran keluarga dalam perawatan anak dan sekaligus mengidentifikasi adanya bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang perlu diterapkan tidak hanya dari sisi kuratif, namun juga dari sisi preventif, khususnya pada keluarga yang memiliki balita dengan diare. Penelitian ini juga membantu mencari faktor-faktor kausatif terdapatnya angka kematian bayi dan balita akibat diare yang dirawat di rumah sakit.

#### 1.5 Relevansi

Dengan teridentifikasinya hubungan antara pengetahuan keluarga tentang derajat dehidrasi dengan percepatan membawa anak diare ke rumah sakit, maka diharapkan dapat memberikan gambaran faktor-faktor yang menunjang perilaku pencarian kesehatan dan sekaligus menunjukkan bagaimana tingkat keparahan anak diare yang dibawa ke rumah sakit. Adanya teori bahwa perilaku pencarian pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan keluarga akan dapat dibuktikan dengan penelitian ini sekaligus akan menggambarkan perilaku masyarakat dalam pencarian pelayanan kesehatan.

## **BAB 2**

# **LANDASAN TEORI**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Pengetahuan

##### 2.1.1 Pengertian

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmodjo, 1993 : 127-128).

##### 2.1.2 Domain Pengetahuan

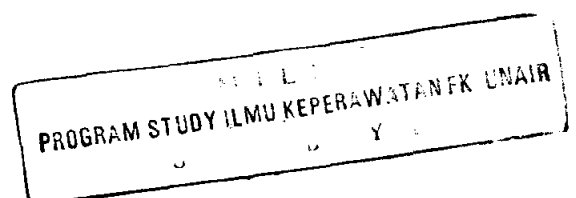
Pengetahuan yang tercakup dalam domain pengetahuan mempunyai 6 tingkatan yaitu (Notoadmodjo, 1993 : 128-129):

###### 1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari dan rangsangan yang telah diterima.

###### 2) Memahami (*Komprehension*)

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



### 3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi nyata/sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

### 4) Analisis (*Analisis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi suatu obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

### 5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

### 6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi itu berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada.

Pengetahuan yang dimiliki oleh individu sangat terkait erat dengan pendidikan dan pengalaman yang dimilikinya, sebagaimana disebutkan bahwa pendidikan merupakan sebagai bentuk bimbingan yang diberikan secara sengaja oleh orang dewasa agar menjadi dewasa atau usaha yang dijalankan oleh seseorang atau sekelompok orang untuk mempengaruhi seseorang atau

sekelompok orang agar menjadi dewasa atau mencapai tingkat hidup dan penghidupan yang lebih tinggi dalam arti mental (Sudirman, 1992: 4).

Selanjutnya pengetahuan merupakan domain yang sangat penting berpengaruh dalam pembentukan perilaku seseorang karena dari penelitian dan pengalaman, perilaku yang terbentuk bersifat lebih menetap. Menurut Rogers dalam Notoadmodjo, 1997; seseorang mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui proses yang berurutan yaitu :

- 1) Awareness (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dahulu terhadap objek (stimulus)
- 2) Interest (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut, disini sikap subjek sudah mulai timbul
- 3) Evaluation (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap reesponden sudah lebih baik lagi
- 4) Trial, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus
- 5) Adoption, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian berikutnya Rogers menyimpulkan bahwa perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut diatas (Notoadmodjo, 1997).

## **2.2 Diare**

### **2.2.1 Pengertian diare**

Diare adalah buang air besar yang terjadi pada bayi atau anak yang sebelumnya nampak sehat dengan frekwensi 3 kali atau lebih perhari,

disertai perubahan tinja menjadi cair dengan atau tanpa lendir dan darah.  
(A.H. Markum,1991 : 48)

Diare adalah keadaan frekwensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak. Konsistensi feces encer dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja  
(Ngastiyah,1997: 143).

### 2.2.2 Penyebab diare

Penyebab diare dapat dibagi dalam beberapa faktor:

#### 1) Faktor infeksi.

1. Infeksi enteral : infeksi salura pencernaan yang merupakan penyebab utama terjadinya diare pada anak meliputi : Infeksi bakteri vibrio, E. colli, salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas da sebagainya. Dari golongan virus meliputi enterovirus, virus ECHO, Coxsackic, poliomyelitis, Adenovirus, rotavirus, Astrovirus dan lain-lain. Sedangkan dari kelompok parasit meliputi cacing Ascaris, Trichuris, oxyuris, Strongyloides, Protozoa, Eritamoeba, hiistolityca, Giardia lamblia, Trichoonas hominis, jamur : Candida albicans.
2. Infeksi parenteral ialah infeksi diluar alat pencernaan seperti : otitis media akut (orek), tonsilitis/tonsilo oaringitis, bronkopneumoni, encephalitis dan sebagainya. Kendala ini terutama pada anak dibawah 2 tahun (Ngastiyah,1997 : 143)

## 2) Faktor malabsorpsi

Malabsorpsi karbohidrat : disakarida : intoleransi laktosa, maltosa, dan sukrosa, monosakarida : intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa. Pada bayi dan anak terpenting dan tersering intoleransi laktosa.

1. Malabsorpsi lemak.
2. Malabsorpsi protein:
3. Faktor makanan : makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.
4. Faktor psikologis : rasa takut dan cemas jarang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar. (Ngastiyah, 1997 : 144)

### 2.1.3 Pathogenesis dan patofisiologi diare

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare ialah :

#### a) Gangguan osmotik

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap di usus akan mengakibatkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare (Ngastiyah, 1997 : 44)

#### b) Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu misalnya toksin pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus. (Ngastiyah, 1997 : 144)

c) Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Sebaliknya bila peristaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan selanjutnya timbul diare. (Ngastiyah, 1997 :144)

Patofisiologi diare

Pada orang dewasa normal masukan cairan (makanan dan minuman) melalui mulut sekitar 1,5-2 liter perhari, produksi ludah sekitar 1 liter sehari, sekresi cairan lambung sekitar 2 liter, pankreas 2 liter, empedu 1 liter, dan jejunum 1 liter, sehingga sekresinya kurang lebih 9 liter per hari. Cairan sebanyak ini sebagian besar akan diserap oleh jejunum sekitar 3-5 liter perhari, ileum 2-4 liter dan usus besar 1-2 liter. Dengan demikian jumlah cairan yang keluar bersama tinja hanya 100-200 ml sehari (Suparto dkk, 1994)

Penyerapan cairan di usus halus : dalam keadaan normal usus halus mampu menyerap cairan sebanyak 7-8 liter sehari, sedangkan usus besar 1-2 liter sehari. Penyerapan air oleh usus halus ditentukan oleh perbedaan antara tekanan osmotik di lumen usus dan di dalam sel, terutama yang dipengaruhi oleh konsentrasi natrium. Penyerapan natrium dalam eritrosit dapat melalui 3 cara yaitu :

1. Berpasangan dengan ion klorida (Cl), atau bahan non elektrolit, seperti glukosa, asam amino, peptida dan lain-lain.



2. Pertukaran dengan ion H.
3. Pasif melalui ruang intraseluler (lihat junction) yang dengan cara ini hanya sebagian kecil saja yang diserap.

Setelah masuk kedalam eritrosit, natrium ini akan di keluarkan melalui enzim Na-K ATP- ase (terdapat di membran basolateral) ke dalam ruang intraseluler dan selanjutnya diteruskan kedalam pembuluh darah. Di dalam ileum dan kolon, cairan clorida (Cl) diserap melalui pertukaran dengan cairan karbonat.

Proses sekresi cairan dalam usus halus merupakan kebalikan proses absorpsi. Penyerapan pasangan NaCl (Natrium clorida) akan meningkatkan anion Cl di dalam sel kriptas dan pada waktu yang bersamaan natrium akan dikeluarkan dari sel kriptas dengan bantuan enzim Na-K ATP-ase. Sekresi Cl di dalam sel kriptas dapat pula ditingkatkan dengan adanya interseluler mesenger (berupa cyclic nucleotida, mis: C-AMP, C-GMP ) yang dapat menyebabkan peninggian permeabilitas sel kriptas sehingga Cl dengan mudah keluar lumen usus.

Dalam keadaan normal usus besar dapat meningkatkan kemampuan penyerapannya sampai 4400 ml sehari. Bila terjadi sekresi cairan yang berlebihan dalam usus halus (ileosekal). Bila cairan melebihi 4400 ml maka usus besar tidak mampu menyerap seluruhnya lagi, selebihnya akan dikeluarkan bersama tinja dan terjadilah diare. Diare dapat juga terjadi karena terbatasnya kemampuan penyerapan usus besar pada keadaan sakit, misalnya

colitis asam terdapat penambahan sekresi cairan pada penyakit usus besar, misalnya karena virus, disentri basiler, ulcus tumor, dan sebagainya.

Dengan demikian dapat dimengerti bahwa setiap perubahan mekanisme normal absorpsi dan sekresi di dalam usus halus ataupun usus besar (kolon) dapat menyebabkan diare, kehilangan cairan, elektrolit dan akhirnya dehidrasi (A.H. Markum, 1991 : 453-454)

#### 2.1.4 Manifestasi klinik

- 1) Mula-mula pasien cengeng, dan gelisah
- 2) Suhu tubuh biasanya meningkat
- 3) Nafsu makan menurun atau tidak ada
- 4) Diare, tinja bercampur lendir atau darah
- 5) Warna tinja makin lama makin berubah kehijau-hijauan karena bercampur empedu.
- 6) Anus dan sekitarnya timbul lecet karena sering defekasi.
- 7) Muntah dapat timbul sebelum atau sesudah diare.

(Ngastiyah, 1998 : 144-145)

#### 2.1.5 Penatalaksanaan

- 1) Resusitasi cairan dan elektrolit sesuai dengan derajat dehidrasi dan kehilangan elektrolitnya

2) Dietetik

Makanan tetap diberikan , asi diteruskan, formula encerkan dalam waktu singkat. Makanan tambahan sesuai dengan konsistensi yang mudah dicerna.

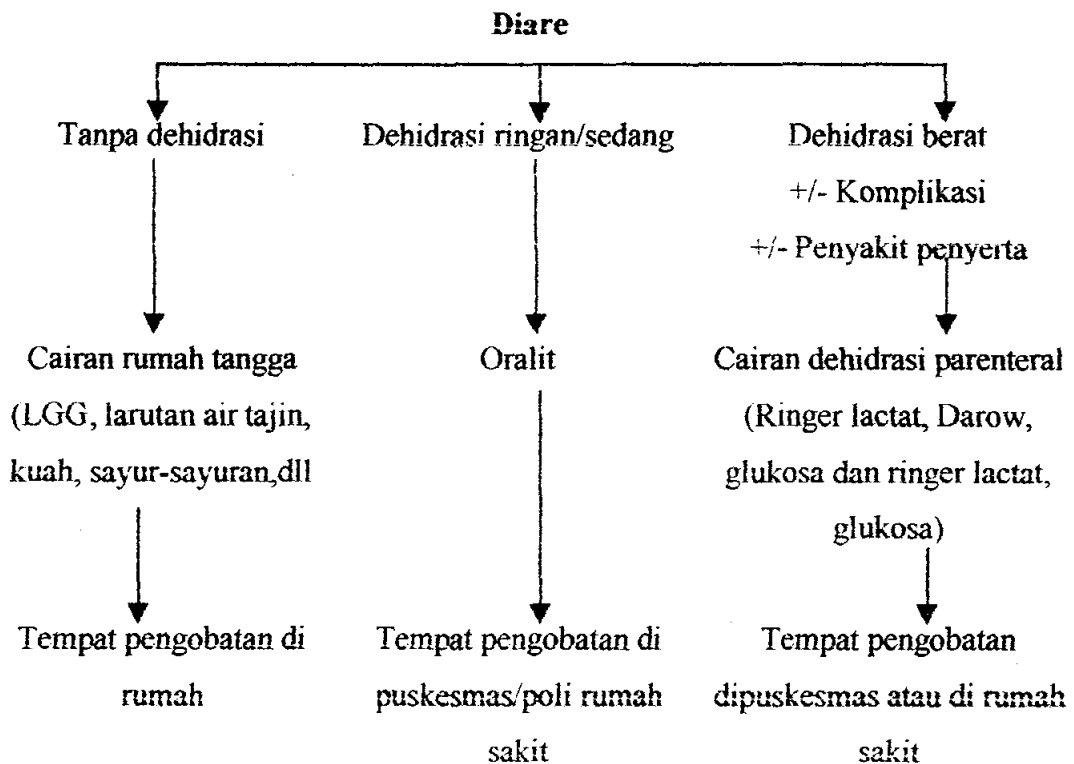
3) Pada umumnya tidak diperlukan antimikrobia

Penggunaan antimikrobia hanya pada kasus-kasus tertentu dan kasus resiko tinggi, misalnya bayi sangat muda, gizi kurang dan ada penyakit penyerta.

4) Pengobatan penyakit penyerta

5) Obat-obat diare tidak dianjurkan oleh karena dapat memperpanjang transit time sehingga kuman-kuman atau toksin lebih lama berada di susu dan juga menyulitkan terapi cairan. ( Lab. UPF IKA Dr. Soetomo : 39).

### Penatalaksanaan Diare berdasarkan berat-ringan penyakit



#### 2.1.6 Upaya pencegahan diare

- 1). Untuk anak-anak berikan hanya ASI selama 4 bulan pertama, teruskan pemberian ASI paling sedikit 1 tahun pertama, berikan makanan sapihan yang bersih dan bergizi mulai pada umur 4-6 bulan.
- 2) Untuk anak yang berumur lebih dari 9 bulan yang tidak menderita campak berikan imunisasi campak.
- 3) Untuk semua anak lain dari anggota keluarga lain. Berikan minum air yang bersih dari semua yang terjaga kebersihannya, dan air yang sudah dimasak dengan baik untuk menghindari pencemaran atau kontaminasi melalui 4 F (Finger, Food, Feces, Fly) cuci tangan dengan sabun

setelah buang air besar, sebelum makan serta sebelum menyiapkan makanan.

- 4) Gunakan WC untuk anak kecil atau yang berumur diatas 5 tahun, buang cepat tinja dengan cara memasukkannya kedalam WC atau menguburnya (DepKes RI,1990 : 8).

### 2.3 Dehidrasi

Dehidrasi adalah ketidakseimbangan fisiologi cairan dan elektrolit yang disebabkan oleh kehilangan cairan dan elektrolit dalam jumlah besar karena diare, muntah, keringat dan lain-lain (DepKes RI,1990 : 8)

Berdasarkan gejala klinis, diare dibagi atas 3 tingkatan menurut Suparto, dkk, 1994 yaitu

- 1) Dehidrasi ringan (kehilangan BB5%) gejala: turgor kulit menurun, fontanella cekung, mulut kering, sangat haus, oligouria jelas, mata sedikit cekung, penurunan tekanan intraokuler .
- 2) Dehidrasi sedang (kehilangan BB6-9%) Gejala: sangat haus, kulit kering, tidak elastis, mata sangat cowong, apatis, gelisah, tekanan intraokuler sangat menurun .
- 3) Dehidrasi berat (kehilangan BB > 10% ) gejala: syndroma renjatan (shock syndrome),vasokonstriksi perifer, Hipotensi, sianosis, Hiperpireksia, Asidosis.

## 2.4 Perilaku Pencarian Kesehatan

Proses pencarian bantuan kesehatan adalah kegiatan yang dilakukan oleh individu, keluarga atau kelompok yang mengalami sakit atau terdapat anggota yang sakit didalamnya untuk mencari bantuan pelayanan kesehatan. Adapun proses pencarian kesehatan tidak semata-mata timbul sebagai keputusan yang sederhana, namun keputusan untuk mencari bantuan kesehatan dilakukan manakala terdapat pengenalan dan penafsiran gejala sakit, gambaran kesakitan, sistem rujukan sosial, penundaan pengobatan dan lainnya. (Smet, 1994)

Dalam pengenalan kesakitan dan gejala sakit, seseorang mempunyai sudut pandang yang berbeda-beda. Hal ini mengacu pada respon subyektif dari orang tersebut dan lingkungannya, yaitu bukan hanya pada pengalaman akan masalah kesehatan dan kesakitan namun juga arti dari pengalaman tersebut (Smet, 1994). Keyakinan awam tentang kesehatan dan kesakitan, terutama adalah hal penyebab sakit, akan mempengaruhi perilaku mencari bantuan yaitu apakah akan mencari bantuan atau tidak. Adapun pengenalan terhadap gejala sakit dan kesakitan dipengaruhi oleh beberapa faktor (Smet, 1994) :

1. Perbedaan perhatian, orang yang memusatkan perhatian pada diri sendiri lebih cepat memperhatikan gejala sakit dibandingkan orang yang memusatkan perhatian pada lingkungan dan kegiatan mereka.
2. Stress, adanya kepercayaan bahwa stress menyebabkan timbulnya sakit
3. Suasana hati (mood), orang yang memiliki suasana hati yang positif cenderung mengira mereka lebih sehat dan lebih jarang melaporkan tentang ingatan yang berhubungan dengan kesakitan.

Faktor-faktor diatas mungkin dapat menjelaskan mengapa begitu banyak ditemukan adanya perbedaan demografis yang mempengaruhi perilaku pengenalan gejala : yaitu seperti umur (pada orang tua), jenis kelamin (pada wanita), status perkawinan (tidak menikah/diceraikan), status kediaman (tinggal sendiri), status pekerjaan (menganggur), serta status sosial ekonomi (tingkat pendidikan dan pekerjaan yang lebih tinggi) melaporkan gejala kesakitan lebih banyak (Pennebaker, 1992 dalam Smet, 1994)

Disamping faktor individual diatas, maka faktor lain yang mempengaruhi pengenalan gejala kesakitan adalah faktor situasi dan adanya perbedaan budaya (Smet, 1994)

Setelah terjadi pengenalan gejala, maka perilaku kesehatan selanjutnya adalah penafsiran gejala yang dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya yaitu sejauhmana gejala yang timbul lazim terjadi pada masyarakat. Adanya gejala dengan prevalensi yang tinggi (sering terjadi) sering diabaikan. Orang sering percaya bahwa gejala yang jarang timbul merupakan tanda serius dari suatu penyakit (Sarafino, 1990 dalam Smet, 1994). Faktor lain yang mempengaruhi penafsiran gejala adalah pengharapan yaitu pengharapan terhadap gejala yang timbul, serta adanya keseriusan gejala dimana bila gejala menyerang organ yang penting maka akan ditafsirkan sebagai gejala yang serius dibandingkan bila menyerang organ yang kurang penting (Smet, 1994)

Langkah selanjutnya sebelum seseorang memutuskan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah dengan membentuk gambaran kognitif

tentang kesakitan. Manusia membentuk gambaran kognitif dari kesakitan melalui ciri-ciri sebagai berikut (Leventhal, 1984 dalam Smet, 1994) :

1. Identitas yang terdiri dari pola gejala dan label kesakitan
2. Penyebab yang dirasakan
3. Gambaran mengenai parahnya penyakit atau konsekuensi sakit
4. Batas waktu atau harapan mengenai sakit tersebut
5. Gambaran tentang penyembuhan dan pengobatan

Apabila tahap persepsi gejala dilakukan, maka individu akan mendefinisikan sebagai sakit untuk kemudian memutuskan bagaimana pengobatannya. Pemutusan bahwa seseorang sakit merupakan proses kognitif dan sosial yang melibatkan orang lain disekitar pasien (Smet, 1994).

Proses mencari bantuan dilakukan bila telah terjadi pendefinisian sakit secara sosial, dimana untuk selanjutnya terjadi bentuk rujukan awam, dimana bantuan kesehatan timbul pada masyarakat awam/tidak profesional. Pada domain ini penyakit pertama kali dikenali dan ditentukan dan biasanya melibatkan keluarga, teman dan tetangga. Perangkat informal ini mungkin bisa membantu menafsirkan gejala, memberi nasihat bagaimana mencari bantuan medis, menyarankan cara penyembuhan, atau memberi saran untuk berkonsultasi pada orang lain. Sektor lain adalah sektor tradisional yaitu terdiri atas orang-orang yang mempunyai spesialisasi dibidang penyembuhan secara tradisional. (Smet, 1994)

Sektor ketiga adalah para profesional kesehatan yaitu terdiri atas organisasi profesi dibidang penyembuhan yang resmi. Dengan menggunakan



model Foster dan Anderson, Salan menyebutkan lima tahap dalam proses menuju pelayanan kesehatan :

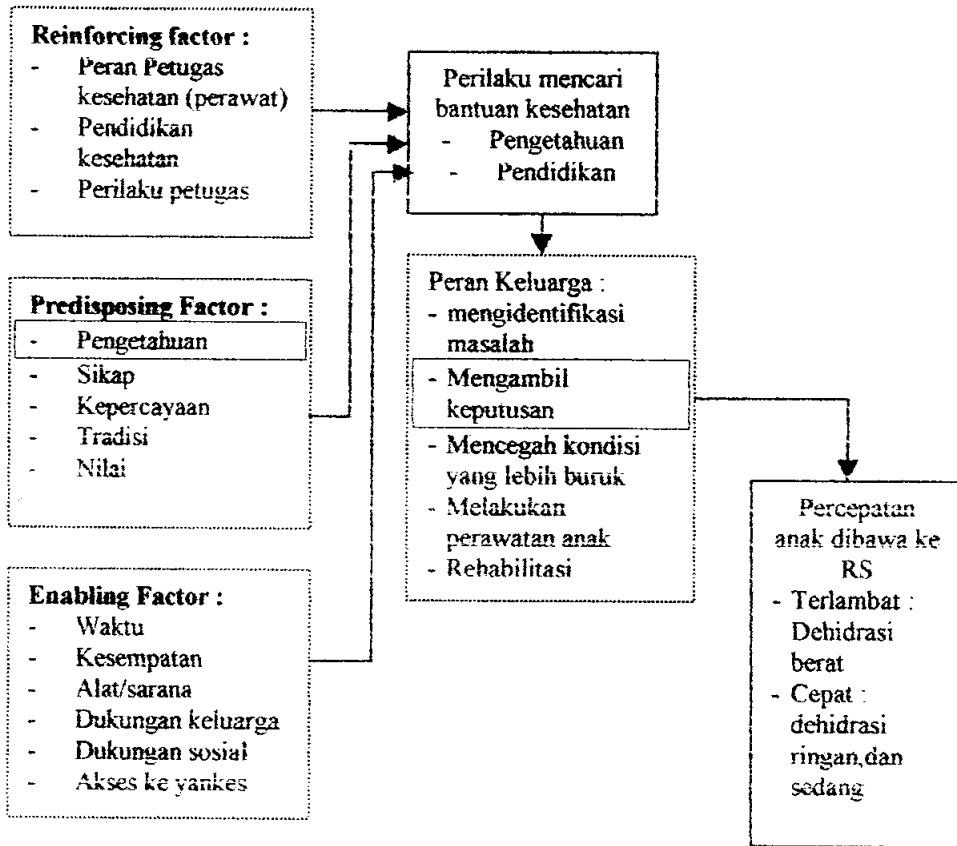
- 1) Keputusan ada sesuatu yang tidak beres
- 2) Keputusan bahwa seseorang sakit dan membutuhkan bantuan profesional
- 3) Keputusan untuk mencari perawatan medis profesional
- 4) Keputusan untuk mengalihkan pengawasan kepada dokter dan menerima serta mengikuti pengobatan yang ditetapkan
- 5) Keputusan untuk mengakhiri peranan pasien.

Zola menggambarkan bahwa seseorang mendatangi pelayanan profesional berdasarkan atas (Smet, 194):

- 1) Tingkat kekhawatiran seseorang terhadap suatu gejala
- 2) Hakikat dan kualitas gejala
- 3) Krisis interpersonal
- 4) Sanksi sosial
- 5) Gangguan yang dirasakan dalam fungsi kerja atau fisik.

Keputusan untuk mendatangi pelayanan profesional kesehatan dipengaruhi oleh faktor sosiokultural seperti dukungan sosial dan faktor demografis.

**2.5 Kerangka konseptual**



= Diteliti  
 = Tidak diteliti

**Hipotesis**

H 1 : Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan orang tua tentang derajat dehidrasi pada anak diare dengan percepatan dibawa ke rumah sakit

## BAB 3

# METODOLOGI PENELITIAN

## BAB 3

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 3.1 Desain Penelitian

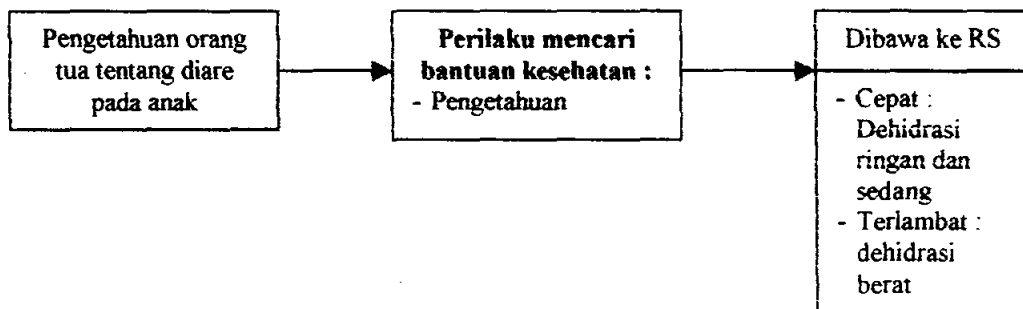
Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan desain “Cross sectional” dimana peneliti melakukan pengukuran variabel pada satu saat dan diobservasi satu kali saja (Sastro Asmoro, 1995 : 49)

Adapun rancang bangun penelitian sebagai berikut :

P : S → O

P = Populasi  
S = Sampel  
O = Observasi

#### 3.2 Kerangka Kerja



### **3.3 Populasi, Sampel dan Sampling**

#### **3.3.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoadmodjo, 1993 : 75). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu yang menunggu, dan anak diare yang dirawat di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### **3.3.2 Sampel**

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili populasi (Notoadmodjo, 1993 : 75). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian ibu yang menunggu anak/penderita diare di Ruang Penyakit Menular Anak. Penelitian ini menggunakan sampel sejumlah 30 ibu/penunggu penderita diare yang dirawat di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### **3.3.3 Sampling**

Sampling adalah proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Burns & Groove, 1991: 98). Penelitian ini menggunakan teknik Nonprobability Sampling tipe "Consecutive Sampling" dimana responden yang ada pada saat penelitian diambil untuk dijadikan responden sesuai hingga sejumlah yang diperlukan.

Sampel ditentukan berdasarkan atas kriteria inklusi :

- 1) Keluarga penderita diare yang dirawat di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- 2) Bersedia untuk diteliti

- 3) Mampu berkomunikasi dengan baik
- 4) Mampu membaca dan menulis

Kriteria eksklusi :

- 1) Bukan merupakan keluarga penderita diare yang dirawat I Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- 2) Tidak bersedia untuk diteliti
- 3) Tidak mampu berkomunikasi dengan baik
- 4) Tidak mampu membaca dan menulis

### 3.4 Definisi Operasional

#### 3.4.1 Variabel Independen

Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari "tahu" yang terjadi setelah orang tersebut melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. (Notoadmodjo, 1997 : 95). Yang dimaksud pengetahuan disini adalah pengetahuan keluarga tentang derajat dehidrasi yang dialami oleh anak yang mengalami diare. Pengetahuan diukur dengan menggunakan kuesioner dan nilai dari kuesioner selanjutnya dikategorikan dalam skala baik, sedang, dan kurang. Disebut baik apabila mampu menjawab dengan benar seluruh pertanyaan sebesar 76-100%, dinilai sedang bila mampu menjawab pertanyaan sebesar 56-75 % dan kurang bila menjawab pertanyaan dengan benar 0-55% dari seluruh item

pertanyaan.(Notoamodjo, 1997) Skala akhir data merupakan skala ordinal : baik, sedang, dan kurang.

### 3.4.2 Variabel Dependen

#### Percepatan Masuk Rumah Sakit

Adalah kondisi anak ketika dibawa masuk ke Rumah Sakit. Kondisi anak ketika masuk ke rumah sakit dinilai tingkat dehidrasi yang dialaminya yaitu dibedakan dalam dua bentuk: dehidrasi ringan/sedang dan dehidrasi berat. Apabila anak dibawa dalam kondisi dehidrasi ringan/sedang disebut tidak terlambat dan bila anak dibawa dalam keadaan dehidrasi berat sampai dengan syock disebut terlambat. Data tentang percepatan masuk rumah sakit ditentukan berdasarkan catatan medik awal penderita masuk rumah sakit. Data akhir dari variabel ini adalah data nominal : terlambat dan tidak terlambat.

| Variabel   | Definisi Operasional   | Parameter  | Alat Ukur    | Skala   | Skor   |
|--|--|--|--------------|---------|--|
| Independen :<br>Pengetahuan                        | Pengetahuan adalah hasil dari "tahu: yang terjadi setelah orang tersebut melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. (Notoadmodjo, 1997:hal 95). Yang dimaksud pengetahuan disini adalah pengetahuan keluarga tentang derajat dehidrasi yang dialami oleh anak yang mengalami diare. | - Pengetahuan ttg diare<br>- Penyebab diare<br>- Tanda dan gejala diare<br>- Tindakan / ca-ra menga-tasi diare<br>- Pencegahan dehidrasi | Kuesioner    | Ordinal | Baik = > 75 % jawaban benar<br>Sedang = (56-75 % jawaban benar)<br>Kurang = < 56 % jawaban benar |
| Dependen :<br>Percepatan memba wa anak diare ke RS | Adalah kondisi ketika dibawa masuk ke Rumah Sakit. Apabila anak dibawa dalam kondisi dehidrasi ringan/sedang disebut tidak terlambat dan bila anak dibawa dalam keadaan dehidrasi berat sampai dengan syock disebut terlambat.   | Catatan Medik saat masuk :<br>- Dehidrasi ringan<br>- Dehidrasi sedang<br>- Dehidrasi berat  | Status Medik | Nominal | 1 = tidak terlambat, bila dehidrasi ringan/sedang<br>2 = terlambat, bila dehidrasi berat.        |

### 3.5 Teknik Pengumpulan dan Pengolahan Data

Data dikumpulkan melalui dua sumber yaitu dari keluarga untuk mengukur tingkat pengetahuan tentang derajat dehidrasi pada anak dan data dari catatan medik untuk melihat derajat dehidrasi anak ketika awal masuk rumah sakit. Tingkat pengetahuan dinilai dengan menggunakan kuesioner dan Derajat dehidrasi ditinjau berdasarkan catatan medik awal masuk rumah sakit. Data yang telah dikumpulkan selanjutnya diuji dengan menggunakan Uji Statistik kontingensi dengan tingkat kepercayaan  $p \leq 0.05$ . Teknik pengolahan secara komputerasi dengan menggunakan software komputer SPSS 6.0



### 3.6 Masalah Etika

Penelitian ini melibatkan unsur manusia sehingga dalam pelaksanaannya peneliti mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut :

#### 1) Lembar persetujuan

Lembar persetujuan sebagai responden penelitian diajukan sebelum dilakukan pengumpulan data. Tujuan dari lembar persetujuan ini sebagai bukti penyelenggaraan penelitian, tanggung gugat, dan agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian.

#### 2) Anonimitas

Penelitian ini tidak akan mencantumkan identitas jelas (nama, alamat lengkap, nomor telepon atau foto dan gambar) yang memungkinkan dapat dikenalnya identitas responden. Untuk mengetahui keikutsertaan responden melalui tanda tangan yang dibubuhkan pada lembar persetujuan.

#### 3) Kerahasiaan

Informasi yang diberikan oleh partisipan dijamin oleh peneliti untuk dipertahankan kerahasiaannya. Hanya data tertentu saja yang disajikan dalam bentuk kesimpulan data atau interpretasi data

### 3.7 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Burns & Groove, 1991). Keterbatasan pada penelitian ini adalah :

- 1) Sampel yang digunakan dalam jumlah yang relatif kecil dan seting tempat yang terbatas, sehingga tidak memungkinkan untuk mengeneralisasikan hasil penelitian
- 2) Alat ukur yang digunakan belum teruji tingkat realibilitas dan validitasnya

## BAB 4

# HASIL DAN PEMBAHASAN

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

Penelitian dilaksanakan di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 5 – 22 Maret 2002; didapatkan hasil tentang karakteristik responden, data tentang dehidrasi (percepatan membawa anak ke Rumah Sakit) dan tingkat pengetahuan keluarga tentang dehidrasi.

##### 4.1.1 Data Umum

##### 1) Jenis Kelamin Anak yang mengalami diare

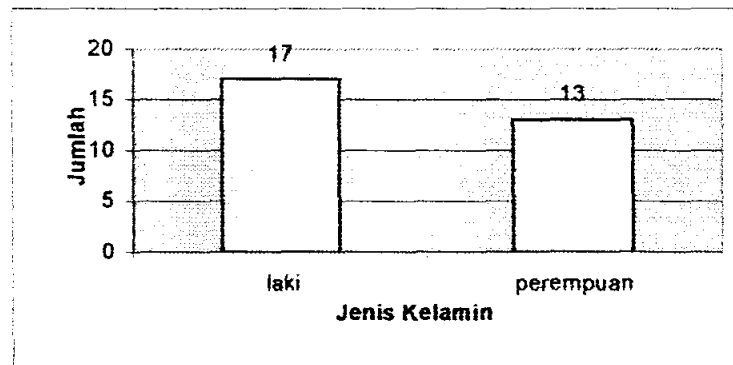


Diagram 4.1 Jenis kelamin Anak yang mengalami diare di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya , Maret 2002

Berdasarkan pada diagram diatas terlihat bahwa jumlah penderita diare terbanyak pada kelompok jenis kelamin laki-laki (56,7 %) dan pada perempuan sebanyak 43,3 %.

## 2) Usia anak yang mengalami diare

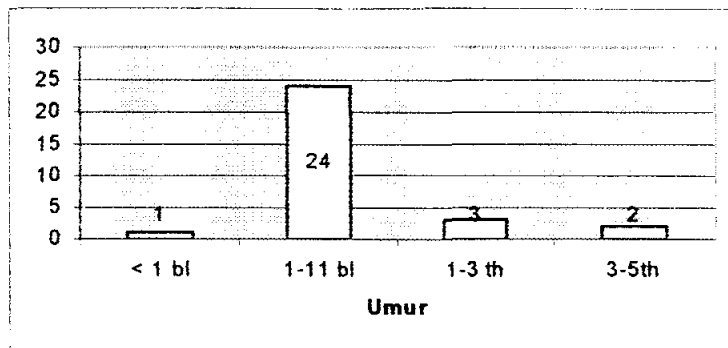


Diagram 4.2 Usia anak yang mengalami diare di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002

Berdasarkan pada diagram diatas terlihat bahwa jumlah penderita diare terbanyak pada kelompok usia 1-11 bulan (80,0 %), selanjutnya pada kelompok 1-3 tahun sebanyak 10,0 %, pada kelompok usia 3-5 tahun sebanyak 6,7 %, dan pada kelompok usia kurang dari 1 bulan didapatkan 3,3 %.

## 3) Jenis Kelamin Responden

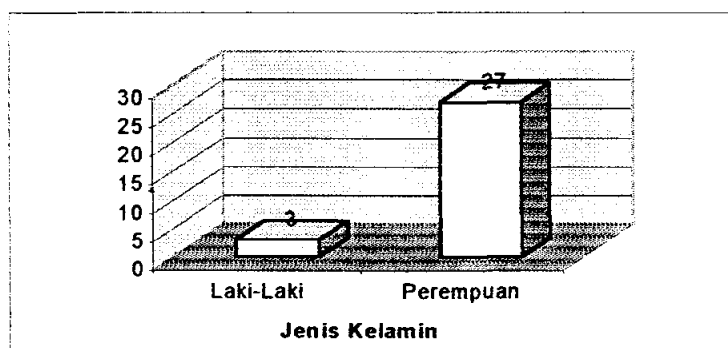


Diagram 4.3 Jenis kelamin responden di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002

Berdasarkan pada diagram diatas terlihat bahwa sebagian besar responden adalah perempuan (90 %) dan sebagian kecil (10 %) adalah laki-laki.

#### 4) Pendidikan responden

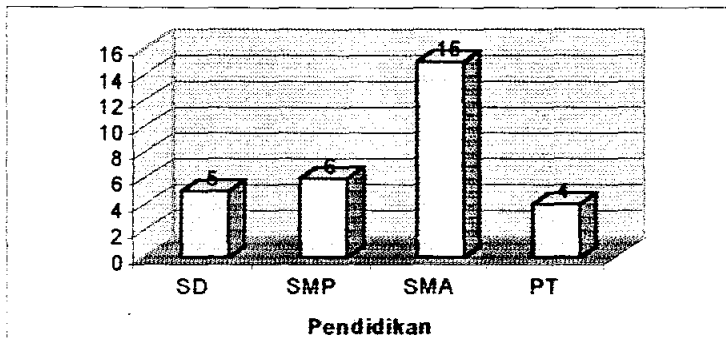


Diagram 4.4 pendidikan responden penunggu di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002

Berdasarkan pada diagram diatas terlihat bahwa 50,0 % responden berpendidikan SMA, 20,0 % berpendidikan SMP, 13,3 % berpendidikan Perguruan Tinggi dan 16,7 % berpendidikan SD.

#### 5) Hubungan Responden dengan anak sakit diare

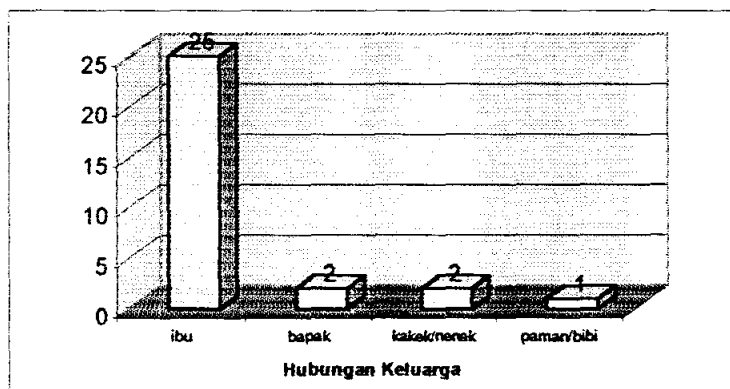


Diagram 4.5 Hubungan responden dengan anak diare di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002.

Berdasarkan pada diagram diatas terlihat bahwa 83,3 % merupakan ibu dari anak yang mengalami diare dan dehidrasi; 7,7 % merupakan bapak dan 6,7 % adalah kakek/nenek serta 3,3 % adalah paman/bibi.

6) Sumber informasi responden tentang diare dan dehidrasi

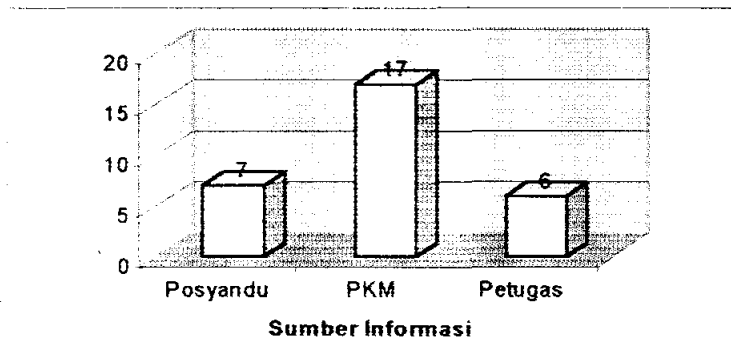


Diagram 4.6 Sumber informasi responden tentang diare dan dehidrasi di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002

Berdasarkan pada diagram diatas terlihat bahwa 56,7 % responden mendapatkan informasi tentang diare dan dehidrasi dari Pusat Kesehatan Masyarakat, 23,3 % dari Posyandu dan 20,0 % dari petugas kesehatan.

7) Jarak rumah dengan pelayanan kesehatan

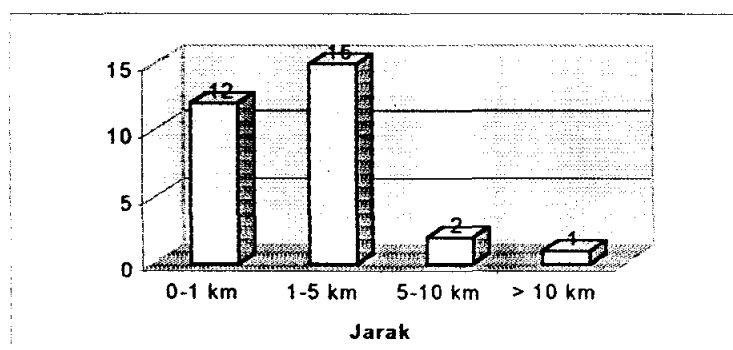


Diagram 4.7 Jarak rumah responden di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya terhadap pelayanan kesehatan, Maret 2002

Berdasarkan pada diagram diatas terlihat bahwa 50 % responden memiliki rumah berjarak 1-5 km dari pelayanan kesehatan; 40 % berjarak 40,0 %; 6,7 % memiliki rumah berjarak 5-10 km dan 3,3 % responden memiliki rumah dengan jarak lebih dari 10 km.

#### 4.1.2 Data Khusus

##### 1) Pengetahuan responden tentang diare-dehidrasi

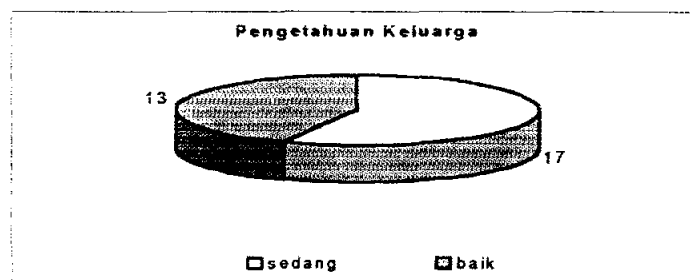


Diagram 4.8 Pengetahuan responden tentang diare dan dehidrasi di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002

Berdasarkan pada diagram diatas terlihat bahwa 56,7 % responden memiliki pengetahuan sedang dan 43,3 % memiliki pengetahuan baik.

##### 2) Percepatan anak saat dibawa ke RS

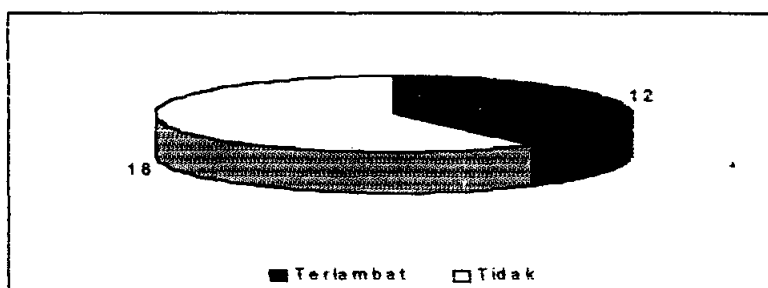


Diagram 4.9 Percepatan membawa anak diare di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002



Berdasarkan pada diagram diatas terlihat bahwa 60,0 % responden membawa anak tidak terlambat ke rumah sakit dan 40,0 % terlambat membawa anak diare-dehidrasi ke rumah sakit.

3) Hubungan antara pengetahuan responden tentang diare-dehidrasi dan percepatan anak dibawa ke RS

Tabel 4.1 Tabulasi silang hubungan antara pengetahuan responden tentang diare dan percepatan anak dibawa ke RS di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Maret 2002

| Pengetahuan<br>Percepatan<br>membawa ke RS | Sedang         | Baik           | Jumlah         |
|--|----------------|----------------|----------------|
| Tidak terlambat                            | 7<br>(23,3 %)  | 11<br>(36,7 %) | 18<br>(60,0 %) |
| Terlambat                                  | 10<br>(33,3 %) | 2<br>(6,7 %)   | 12<br>(40,0 %) |
| Jumlah                                     | 17<br>(56,7 %) | 13<br>(43,3 %) | 30<br>(100 %)  |

Berdasarkan data diatas tampak bahwa responden yang memiliki pengetahuan sedang terlambat membawa anak diare ke rumah sakit sebanyak 33,3 % dan tidak terlambat sebanyak 23,3 %. Sedangkan pada responden yang memiliki pengetahuan baik yang terlambat membawa anak diare ke rumah sakit adalah sebanyak 6,7 % dan yang tidak terlambat sebanyak 36,7 %.

Berdasarkan uji hubungan Koefisien kontingensi didapatkan signifikansi  $p=0,01610 < 0,05$  yang berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini berarti bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan orang tua dengan

percepatan membawa anaknya yang mengalami diare ke rumah sakit. Koefisien Korelasi berdasarkan Uji kontingensi menunjukkan nilai 0,40227 yang berarti hubungan (korelasi) yang terbentuk antara kedua variabel cukup (Notoadmodjo, 1997).

#### 4.1 Pembahasan

Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan gambaran responden yang memiliki pengetahuan yang baik yang membawa anak diare tidak terlambat sebanyak 36,7 %; yang berpengetahuan baik namun terlambat membawa anak diare ke rumah sakit sebanyak 6,7 %; yang berpengetahuan sedang dan melaksanakan tindakan membawa anak diare dengan tidak terlambat sebanyak 23,3 %; sedangkan yang berpengetahuan sedang dan terlambat membawa anak ke rumah sakit sebanyak 33,3 %.

Adanya gambaran hasil uji statistik yang menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan orang tua tentang derajat dehidrasi terhadap percepatan anak diare dibawa ke rumah sakit.

Hal diatas sesuai dengan pendapat dari Aszen, 1985 dalam Azwar (1995) yang menyatakan bahwa perilaku dibentuk dan ditentukan oleh keyakinan serta adanya berbagai sumber yang diperlukan serta adanya kesempatan. Pengetahuan selanjutnya merupakan salah satu faktor yang penting dalam membentuk perilaku dimana pengetahuan merupakan *predisposing factor* untuk terjadinya perilaku (Lawrence Green dalam Notoadmodjo, 1997). Berdasarkan pada teori Lawrence Green maka perilaku

terjadi dengan dasar pengetahuan yang dimiliki oleh individu. Mengacu pada konsep Rogers dalam Notoadmodjo (1997) maka proses pembentukan perilaku yang terjadi dapat melalui tahapan *awareness, interest, evaluation, trial dan adoption*. Kondisi pencapaian tahapan pembentukan perilaku berdasar pada pola diatas memerlukan adanya pengetahuan yang memadai sehingga responden dapat mencapai tahapan *awarenes* (kesadaran) akan adanya stimulus. Selanjutnya berpola pada konsep Lawrence Green. Perilaku pencarian pelayanan kesehatan tidak hanya terjadi akibat pengetahuan, namun juga dipengaruhi oleh adanya faktor sikap, kepercayaan maupun tradisi yang ada serta dipengaruhi oleh ketersediaan waktu, kesempatan dan alat/sarana yang menunjang akses ke pelayanan kesehatan baik pelayanan tradisional maupun pelayanan kesehatan profesional. (Notoadmodjo, 1997, Smet, 1994).

Memacu pada konsep pencarian pelayanan kesehatan (Leventhal 1984 dalam Smet, 1994) maka perilaku pencarian pelayanan kesehatan ditentukan oleh adanya proses kognitif (Pengetahuan) yaitu pengetahuan tentang :

1. Identitas yang terdiri atas gejala/pola penyakit yang dialami
2. Penyebab yang dirasakan
3. Gambaran mengenai parahnya penyakit atau konsekuensi sakit
4. Batas waktu atau harapan mengenai penyakit tersebut
5. Gambaran tentang penyembuhan dan pengobatan

Kemampuan untuk mengenali gejala sakit (berdasarkan atas pengetahuan tentang penyakit) dan adanya gambaran terhadap aspek-aspek diatas akan menyebabkan individu mendefinisikan apakah terjadi suatu kondisi sakit

untuk kemudian memutuskan bagaimana pengobatan yang diperlukan (Smet, 1994).

## **BAB 5**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

- 1) Tingkat pengetahuan keluarga tentang diare dan dehidrasi dari anak yang mengalami diare adalah baik sebanyak 43,3 % dan sedang sebanyak 56,7 %.
- 2) Anak yang mengalami diare dan dirawat di Ruang Monular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya , sebanyak 60,0 % tidak terlambat dibawa ke rumah sakit dan 40,0 % dibawa dalam keadaan terlambat.
- 3) Terdapat hubungan antara pengetahuan keluarga terhadap percepatan membawa anak diare ke rumah sakit dengan  $p = 0,01610$  dengan koefisien korelasi 0,40227.

#### 5.2 Saran

- 1) Perlunya ditingkatkan pengetahuan keluarga tentang pentingnya melakukan pengobatan ke institusi pelayanan kesehatan terhadap kondisi diare dan dehidrasi
- 2) Perlunya peningkatan pengetahuan keluarga tentang diare dan dehidreasi, baik melalui pendekatan institusional maupun sosial.
- 3) Perlu dikaji secara lebih mendalam faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan keluarga tentang diare dan dehidrasi
- 4) Perlu dikaji secara lebih mendalam faktor-faktor yang mempengaruhi percepatan membawa anak diare ke rumah sakit.

- 5) Melapor keDinas Kesehatan Kota untuk mengambil langkah-langkah dalam rangka peningkatan pengetahuan warga masyarakat tentang penyakit diare melalui Puskesmas.



## DAFTAR PUSTAKA



## DAFTAR PUSTAKA

- A.H Markum (1991) *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak*, Fakultas Keokteran UI, Jakarta
- Axton,S.E (1993) *Pediatric Care Plans*, Addison-Wesley, California
- Azwar, S (2000) *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*, Pustaka pelajar, Yogyakarta
- Burn, Nancy & Grove, Susan K (1991) *Understanding Nursing Research*, 2<sup>nd</sup> ed.W.B Saunders Co., Philadelphia
- Carpenito. Linda Juall (1995) *Nursing Diagnosis*, J.B Lippincott Co., Philadelphia
- Depkes R.I (1990) *Buku Ajar Diare*, Ditjen PPM dan PLP, Jakarta
- Depkes RI (1998) *Manajemen Terpadu Balita Sakit*, Jakarta
- Hidayat A(1998) *Insiden Diare Persisten pada Anak Balita*, Majalah Kedokteran Indonesia, Vol 47
- Hurlock, E.B (1991) *Perkembangan Anak*, Penerbit Erlangga, Jakarta
- Lab/UPF Ilmu Kesehatan Anak (1994) *Pedoman Diagnosis dan Terapi RSUD Dr. Soetomo Surabaya*, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya
- Ngastiah (1997) *Perawatan Anak Sakit*, Penerbit EGC, Jakarta
- Notoadmodjo , S (1993) *Pengantar pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Ofsett, Yogyakarta
- Notoadmodjo, S (1993) *Metode Penelitian kesehatan*, Jakarta
- Notoadmodjo, S (1997) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Rhineka Cipta, Jakarta
- Rosenstein & Toraselli (1997) *Intisari pediatri, panduan Praktis Pediatri Klinis*, Hipocrates, Jakarta
- Santoso, Singgih (2000) *Statistical Product and Service Solution Versi 7.5*, Elexmedia Computindo, Jakarta
- Sastroasmoro,S da Ismail,S (1995) *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Bina Rupa Aksara, Jakarta

Soetjiningsih (1995) *Tumbuh Kembang Anak*, Penerbit EGC, Jakarta

Sugiyono (2001) *Statistik Non Parametris Untuk Penelitian, Cet.2*, Alfabeta, Bandung

Taylor, Lilis, Carol, le Mone (1989) *Fundamentals Of Nursing*, J.B Lippincott Co., Philadelphia

Wong & Whaley (1991) *Nursing Care of Infants and Children*, Mosby Years Books Co., Toronto

## LAMPIRAN

## Lampiran 1

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO  
" BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN "  
JL. KARANGMENJANGAN NO. 12  
SURABAYA

SURAT KETERANGAN  
NOMOR : 070/ **128** /308/Litb/ IV /2002

Yang bertanda tangan dibawah ini :

**N a m a** : Drg. Edison Siregar  
**N i p** : 140 255 690  
**Pangkat/Gol** : Penata Tk.I - III/d  
**Jabatan** : Kasi Litbang I

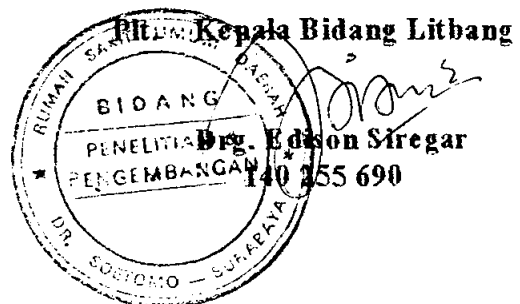
dengan ini menerangkan bahwa :

**N a m a** : Fatmah Lamiarsih Rahayu  
**N i m** : 019930081 B

telah menyelesaikan penelitian di SMF. Ilmu Kes. Anak dan Inst. Ilmu Kes. Anak RSUD Dr. Soetomo dengan judul " Hubungan tingkat pengetahuan orang tua tentang derajat dehidrat pada anak ( balita ) diare dengan percepatan dibawah ke rumah sakit di Ruang Menular Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya " mulai tanggal 5 s/d 22 Maret 2002

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, **4** April 2002



Lampiran 2 :

**LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN**  
**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN ORANG TUA TENTANG DERAJAD**  
**DEHIDRASI PADA ANAK DIARE DENGAN PERCEPATAN**  
**DIBAWA KE RUMAH SAKIT**

Oleh :  
Fatmah Lamiarsih Rahayu

Saya adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan S1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan tentang dehidrasi dengan percepatan anak dibawa ke rumah sakit. Adapun manfaat penelitian ini adalah untuk memberikan masukan bagi peningkatan pelayanan kesehatan terhadap pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien serta pengembangan ilmu keperawatan anak.

Saya mengharapkan masukan dari saudara menurut pendapat saudara sendiri. Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat bebas dalam arti saudara bebas untuk memberikan masukan dan tidak ada sanksi apapun untuk itu. Jika saudara bersedia menjadi peserta penelitian ini silahkan menandatangani kolom di bawah ini.

Tanda tangan :

Tanggal :

No. Responden :

Lampiran 3 :

**FORMAT PENGUMPULAN DATA****a. Klien**

Umur : ..... tahun

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Pekerjaan : .....

Diagnosa Medis (diisi oleh peneliti)

 Dehidrasi ringan Dehidrasi sedang Dehidrasi berat

Alamat: .....

**I. Karakteristik Responden**Kode Responden :  (diisi peneliti)**KODE**

Jenis Kelamin :

 Laki-laki Perempuan

Hubungan dengan anak sakit :

 Ibu Bapak Nenek/Kakek Paman/Bibi Lainnya : .....

Tingkat Pendidikan

 Buta huruf SD SLTP

- SLTA
- Perguruan Tinggi

Sumber informasi tentang diare/mencret dan kurang cairan :

- Posyandu
- Puskesmas atau pelayanan kesehatan lainnya
- Petugas kesehatan
- Kerabat
- Tetangga dan teman
- Lainnya : .....

Jarak rumah dengan pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas) :

- 0-1 km
- 1-5 km
- 5-10 km
- > 10 km

**II. Pengetahuan**

**Petunjuk pengisian :**

**Berilah tanda cheklist (✓) pada kotak jawaban yang Bapak/Ibu anggap benar**

1. Bagaimana pendapat ibu bila anaknya kurang cairan ?

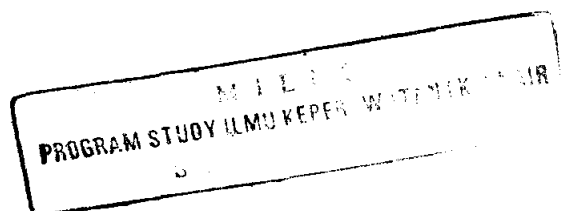
- Makanan tetap diberikan
- Anak dipuaskan
- Tidak tahu

2. Bagaimana pendapat ibu tentang pemberian cairan pada anak yang kurang cairan ?

- Perlu ditambah
- Tidak perlu ditambah
- Tidak tahu

3. Bila anak sudah mengalami kurang cairan tindakan ibu adalah :

- Memberi oralit sambil dirujuk ke tenaga kesehatan atau dibawa ke rumah sakit
- Diberi oralit atau cairan saja dirumah
- Dibiarkan saja



Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih jawaban dibawahnya dengan memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang Bapak/Ibu anggap benar.

1. Anak disebut diare bila anak mencret-mencret lebih dari : 
  - A. Satu kali sehari
  - B. Dua kali sehari
  - C. Tiga kali sehari
  - D. Empat kali sehari
  - E. Lima kali sehari
  
2. Anak yang diare akan mengalami : 
  - A. Badannya menjadi kuning
  - B. Mengalami kurang cairan
  - C. Mengeluarkan lendir dari hidungnya
  - D. Mengalami demam yang terus-menerus
  - E. Mengalami berak bercampur lendir
  
3. Anak disebut kekurangan cairan berat apabila diemukan tanda/gejala : 
  - A. Panas tinggi
  - B. Tekanan darah menurun
  - C. Mengatakan sangat haus
  - D. Kesadaran menurun
  - E. Kejang-kejang
  
4. Yang merupakan tanda adanya kurang cairan (dehidrasi) yang sedang adalah : 
  - A. Haus, kencing sedikit
  - B. Haus, kencing sedikit, kulit menjadi tidak elastis
  - C. Haus, kencing sedikit, kulit menjadi tidak elastis, mata agak cowong
  - D. Sangat haus dan denyut nadi meningkat
  - E. Tekanan darah menurun, lemah, kesadaran menurun



5. Apabila ada anak yang mengalami diare sebaiknya :
- A. Dibiarkan main-main dengan teman-temannya
  - B. Tidak dimandikan hingga diare hilang
  - C. Diberi banyak minum
  - D. Sering dikompres
  - E. Dibatasi jumlah minumnya
6. Makanan yang diberikan pada anak diare sebaiknya :
- A. Banyak mengandung minyak
  - B. Sedikit mengandung protein
  - C. Sedikit mengandung cairan
  - D. Banyak mengandung cairan
  - E. Sama dengan saat tidak sakit
7. Bila anak mengalami diare/mencret dan mengatakan haus maka sebaiknya
- A. Memberikan minum sedikit-sedikit
  - B. Tidak memberinya minum agar diare hilang
  - C. Memberinya minum satu liter air sekaligus
  - D. Memberikan minum sebanyak mungkin anak mau minum
  - E. Memberikan minum air yang manis
8. Diare dapat disebabkan oleh karena salah makan
- a. Ya
  - b. Tidak
9. Diare/mencret dapat menyebabkan kurang cairan
- a. Ya
  - b. Tidak

10. Bila anak diare/mencret anak menjadi rewel
- a. Ya
- b. Tidak
11. Bila anak rewel/minta minum (mengatakan haus) berarti anak kurang cairan
- a. Ya
- b. Tidak
12. Bila anak mulai gelisah dan matanya cowong berarti anak kurang cairan berat
- a. Ya
- b. Tidak
13. Bila badan anak yang diare/mencret tampak kurus dan kulitnya menjadi lembek berarti anak kurang cairan ringan
- a. Ya
- b. Tidak
14. Bila anak napasnya menjadi cepat setelah diare/mencret beberapa hari mungkin anak kurang cairan ringan
- a. Ya
- b. Tidak
15. Bila anak diare/mencret dan kulitnya menjadi kering berarti anak kurang cairan ringan
- a. Ya
- b. Tidak

16. Bila anak diare/mencret perlu diberi minum yang banyak

a. Ya

b. Tidak

17. Bila anak diare/mencret sebaiknya menghindari makanan yang banyak mengandung air

a. Ya

b. Tidak

18. Anak perlu dibawa ke rumah sakit bila kelihatan lemah

a. Ya

b. Tidak

19. Anak perlu dibawa ke rumah sakit bila mengatakan sangat haus

a. Ya

b. Tidak

04 Apr 02 SPSS for MS WINDOWS Release 6.0

SEK by DEHID

Page 1 of 1

| SEK             | Count<br>Row Pct<br>Tot Pct | DEHID             |                    |                   | Row<br>Total |
|-----------------|-----------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------|
|                 |                             | Ringan            | Sedang             | Berat             |              |
|                 |                             | 1                 | 2                  | 3                 |              |
| laki            | 1                           | 1<br>5.9<br>3.2   | 14<br>82.4<br>46.7 | 2<br>11.8<br>6.7  | 17<br>56.7   |
| Perempuan       | 2                           | 3<br>23.1<br>10.0 | 5<br>36.5<br>16.7  | 5<br>38.5<br>16.7 | 13<br>43.3   |
| Column<br>Total |                             | 4<br>13.2         | 19<br>63.3         | 7<br>23.3         | 30<br>100.0  |

Number of Missing Observations: 1

UMUR by DEHID

Page 1 of 1

| UMUR            | Count<br>Row Pct<br>Tot Pct | DEHID             |                    |                   | Row<br>Total |
|-----------------|-----------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------|
|                 |                             | Ringan            | Sedang             | Berat             |              |
|                 |                             | 1                 | 2                  | 3                 |              |
| 0-1 th          | 1                           |                   |                    | 1<br>100.0<br>3.3 | 1<br>3.3     |
| 1-5 th          | 2                           | 3<br>12.5<br>10.0 | 16<br>66.7<br>53.3 | 5<br>20.8<br>16.7 | 24<br>80.0   |
|                 | 3                           | 1<br>33.3<br>3.3  | 2<br>66.7<br>6.7   |                   | 3<br>10.0    |
|                 | 4                           |                   | 1<br>50.0<br>3.3   | 1<br>50.0<br>3.3  | 2<br>6.7     |
| Column<br>Total |                             | 4<br>13.3         | 19<br>63.3         | 7<br>23.3         | 30<br>100.0  |

Number of Missing Observations: 0

BAWA by TAHU

Page 1 of 1

|               | Count   | TAHU   |      | Row Total |
|---------------|---------|--------|------|-----------|
|               |         | sedang | baik |           |
|               | Row Pct |        |      |           |
|               | Tot Pct |        |      |           |
|               |         | 2      | 3    |           |
| BAWA          |         |        |      |           |
|               | 1       | 7      | 11   | 18        |
| tdk terlambat |         | 38.9   | 61.1 | 60.0      |
|               |         | 23.3   | 36.7 |           |
|               | 2       | 10     | 2    | 12        |
| terlambat     |         | 83.3   | 16.7 | 40.0      |
|               |         | 33.3   | 6.7  |           |
| Column Total  |         | 17     | 13   | 30        |
|               |         | 56.7   | 43.3 | 100.0     |

| Statistic               | Value   | ASE1   | Val/ASE0 | Approximate Significance |
|-------------------------|---------|--------|----------|--------------------------|
| Contingency Coefficient | .40227  |        |          | .01610 *1                |
| Pearson's R             | -.43939 | .15485 | -2.58826 | .01512 *4                |
| Spearman Correlation    | -.43939 | .15485 | -2.58826 | .01512 *4                |

\*1 Pearson chi-square probability

\*4 VAL/ASE0 is a t-value based on a normal approximation, as is the significance

Number of Missing Observations: 0

04 Apr 02 SPSS for MS WINDOWS Release 6.0

SEKKLG by TAHU

Page 1 of 1

|              | Count   | TAHU   |      | Row Total |
|--------------|---------|--------|------|-----------|
|              |         | sedang | baik |           |
|              | Row Pct |        |      |           |
|              | Tot Pct |        |      |           |
| SEKKLG       |         | 2      | 3    |           |
| laki-laki    | 1       | 2      | 1    | 3         |
|              |         | 66.7   | 33.3 | 100.0     |
|              |         | 6.7    | 3.3  |           |
| Perempuan    | 2       | 15     | 12   | 27        |
|              |         | 55.6   | 44.4 | 100.0     |
|              |         | 50.0   | 40.0 |           |
| Column Total |         | 17     | 13   | 30        |
|              |         | 56.7   | 43.3 | 100.0     |

Number of Missing Observations: 0

DIDIK by TAHU

Page 1 of 1

|              | Count   | TAHU   |       | Row Total |
|--------------|---------|--------|-------|-----------|
|              |         | sedang | baik  |           |
|              | Row Pct |        |       |           |
|              | Tot Pct | 2      | 3     |           |
| DIDIK        |         |        |       |           |
| SD           | 2       | 3      | 2     | 5         |
|              |         | 60.0   | 40.0  | 16.7      |
|              |         | 10.0   | 6.7   |           |
| SMP          | 3       | 4      | 2     | 6         |
|              |         | 66.7   | 33.3  | 20.0      |
|              |         | 13.3   | 6.7   |           |
| SMA          | 4       | 10     | 5     | 15        |
|              |         | 66.7   | 33.3  | 50.0      |
|              |         | 33.3   | 16.7  |           |
| PT           | 5       |        | 4     | 4         |
|              |         |        | 100.0 | 13.3      |
|              |         |        | 13.3  |           |
| Column Total |         | 17     | 13    | 30        |
|              |         | 56.7   | 43.3  | 100.0     |

Number of Missing Observations: 0

HUBUNGAN by TAHU

Page 1 of 1

|              | Count   | TAHU   |       | Row Total |
|--------------|---------|--------|-------|-----------|
|              |         | sedang | baik  |           |
|              | Row Pct |        |       |           |
|              | Tot Pct | 2      | 3     |           |
| HUBUNGAN     |         |        |       |           |
| ibu          | 1       | 14     | 11    | 25        |
|              |         | 56.0   | 44.0  | 83.3      |
|              |         | 46.7   | 36.7  |           |
| bapak        | 2       | 2      |       | 2         |
|              |         | 100.0  |       | 6.7       |
|              |         | 6.7    |       |           |
| kakek/nenek  | 3       | 1      | 1     | 2         |
|              |         | 50.0   | 50.0  | 6.7       |
|              |         | 3.3    | 3.3   |           |
| paman/bibi   | 4       |        | 1     | 1         |
|              |         |        | 100.0 | 3.3       |
|              |         |        | 3.3   |           |
| Column Total |         | 17     | 13    | 30        |
|              |         | 56.7   | 43.3  | 100.0     |

Number of Missing Observations: 0

INFO by TAHU

Page 1 of 1

|              | Count   | TAHU   |      | Row Total |
|--------------|---------|--------|------|-----------|
|              |         | sedang | baik |           |
|              | Row Pct |        |      |           |
|              | Tot Pct | 2      | 3    |           |
| INFO         |         |        |      |           |
| posyandu     | 1       | 4      | 3    | 7         |
|              |         | 57.1   | 42.9 | 23.3      |
|              |         | 13.3   | 10.0 |           |
| PKM          | 2       | 11     | 6    | 17        |
|              |         | 64.7   | 35.3 | 56.7      |
|              |         | 36.7   | 20.0 |           |
| Petugas      | 3       | 2      | 4    | 6         |
|              |         | 33.3   | 66.7 | 20.0      |
|              |         | 6.7    | 13.3 |           |
| Column Total |         | 17     | 13   | 30        |
|              |         | 56.7   | 43.3 | 100.0     |

Number of Missing Observations: 0

JARAK by TAHU

Page 1 of 1

|              | Count   | TAHU   |       | Row Total |
|--------------|---------|--------|-------|-----------|
|              |         | sedang | baik  |           |
|              | Row Pct |        |       |           |
|              | Tot Pct | 2      | 3     |           |
| JARAK        |         |        |       |           |
| 0-1 km       | 1       | 8      | 4     | 12        |
|              |         | 66.7   | 33.3  | 40.0      |
|              |         | 26.7   | 13.3  |           |
| 1-5 km       | 2       | 7      | 8     | 15        |
|              |         | 46.7   | 53.3  | 50.0      |
|              |         | 23.3   | 26.7  |           |
| 5-10 km      | 3       | 2      |       | 2         |
|              |         | 100.0  |       | 6.7       |
|              |         | 6.7    |       |           |
| >10 th       | 4       |        | 1     | 1         |
|              |         |        | 100.0 | 3.3       |
|              |         |        | 3.3   |           |
| Column Total |         | 17     | 13    | 30        |
|              |         | 56.7   | 43.3  | 100.0     |

Number of Missing Observations: 0



M I E I K  
PROGRAM STUDY ILMU KEPERAWATAN FK UNAIR  
S U B A Y A

PROGRAM STUDY ILMU KEPERAWATAN FK UNAIR  
S U B A Y A  
PERPUSTAKAAN  
No Induk Buku : 26/S/2002

# SKRIPSI

**PENGARUH PEMBERIAN PEMBELAJARAN TEKNIK  
PENGONTROLAN NYERI : RELAKSASI (NAFAS DALAM)  
PADA KLIEN PRE SECTIO CAESARIA  
TERHADAP PENURUNAN RESPON NYERI POST OPERASI  
DI RUANG BERSALIN RUMAH SAKIT WILLIAM BOOTH  
SURABAYA**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



Oleh:

**ERIKA UNTARI DEWI**

**NIM: 019930028 B**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2002**

## LEMBAR PERSETUJUAN

DITERIMA DAN DISETUJUI  
PADA TANGGAL 18 APRIL 2002

OLEH  
PEMBIMBING KETUA

PURWANINGSIH S.Kp  
NIP. 132 255 157

PEMBIMBING II



TINTIN SUKARTINI S.Kp  
NIP. 132 255 158

MENGETAHUI  
KETUA PROGRAM STUDI S-1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA



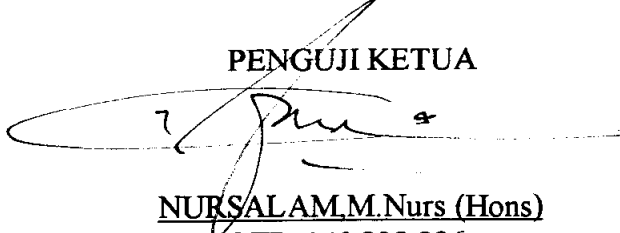
Prof. EDDY SOEWANDOJO. dr. Sp. PD  
NIP 130 325 831

## LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI INI TELAH DIUJI DAN DIPERTAHANKAN  
PADA TANGGAL 22-23 APRIL 2002

OLEH

PENGUJI KETUA

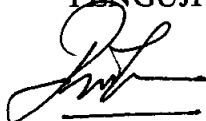


NURSALAM, M. Nurs (Hons)  
NIP. 140 238 226

PENGUJI

PURWANINGSIH, S.Kp  
NIP. 132 255 157

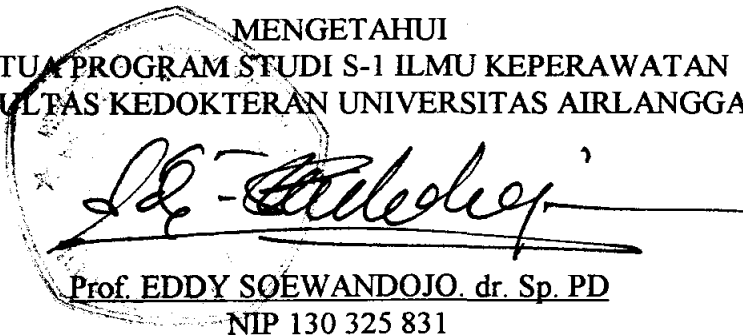
PENGUJI



TINTIN SUKARTINI, S. Kp  
NIP. 132 255 158

MENGETAHUI

KETUA PROGRAM STUDI S-1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA



Prof. EDDY SOEWANDOJO, dr. Sp. PD  
NIP 130 325 831

## SURAT PERNYATAAN

**Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah di kumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan diperguruan tinggi manapun.**

Yang menyatakan,



ERIKA UNTARI DEWI

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “PENGARUH PEMBERIAN TEHNIK PEMBERIAN NYERI : RELAKSASI (NAFAS DALAM) PADA KLIEN PRE SECTIO CAESARIA TERHADAP PENURUNAN RESPON NYERI POST OPERASI DI RUANG BERSALIN RUMAH SAKIT WILLIAM BOOTH SURABAYA”

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan dari semua pihak yang terkait, skripsi ini tidak akan terwujud, untuk itu perkenankan penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wijadi, dr, Sp. THT selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan bantuan fasilitas pendidikan yang diikuti.
2. Prof. Eddy Suwandojo. dr. Sp PD, selaku ketua program studi ilmu keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan.
3. Dr. A. Prasetyo selaku Direktur RS William Booth Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada peneliti untuk melakukan penelitian di Institusi yang dipimpinnya
4. Kepala Ruang Bersalin RS William Booth Surabaya yang telah memfasilitasi peneliti dalam pengumpulan data

5. Purwaningsih S.Kp, selaku pembimbing ketua yang dengan penuh ketekunan dan kesabaran untuk membimbing, memberi dorongan, arahan serta saran-saran dalam penyusunan skripsi ini.
6. Tintin sukartini, S. Kp, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
7. Teristimewa suami tercinta yang telah banyak memberikan kesempatan untuk selalu belajar dan semangat serta pengorbanan selama penulis mengikuti pendidikan di PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
8. Seluruh responden yang telah bersedia sebagai sampel penelitian ini.
9. Semua rekan-rekan se-almamater di PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga angkatan I yang telah memberikan bantuan dan kerjasama selama penulis mengikuti pendidikan.

Semoga Tuhan membalas semua budi baik yang telah diberikan kepada penulis dan semoga skripsi yang masih jauh dari sempurna ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu Keperawatan.

Surabaya, April 2002

penulis

**DAFTAR ISI**

|  | Hal       |
|--|-----------|
| Halaman Judul .....                    | i         |
| Lembar Persetujuan .....               | ii        |
| Lembar Pengesahan .....                | Iii       |
| Surat Pernyataan .....                 | iv        |
| Kata Pengantar.....                    | v         |
| Daftar Isi .....                       | vii       |
| Daftar Diagram .....                   | ix        |
| Daftar Lampiran .....                  | x         |
| Abstrak .....                          | xi        |
| <br>                                   |           |
| <b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>        | <b>1</b>  |
| 1.1 Latar belakang .....               | 1         |
| 1.2 Rumusan masalah .....              | 3         |
| 1.3 Tujuan penelitian .....            | 4         |
| 1.4 Manfaat penelitian .....           | 5         |
| <br>                                   |           |
| <b>BAB 2. LANDASAN TEORI .....</b>     | <b>6</b>  |
| 2.1 Konsep nyeri .....                 | 6         |
| 2.2 Sectio Caesarea .....              | 18        |
| 2.3 Kerangka Konseptual .....          | 20        |
| 2.13 Hipotesis .....                   | 21        |
| <br>                                   |           |
| <b>BAB 3. METODE PENELITIAN .....</b>  | <b>22</b> |
| 3.1 Desain penelitian .....            | 22        |
| 3.2 Kerangka Operasional.....          | 23        |
| 3.3 Tempat dan waktu penelitian.....   | 23        |
| 3.4 Populasi, sampel dan sampling..... | 24        |
| 3.5 variabel penelitian.....           | 26        |



|  |           |
|--|-----------|
| 3.6 Definisi Operasional.....              | 27        |
| 3.7 Pengumpulan data dan Analisa Data..... | 28        |
| 3.8 Etika Penelitian.....                  | 30        |
| 3.9 Keterbatasan .....                     | 31        |
| <br>                                       |           |
| <b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>   | <b>32</b> |
| 4.1 Hasil Penelitian .....                 | 32        |
| 4.2 Pembahasan .....                       | 37        |
| <br>                                       |           |
| <b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>   | <b>42</b> |
| 5.1 Kesimpulan.....                        | 42        |
| 5.2 Saran.....                             | 42        |
| <br>                                       |           |
| Daftar Pustaka .....                       | 44        |
| Lampiran .....                             | 46        |

## DAFTAR DIAGRAM

|  | Halaman |
|--|---------|
| Diagram 4.1 Karakteristik responden Berdasarkan Usia di RS William Booth Surabaya Maret 2002   | 33      |
| Diagram 4.2 Karakteristik Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan di RS William Booth Surabaya Maret 2002   | 33      |
| Diagram 4.3 Grafik Intensitas Nyeri Pada Klien Post Operasi Yang mendapatkan Pembelajaran Relaksasi nafas Dalam di RS William Booth Surabaya maret 2002                        | 34      |
| Diagram 4.4 Grafik Intensitas Nyeri Pada Klien Post Operasi Yang tidak mendapatkan Pembelajaran Relaksasi nafas Dalam di RS William Booth Surabaya maret 2002                  | 34      |
| Diagram 4.5. Grafik Intensitas Nyeri Pada Klien Post Operasi Yang mendapatkan dan tidak mendapatkan Pembelajaran Relaksasi nafas Dalam di RS William Booth Surabaya maret 2002 | 35      |

## DAFTAR LAMPIRAN

|  | Halaman |
|--|---------|
| Lampiran 1. Persetujuan menjadi peserta penelitian | 46      |
| Lampiran 2. Format Pengumpulan data                | 47      |
| Lampiran 3. Hasil Pengolahan Statistik             | 49      |

## ABSTRAK

Nyeri post operatif sectio caesarea merupakan situasi yang banyak terjadi dan merupakan masalah utama dalam keperawatan, dimana hal ini belum banyak dimengerti dan tidak selalu dikelola dengan baik. Padahal nyeri dapat menyebabkan gangguan pada berbagai sistem tubuh. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mempelajari pengaruh pemberian pembelajaran teknik pengontrolan nyeri : relaksasi (nafas dalam) terhadap penurunan respon nyeri post operasi di ruang bersalin Rumah Sakit William Booth Surabaya.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan model two group-post test only design jumlah sampel sebanyak 14 dimana 7 responden mendapat perlakuan dan 7 responden lainnya tidak diberikan metode pengontrolan nyeri relaksasi. responden. Sampel diambil dengan teknik purposive sampling. Uji yang digunakan adalah t-test dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$ .

Hasil penelitian didapatkan bahwa pada masa 0 menit, secara statistik didapatkan nilai  $p=0,403$  atau tidak terdapat perbedaan antara kelompok kontrol. Pada lima menit pertama didapatkan nilai  $p = 0,066$  atau tidak terdapat perbedaan bermakna antara intensitas nyeri kelompok kontrol dan perlakuan. Pada lima menit kedua observasi didapatkan nilai  $p = 0,012$  atau terdapat perbedaan bermakna dimana intensitas nyeri pada kelompok perlakuan berbeda bermakna dibandingkan kelompok kontrol.

Disarankan agar dalam penerapan teknik relaksasi nafas dalam; dilakukan dalam waktu tidak kurang dari sepuluh menit dan dilakukan dengan intens.

**Kata kunci :** Nyeri, sectio caesarea, relaksasi nafas dalam

## ABSTRACT

Pain in sectio caesarea-post operative situation is common symptom and been main problem in nursing; where as it not been known and not managed seriously. The objectives of this research was to study effect of educational of pain management: deep breathing relaxation at sectio caesarea pre operative client due to decreasing pain responses of post operative condition in William Booth Hospital, Surabaya

Research method used in this study was quasi experimental by two group-post test only design. Sample size was 14 respondents divided to two groups: 7 respondents as control group and others were treatment group. Sampling design used was purposive sampling. Statistical test used was t-test in significance  $\alpha = 0,05$ .

Study result was in 0 minutes observation, statistically found  $p=0,403$  or there was not found significant difference between control group and treatment group. At 5 minutes observation, statistically found  $p=0,066$  or there was not found significant difference between control group and treatment group. And at 10 minutes observation, there was significant difference between control group and treatment group in  $p=0,012$ ; which pain intensity of treatment group is lower than control group.

From the result advised that in applying deep breathing relaxation techniques; it done not less than 10 minutes and intensive in order to optimize relaxation effect in relieving pain.

**Key Words:** Pain, sectio caesarea, Deep Breathing Relaxation

# BAB 1

## PENDAHULUAN

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Nyeri didefinisikan sebagai suatu perasaan yang tidak nyaman atau menyenangkan baik aktual maupun potensial sebagai akibat dari kerusakan jaringan (Robert Priharjo, 1996). Dan nyeri yang dialami klien pada post sectio caesaria merupakan nyeri akibat operasi yang tidak hanya memiliki komponen sensori berhubungan dengan rusaknya jaringan, tetapi juga dipengaruhi oleh komponen psikososial dari klien tersebut (Eni Novietasari, 1999). Beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri antara lain interpretasi pada kortek cerebral berupa tingkat pengetahuan dan pengertian, ketakutan, kelelahan dan ketegangan (Barbara C Long, 1989).

Di ruang bersalin rumah sakit William Booth angka kejadian sectio caesaria menempati tingkat ke dua setelah persalinan normal, dimana mencapai angka 187 kasus per tahun. Dan kondisi yang terjadi saat ini perawat di RS William Booth masih menekankan pada penggunaan terapi farmakologi dengan pemberian analgesik dan cenderung menganggap analgesik sebagai metoda yang paling penting dalam mengurangi nyeri post operasi dan kurang memperhatikan aktifitas-aktifitas keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri sehingga terkesan bahwa kurang ada tindakan kemandirian dari perawat dalam mengatasi nyeri post operasi. Belum adanya standar operasional prosedur mengenai tindakan keperawatan dalam

menangani masalah nyeri post operasi menjadi tugas dari perawat. Karena perawat yang menangani klien post operasi mempunyai tanggung jawab dengan intervensinya untuk memperhatikan kebutuhan klien agar meningkatkan proses penyembuhan khususnya yang terkait dengan masalah nyeri post operasi. Adapun respon pasien ketika mengalami nyeri post operasi sectio caesarea meliputi perilaku pasif (diam saja), memejamkan mata dan memanggil perawat/petugas kesehatan.

Oleh karena nyeri setelah dilakukan pembedahan merupakan nyeri akut yang menjadi salah satu masalah utama dalam keperawatan klien post operasi yang disebabkan oleh kerusakan jaringan dan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti lingkungan, dimana seorang bertempat tinggal, usia, keadaan fisik dan mental, pendidikan, pengalaman masa lampau, mekanisme penyesuaian, aktifitas dan nilai sosial budaya dan ternyata hal ini belum banyak dimengerti dan tidak selalu dikelola dengan baik (Tuti Nuraini, 1999), padahal nyeri dapat menyebabkan gangguan pada berbagai sistem tubuh antara lain gangguan pernafasan, sirkulasi, timbulnya reaksi stress metabolik, supresi pertahanan tubuh sehingga menghambat proses penyembuhan (Donna, 1995). Di mana hal ini akan berdampak terhadap lamanya hari perawatan dan tingginya biaya pengobatan atau perawatan.

Dengan melihat fenomena di atas dan untuk meningkatkan tindakan kemandirian perawat dalam mengatasi masalah nyeri pada klien post operasi dengan melihat pendapat lain dari Suzanne C Smehaer yang mengemukakan bahwa penanganan dasar keperawatan dalam mengatasi



masalah nyeri adalah dengan penjelasan perawat (penyuluhan) mengenai nyeri dan cara mengatasinya, penulis tertarik untuk meneliti pengaruh pemberian pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri dengan cara relaksasi yaitu nafas dalam pada klien pre caesaria terhadap penurunan respon nyeri post operasi.

## **1.2 Rumusan masalah**

### **1.2.1 Pernyataan masalah**

1. Belum diketahui bagaimana respon nyeri post operasi pada klien setelah diberikan pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam) pada periode pre operasi.
2. Belum diketahui bagaimana respon nyeri post operasi pada klien tanpa diberikan pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam) pada periode pre operasi (seperti kebiasaan di ruangan).
3. Belum diketahui bagaimana pengaruh pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam) pre operasi terhadap penurunan respon nyeri post operasi.

### **1.2.2 Pertanyaan masalah**

1. Bagaimanakah respon nyeri post operasi pada klien setelah diberikan pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam) pada periode pre operasi?
2. Bagaimanakah respon nyeri post operasi pada klien tanpa diberikan pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam) pada periode pre operasi (seperti kebiasaan di ruangan)?

3. Bagaimanakah pengaruh pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam) pre operasi terhadap penurunan respon nyeri post operasi?

### **1.3 Tujuan penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan umum.**

penelitian dilakukan untuk mempelajari pengaruh intervensi relaksasi (nafas dalam) pada klien pre operasi terhadap penurunan respon nyeri post operasi.

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Mengidentifikasi respon nyeri post operasi pada klien setelah diberikan pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam) pada periode pre operasi.
2. Mengidentifikasi respon nyeri post operasi pada klien tanpa diberikan pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam) pada periode pre operasi (seperti kebiasaan di ruangan).
3. Mengidentifikasi pengaruh pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam) pre operasi terhadap penurunan respon nyeri post operasi.

#### **1.4 Manfaat penelitian**

- 1.4.1 Memberi masukan kepada intitusi pelayanan kesehatan sebagai dasar pengembangan tindakan kemandirian perawat dalam kemampuan penanganan masalah nyeri post operasi dengan pemberian pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam).
- 1.4.2 Bila hasil penelitian menunjukkan hasil yang positif, maka penelitian ini bermanfaat untuk memberi masukan kepada perawat pentingnya pemberian pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri relaksasi (nafas dalam) pre operasi untuk menunjukkan penurunan respon nyeri post operasi.

## **BAB 2**

# **LANDASAN TEORI**

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan diuraikan berbagai konsep teori yang digunakan dalam penelitian yang meliputi : konsep nyeri, sectio caesarea, kerangka konseptual dan hipotesis.

#### **2.1 Nyeri**

##### **2.1.1 Pengertian Nyeri**

Menurut Roy (1991), nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensori baik akut maupun kronik dalam pola fisiologis dan ditandai dengan somato sensori. Sedangkan menurut Lindberg (1983), nyeri adalah suatu sensasi yang dapat menimbulkan rasa tidak nyaman, yang bersifat subyektif dan hanya dapat dijelaskan oleh individu yang mengalaminya. Respon individu yang mengalami nyeri seperti meringis, menangis yang bisa dilihat dari luar. Dari pengertian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah suatu pengalaman sensorik baik akut maupun kronik yang menimbulkan rasa tidak nyaman yang bersifat subyektif dan hanya dijelaskan oleh individu yang mengalaminya.

##### **2.1.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri**

Rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain : lingkungan, dimana seorang bertempat tinggal,

usia, keadaan fisik dan mental, pendidikan, pengalaman masa lampau, mekanisme penyesuaian, aktifitas dan nilai sosial budaya.

### 2.1.3 Fisiologi nyeri

Sebuah teori awal menjelaskan fisiologi nyeri sebagai suatu mekanisme yang relatif sederhana yang menjelaskan bahwa respon nyeri dimulai ketika stimulus baik yang berasal dari zat kimia, listrik, mekanik maupun mikro organisme mengaktifkan reseptor nyeri yang terdapat pada syaraf-syaraf di seluruh tubuh. Bila informasi dari reseptor nyeri tersebut mencapai thalamus maka individu menjadi sadar akan adanya sensasi nyeri tersebut dan mempelajari tentang lokasi dan kekuatan stimulus. Ketika informasi mencapai cortex cerebri, individu menjadi terlibat dengan sensasi nyeri serta mencari cara untuk menghindari stimulus.

Berdasarkan teori Gate Control dari Melzack dan Wall (1982) menjelaskan secara lebih komprehensif tentang transmisi dan persepsi nyeri. Dalam teori ini dinyatakan bahwa terdapat dua macam transmiter impuls nyeri yang berfungsi untuk menghantarkan sensasi nyeri dan sensasi yang lain, yaitu transmiter berdiameter besar dan transmiter yang berdiameter kecil. Reseptor berdiameter kecil berfungsi untuk mentransmisikan impuls nyeri yang sifatnya beres dan reseptor ini biasanya terpetak di ujungsyaraf bebsa yang terdapat diseluruh permukaan kulit dan pada struktur tubuh bagian dalam seperti tendon, fascia dan tulang serta pada organ-organ interna. Sedangkan transmitor yang berdiameter besar mempunyai reseptor yang

terdapat pada struktur permukaan tubuh dan fungsinya selain untuk mentransmisikan nyeri, fungsinya lebih untuk mentransmisikan sensasi lain seperti sensasi getaran, sentuhan dan sensasi panas dingin serta terhadap tekanan halus. Kedua jenis serabut tersebut akan membawa impuls menuju Dorsal Horn yang terdapat pada spinal cord. Di Spinal cord inilah terjadi interaksi antara serabut berdiameter besar dan serabut berdiameter kecil di suatu area khusus yang disebut Substantia Gelatinosa (SG). Substantia gelatinosa inilah yang disebut sebagai gate (pintu gerbang) karena substantia gelatinosa ini dapat mengubah, memodifikasi, serta mempengaruhi apakah sensasi nyeri yang diterima oleh spinal cord akan diteruskan ke otak atau akan dihambat. Sebelum impuls nyeri dibawa ke otak, serabut besar dan serabut kecil akan berinteraksi di area Substantia Gelatinosa (SG) dimana apabila tidak terdapat stimulus atau impuls yang adekuat dari serabut besar, maka impuls nyeri yang dibawa oleh serabut kecil akan dihantarkan menuju ke sel trigger (Sel T) untuk kemudian dibawa ke otak, yang akhirnya menimbulkan sensasi nyeri untuk kemudian dirasakan oleh tubuh. Keadaan dimana impuls nyeri dihantarkan ke otak inilah yang diistilahkan dengan Gate Control terbuka. Sebaliknya manakala terdapat impuls yang ditransmisikan oleh serabut berdiameter besar sebagai akibat adanya stimulasi kulit, sentuhan, getaran, hangat dan dingin, maka impuls ini akan menghambat impuls dari serabut kecil di area substantia gelatinosa sehingga sensasi yang dibawa oleh serabut kecil akan kurang atau bahkan tidak dihantarkan ke otak

oleh substantia gelatinosa sehingga tubuh tidak dapat merasakan sensasasi nyeri. Kondisi seperti inilah yang disebut Gate Kontrol tertutup.

Apabila terjadi suatu kondisi dimana impuls nyeri diteruskan (gate kontrol terbuka) maka impuls akan diteruskan ke otak untuk kemudian diproses di otak dalam tiga tingkat yang berbeda; yaitu pada thalamus, otak tengah (mid brain) dan pada korteks otak. Thalamus bertindak sebagai penerima input sensori (impuls nyeri) dari traktus spinothalamicus lateral untuk kemudian di teruskan ke kotrteks. Otak tengah berfungsi untuk meningkatkan kewaspadaan pada korteks terhadap datangnya ransang. Sedangkan pada korteks impuls yang datang akan dilokalisasikan dan dipersepsikan sesuai dengan lokasi nyeri.. Untuk mengerti teori tersebut ada 3 (tiga) faktor utama yang berinteraksi pada pintu gerbang yaitu reseptor nyeri dan serabut-serabut syaraf, efek pada pintu gerbang terhadap elemen kognitif dan emosional (susunan syaraf pusat) dan adanya input neural dari susunan syaraf.

#### 2.1.4 Klasifikasi nyeri

Di lihat dari pandangan etiologinya nyeri dibagi menjadi dua yaitu :

1. Nyeri fisiologis yaitu nyeri yang timbul karena gangguan atau kerusakan dari organ tubuh misalnya nyeri sehabis operasi.
2. Nyeri psikologis dimana penyebab dari psikis dari nyeri tersebut tidak dapat teridentifikasi (Taylor, 1989).



Jika dilihat dari lamanya keluhan nyeri, secara umum dalam dunia kedokteran dibedakan menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronik (Barbara, 1983).

1. Nyeri akut adalah suatu perasaan tidak nyaman yang terjadi secara tiba-tiba. Nyeri akut ini durasinya pendek dan meningkat setelah beberapa menit atau beberapa jam. Individu yang mengalami nyeri ini biasanya menunjukkan perubahan-perubahan seperti : pernafasan cepat, nadi dan tekanan darah meningkat, muka pucat, keringat berlebihan, muntah-muntah dan otot tegang. Sedangkan respon verbal yang ditunjukkan oleh individu adalah merintih, menangis dan menjerit.
2. Nyeri kronik adalah nyeri yang persisten lebih dari 6 bulan, dapat menimbulkan masalah fisiologis dan psikologis pada klien. Nyeri kronik dapat merusak dan menyebabkan sesuatu yang menakutkan atau yang menekan pada orang yang mengalaminya seperti pada klien kanker. Perubahan yang ditunjukkan oleh klien yang mengalami nyeri kronik seperti lemah, insomnia, anoreksia, penurunan berat badan, epresi, tidak berdaya dan marah.

Di lihat dari lokasi nyerinya, nyeri juga dapat dibedakan menjadi tiga bagian yaitu :

1. Nyeri somatik yaitu nyeri yang timbul karena gangguan dari bagian luar tubuh.
2. Nyeri viseral yaitu nyeri yang terjadi karena gangguan pada organ tubuh bagian dalam misalnya daerah thoraak, cranium, dan abdomen.

3. Nyeri neuropatik yaitu nyeri yang terjadi karena kerusakan yang terjadi pada sistem syarafnya sendiri baik serabut maupun jaringan syaraf tepi maupun perifer (Donna, 1995).

Nyeri somatik dibedakan menjadi dua bagian yaitu :

1. Superfisial atau cutaneous pain yaitu nyeri yang diakibatkan kerusakan di daerah permukaan dan jaringan kulit.
2. Deep somatik pain adalah nyeri yang disebabkan oleh kerusakan di dalam tendon, ligamen, tulang, pembuluh darah dan otak. Nyeri ini mungkin dihasilkan oleh respon syaraf otonom yang biasanya dimanifestasikan dalam bentuk perubahan tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan (Taylor, 1989).

#### 2.1. 5 Karakteristik nyeri

Karakteristik nyeri meliputi gambaran nyeri, intensitas, lokasi, ritme, durasi dan faktor-faktor presipitasi. Gambaran nyeri bisa diperoleh dengan menanyakan kepada klien tentang rasa nyerinya, dengan menggunakan kalimat yang menunjukkan nyerinya, contohnya nyeri seperti ditusuk-tusuk, berdenyut, tumpul, tersengat, terbakar dan lain-lain. Intensitas nyeri dapat dibedakan dalam nyeri ringan, sedang dan berat. Lokasi nyeri diperlukan untuk mengetahui apakah nyeri bisa dilokalisasi atau tidak. Untuk mengetahui lokasi ini klien dianjurkan untuk menunjukkan lokasi nyeri dengan cara palpasi. Ritme nyeri digunakan untuk mengetahui apakah nyeri terjadi secara

terus menerus atau hilang timbul. Durasi nyeri dilakukan dengan menanyakan type nyeri dan lamanya nyeri.

### 2.1.6 Skala nyeri

Respon nyeri dapat ditampilkan dalam 3 (tiga) skala yaitu (McGill, 1983; Suzane, 1992):

1. Skala numerik, dimana rentang angka 0 sampai 10. Angka 0 menunjukkan tidak nyeri sedangkan angka 10 menunjukkan nyeri yang hebat (Mc. Gill, 1983).
2. Skala deskriptif, dimana individu menilai nyeri yang dirasakan nyeri ringan, nyeri sedang dan nyeri berat
3. Skala koresponden, dimana individu menggambarkan persepsi nyerinya dengan menceritakan nyeri yang dirasakan.

Derajat nyeri atau skala intensitas nyeri (Suzanne, 1992)

|         |           |                 |                |                     |                        |
|---------|-----------|-----------------|----------------|---------------------|------------------------|
| No pain | Mild pain | Moderat<br>pain | Severe<br>pain | Very severe<br>pain | Worst possible<br>pain |
|---------|-----------|-----------------|----------------|---------------------|------------------------|

Skala intensitas 1-10

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

|         |                 |                        |
|---------|-----------------|------------------------|
| No pain | Moderat<br>Pain | Worst<br>possible pain |
|---------|-----------------|------------------------|

a. Nyeri ringan.

Nyeri ringan adalah apabila nyeri yang dirasakan tidak mengganggu kegiatan sehari-hari dimana perubahan fisiologis dan respon tingkah laku relatif tidak berubah.

b. Nyeri sedang.

Nyeri sedang adalah apabila nyeri dirasakan mengganggu kegiatan sehari-hari dan mulai terjadi perubahan respon fisiologis dan tingkah laku.

c. Nyeri berat.

Nyeri berat adalah apabila nyeri yang dirasakan tidak hanya mengganggu kegiatan sehari-hari, tapi sudah mengancam kehidupan, tampak jelas terjadi perubahan respon fisiologis dan tingkah laku.

Keterangan :

- 0 = tidak nyeri
- 2 = Nyeri ringan
- 4 = Nyeri sedang
- 6 = Nyeri berat
- 8 = Nyeri sangat
- 10 = Nyeri tak tertahankan

Respon fisiologi dan tingkah laku pada nyeri akut (Ignatavius Donna, 1991) adalah :

1. Respon fisiologis.

a. Peningkatan tekanan darah.

- b. Peningkatan denyut nadi.
  - c. Berkeringat.
2. Respon tingkah laku.
- a. Gelisah.
  - b. Tidak mampu berkonsentrasi.

### 2.1. 7 Manajemen nyeri

Manajemen atau intervensi strategi untuk menurunkan nyeri meliputi berbagai macam cara. Salah satu cara yang paling gampang untuk dipelajari adalah yang ditulis oleh Sudarto (1996) dalam "Pain Management Strategies", penanganan hal tersebut adalah sebagai berikut :

#### 2.1.7.1 Intervensi non farmakologi.

Intervensi ini meliputi beberapa cara, menurut Suzanne (1997) intervensi non farmakologi dapat dibedakan melalui beberapa cara, antara lain :

##### 1. Stimulasi kulit.

Intervensi ini dapat dilakukan mulai beberapa cara antara lain :

- a. Cara massage yaitu dengan memberikan massage ringan di daerah sekitar timbulnya nyeri atau lebih sering stimulasi ini dilakukan dengan memberikan pijatan paada punggung dan lengan bagian belakang dari tubuh kita dengan harapan reseptor nyeri akan terhambat dengan relaksasi otot-otot tubuh. Stimulasi kontralateral yaitu dilakukan dengan menstimulasi kulit pada area yang berlawanan. Misalnya

apabila tangan kiri, maka tangan kanan atau bagian tubuh lain yang di stimulasi.

- b. Cara counter iritan yaitu dengan cara menggosokkan obat gosok yang memberikan efek panas atau dingin pada kulit disekitar lokasi timbulnya nyeri. Efek panas yang dihasilkan dari obat gosok ini akan bekerja dengan cara menghambat nociceptor nyeri ke pusat dan mengembangkan peran non nociseptor sehingga efek panas dari obat gosok tersebut akan lebih dahulu diterjemahkan oleh sistem syaraf otak.
- c. Cara trans electric stimulan (TENS) yaitu dengan mengalirkan aliran listrik yang bervoltage rendah dan memberikan efek menurunkan nyeri dengan menstimulasi non pain receptor (non nociceptor pada serabut syaraf bebas disekitar luka operasi yang nantinya akan menghambat transmisi nyeri). Hal ini dapat dipahami karena efek dari non nociceptor tadi akan memblok tranmisi nyeri dari medula spinalis ke syaraf pusat. Tehnik dari metode ini adalah dengan memasang dua elektrode dari alat dengan jarak sekitar 2-3 cm dan letak elektrode dengan lokasi timbulnya nyeri sekitar 3-4 cm. Kemudian alat dinyalakan dan frekwensi kejut listrik yang disesuaikan dengan klien ditetapkan dan kita tunggu reaaksinya.
- d. Cara kompres aitu dengan memberikan kompres es/dingin disekitar lokasi timbulnya nyeri. Metode ini juga akan mengurangi nyeri

dengan cara seperti pada apa yang telah disampaikan pada metode (TENS).

## 2. Intervensi distraksi.

Yaitu suatu cara untuk mengurangi rangsangan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien terhadap nyeri ke fokus perhatian yang lain.

## 3. Intervensi relaksasi.

Yaitu suatu cara mengurangi rangsangan nyeri dengan mengistirahatkan atau relaksasi pada otot-otot tubuh, misalnya dengan latihan nafas dalam.

Dalam keadaan tubuh yang kaya akan oksigen yang bersih diharapkan metabolisme di dalam tubuh akan berjalan dengan baik dan otak akan relaksasi sehingga impuls nyeri yang diterima akan diolah dengan baik akan diterjemahkan dengan persepsi nyeri yang berkurang.

## 4. Pernafasan dalam

- a. Walaupun latihan ini dapat di laksanakan dalam berbagai sikap, direkomendasikan sikap berikut : rebahkan diri diatas permadani atau tikar. Tekuk kedua lutut dan renggangkan kaki anda lebih kurang 8 inci, dengan jari mengarah sedikit keluar. Pastikan bahwa tulang belakang anda lurus.
- b. Letakkan satu tangan diatas perut dan satu tangan didada.
- c. Tarik nafas pelan-pelan dari dalam melalui hidung masuk kedalam perut, mendorong tangan dengan sekuatnya selama anda merasa

- nyaman. Dada anda harus hanya sedikit bergerak dan bersamaan dengan pergerakan perut.
- d. Jika anda merasa ,mudah dengan langkah ke-3, tersenyum sedikit, tarik nafas melalui hidung dan hembuskan melalui mulut, ciptakan ketenangan, relaks, desingkan udara seperti angin seraya anda meniupkan udara dengan lembut keluar. Mulut, hidung dan rahang anda akan relaks. Ambil nafas panjang, pelan, dalam yang membesarkan dan mengecilkan perut. Fokuskan pada bunyi dari pernafasan sambil anda semakin relaks.
  - e. Lanjutkan nafas dalam selama 5 atau 10 menit setiap kali, 1 atau 2 kali sehari.
  - f. Pada akhir setiap,kali pernafasan dalam, gunakan waktu sejenak untuk mengamati tubuh anda, bandingkan ketegangan yang anda rasakan pada akhir latihan dengan yang anda alami pada awal latihan.

## 5. Hypnotis

yaitu suatu cara mengurangi rangsangan nyeri dengan memberikan tindakan hipnotis pada klien yang mengalami keluhan nyeri.

### 2.1.7.2 Intervensi farmakologi.

Intervensi ini dapat dilakukan melalui beberapa cara antara lain : analgesik terapi, baik secara parenteral, oral, rektal, transdermal maupun intraspinal route. Narkotik terapi misalnya golongan obat-obatan opioids, valium, diazepam.



## 2.3 Sectio Caesaria

### 2.3.1 Definisi sectio caesarea

Secara teori definisi sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui sistem insisi pada dinding perut dan dinding rahim, dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (S Jenny D Tuju, 1991).

### 2.3.2 Jenis atau klasifikasi sectio caesaria

1. Sectio caesaria klasik, pembedahan secara sanger.
2. Sectio caesaria transperitoneal profunda (supra cervicalis, lower segmen caesarian section).
3. Sectio caesaria diikuti dengan histerektomi.
4. Sectio caesaria ekstra peritoneal.
5. Sectio caesaria vaginalis.

### 2.1.3 Indikasi sectio caesaria

➤ Ibu.

- Panggul sempit absolut
- Tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi.
- Stenosis serviks/vagina.
- Plasenta previa.
- Disporposi sefalopelvik.
- Ruptura uteri vaginal.

➤ Janin.

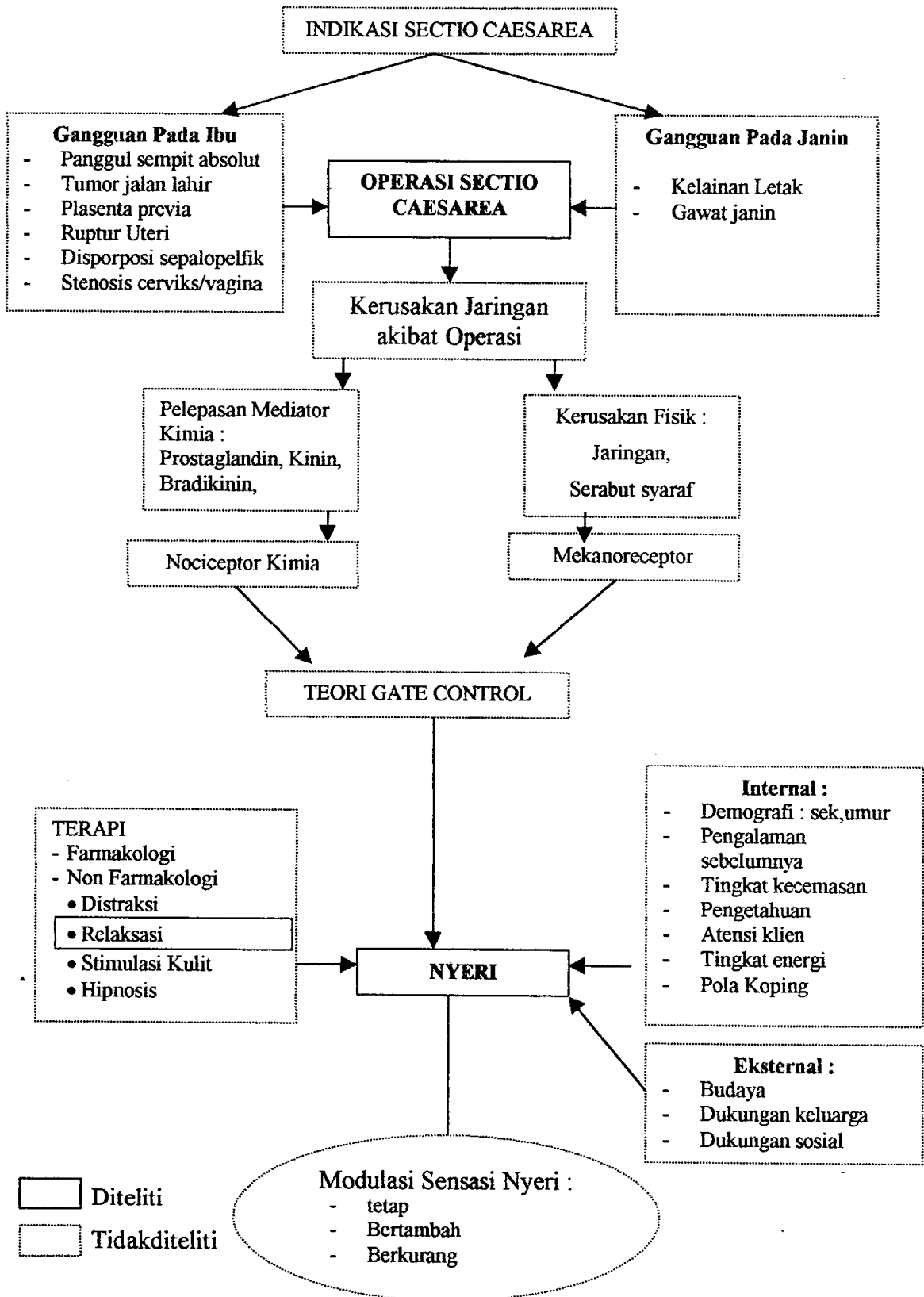
- Kelainan letak.
- Gawat janin.

#### 2.1.4 Prosedur sectio caesaria

Tehnik sectio caesaria klasik.

1. Mula-mula dilakukan desinfeksi pada dinding perut dan lapangan operasi dipersempit dengan kain steril.
2. Pada dinding perut dibuat insisi melintang mulai dari atas simfisis sepanjang  $\pm 12$  cm sampai di bawah umbilikus lapis demi lapis sehingga cavum peritoneal terbuka.
3. Dalam rongga perut disekitar rahim dilingkari dengan kaca laparotomi.
4. Dibuat insisi secara tajam dengan pisau pada segmen atas rahim (SAR), kemudian diperlebar secara sagital dengan gunting.
5. Setelah cavum uteri dibuka, selaput ketuban dipecahkan, janin dilahirkan, setelah janin lahir seluruhnya, tali pusat dijepit dan dipotong antara kedua penjepit.
6. Plasenta dilahirkan secara manual.
7. Luka insisi SAR dijahit kembali.
8. Setelah dinding rahim selesai dijahit, kedua adneksa dieksplorasi.
9. Rongga perut dibersihkan dari sisa-sisa darah dan akhirnya luka dinding perut dijahit.

2.12 Kerangka Konseptual



### 2.13 Hipotesis

H 1: Pemberian pembelajaran teknik pengontrolan nyeri relaksasi nafas dalam pada klien pre sectio caesarea dapat menurunkan intensitas nyeri post operasi

## **BAB 3**

# **METODE PENELITIAN**

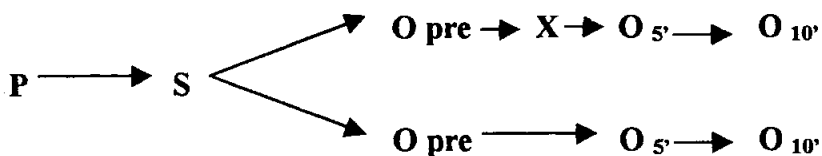
### BAB 3

## METODA PENELITIAN

Dalam bab ini akan diuraikan tentang desain penelitian, kerangka operasional, tempat dan waktu penelitian, populasi, sampel dan sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengelolaan dan analisa data, masalah etika dan keterbatasan.

### 3.1 Desain penelitian

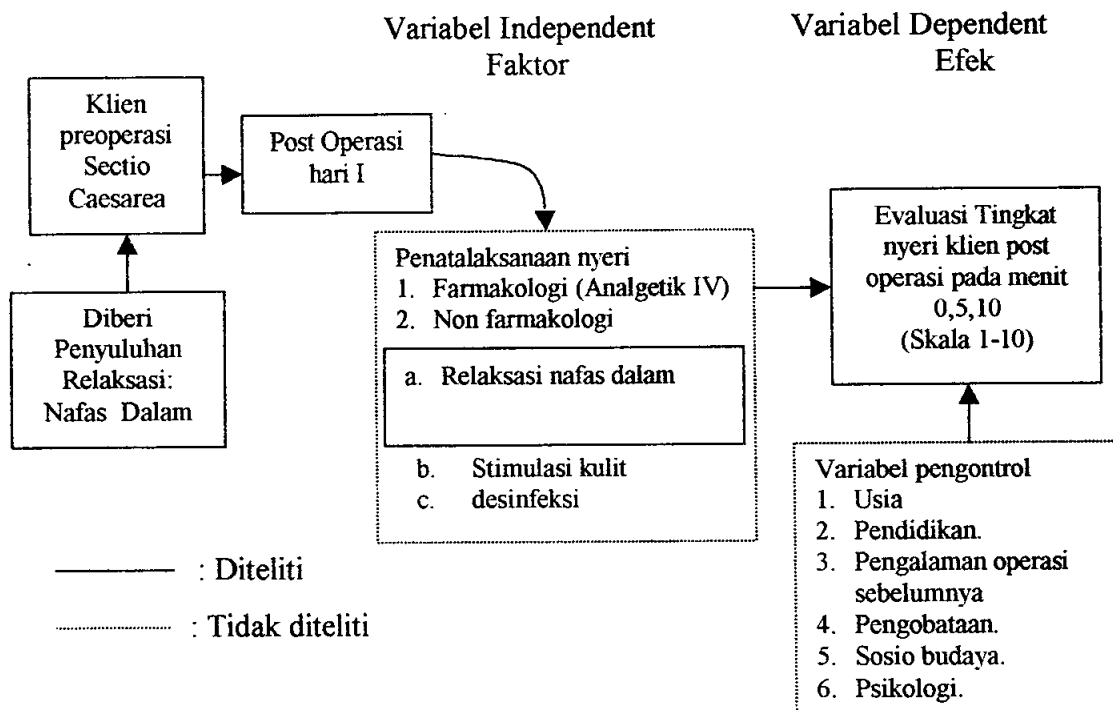
Desain penelitian ini adalah quasi eksperimen yang dilakukan pada kelompok kasus (eksperimen) dan kelompok pembanding (kontrol) yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri : relaksasi pre operasi terhadap penurunan respon nyeri post operasi.



Keterangan :

- P = Populasi
- S = Sampel
- O pre = Obsevasi sebelum tindakan
- O 5' = Observasi sesudah tindakan 5 menit
- O 10' = Observasi sesudah tindakan 10 menit
- X = Perlakuan (Pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri : relaksasi)

### 3.2 Kerangka operasional



mengacu pada kerangka konsep tersebut, dapat dikatakan bahwa pemberian pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri : relaksasi (nafas dalam) yang dilakukan pre operasi dapat mempengaruhi respon nyeri post operasi.

### 3.3 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang bersalin Rumah Sakit William Booth Surabaya dengan waktu pelaksanaan pengumpulan data pada bulan Februari sampai dengan bulan Maret 2002.

### 3.4 Populasi, sampel dan sampling.

#### 3.5.1 Populasi.

Populasi taerget dari penelitian ini adalah dengan kasus pembedahan sectio caesaria yang dirawat di rumah sakit William Booth Surabaya. Sedangkan populasi terjangkaunya adalah klien dengan pre dan pasca operasi sectio caesaria yang dirawat selama bulan Februari sampai dengan bulan Maret 2002, dengan rata-rata setiap bulannya 15 klien.

#### 3.5.2 Sampel.

Sehubungan dengan keterbatasan biaya dan waktu yang peneliti miliki, sehingga tidak memungkinkan bagi kami mengambil semua populasi terjangkaunya, oleh karena itu sampel diambil dengan menggunakan rumus

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

keterangan :

N : besar populasi.

n : besar sampel minimal

d : tingkat kepercayaan yang diinginkan (0,05) (Notoatmojo, 1993).

$$n = \frac{15}{1 + 15(0,05)} = 14$$

menurut Sudjana (1987) sampel dikatakan representatif apabila terdiri dari unsur-unsur yang mewakili seluruh sifat-sifat populasi walaupun



jumlahnya sedikit. Sampel sebanyak 14 orang taadi dikelompokkan menjadi kelompok besar yaitu kelompok A 7 responden dan kelompok B 7 responden. Untuk menghindari adanya kekeliruan dalam memilih sampel, mendapatkan sampel yaang representatif dan hasil penelitian yang seobyektif mungkin, maka ditetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

#### 3.5.2.1 Kriteria Inklusi

1. Mengalami nyeri psot operasi sectio caesares
2. Primipara
3. Berumur dibawah 35 tahun.
4. Berpendidikan minimal SMA.
5. Operasi dilakukan secara anesthesi Sub. Aracnoid Block (SAB) dan mendapat terapi analgetik (Novalgin 3 X 1 amp IV)
6. Klien dalam keadaan sadar dan tidak dalam masalah gangguan jiwa.
7. Bersedia diteliti.
8. Merupakan tindakan operasi yang pertama pada klien.
9. Klien pasca operasi hari pertama.

#### 3.5.2.2 Kriteria Ekslusi

1. Klien tidak mengalami nyeri pos operasi sectio caesarea
2. Multipara
3. Berumur diatas 35 tahun.
4. Berpendidikan dibawah SMA.
5. Operasi tidak dilakukan dengan Sub. Aracnoid Block (SAB).
6. Klien tidak sadar dan mengalami gangguan jiwa.

7. tidak bersedia diteliti.
8. Bukan merupakan tindakan operasi yang pertama bagi klien.

### 3.5.3 Tehnik sampling

Jumlah sampel yang digunakan 14 sampel atau 7 pasang sampel, yang terdiri dari 7 sampel kasus (diberi informasi melalui pemberian pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri : relaksasi pre operasi), dan 7 sampel kontrol (tidak diberi pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri : relaksasi pre operasi), dengan menggunakan tehnik sampling Purposive Sampling yaitu klien yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi.

## 3.5 Variabel penelitian

Pada penelitian ini akan dibedakan menjadi 2 (dua) variabel independent dan variabel dependent.

### 3.6.1 Variabel Independent.

Variabel ini merupakan faktor yang mempengaruhi munculnya faktor lain yang kita kenal dengan variabel dependent (Nawawi, 1987). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah pemberian pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri: relaksasi yang dalam penelitian ini dipilih yaitu metode nafas dalam.

### 3.6.2 Variabel Dependent.

### 3.6.2 Variabel Dependent.

Variabel dependent adalah sejumlah faktor atau unsur yang dipengaruhi oleh variabel independent, dengan kaata lain variabel ini tergantung pada muncul atau tidaknya variabel independent tertentu (Nawawi,1987). Variabel dependent penelitian ini adalah tingkat nyeri klien post operasi yang dalam hal ini diukur intensitasnya dengan skala intensitas nyeri.

### 3.6 Definisi operasional

| variabel  | Definisi opsional   | Para-meter   | Alat ukur  | Skala pengukuran | Skor                   |
|---|---|--|--|------------------|------------------------|
| Independent<br>Pemberian pembelajaran teknik pengontrolan nyeri non farmakologi (nafas dalam) | Yaitu memberikan kepada klien suatu tehnik pengontrolan nyeri : relaksasi dengan cara nafas dalam :<br>1. Tidur terlentang, tekuk kedua lutut, reng-gangkan kaki $\pm$ 8 inci. Jari kaki mengarah sedikit keluar, tulang belakang lurus.<br>2. Letakkan tangan satu diatas perut dan satu tangan diatas dada.<br>3. Tarik nafas pelan-pelan dan dalam melalui hidung masuk kedalam perut, mendorong tangan anda sekuatnya selama merasa nyaman.<br>4. Hembuskan melalui mulut, ciptakan ketenangan, relaks, desingkan udara seperti angin seraya meniup udara dengan lembut keluar. Mulut, hidung dan rahang akan relaks, fokuskan pada bunyi dari pernafasan sambil anda semakin relaks.<br>5. Lanjutkan nafas dalam selama 5 atau 10 menit setiap kali, 1 atau 2 kali sehari.<br>6. Pada akhir setiap kali pernafasan dalam, gunakan waktu sejenak untuk mengamati tubuh anda, rasakan pada akhir latihan dengan yang anda alami pada awal latihan. | Klien dapat mempraktekkan nafas dalam.                 | Observasi langsung prosedur langkah langkah (6langkah) nafas dalam | -                | -                      |
| Dependent :<br>nyeri  | Nyeri merupakan reaksi atau respon klien yang terjadi dari rangsangan fisik ataupun mental yang dapat menimbulkan keluhan verbal dan non  | Skala nyeri 1-10:<br>0=tidak nyeri<br>2 = nyeri ringan | Kuisi-oner   | Interval         | Skala intensitas nyeri |

|  |  |  |  |  |                |
|--|--|--|--|--|----------------|
|  | verbal terhadap pengalaman rasa nyerinya | 4 = nyeri sedang<br>6= nyeri berat<br>8= nyeri sangat<br>10= nyeri tak tertahankan |  |  | (Suzanne) 1-10 |
|--|--|--|--|--|----------------|

### 3.7 Pengumpulan data dan analisa data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan alat ukur kuisisioner yang dibuat penulis dengan mengacu pada sumber kepustakaan. Data dikumpulkan mulai awal bulan Februari sampai dengan Maret 2002 di ruang bersalin rumah sakit William Booth Surabaya.

Metode pengumpulan data :

1. Sebelum dilakukan penelitian, dengan surat pengantar untuk lahan penelitian dari ketua program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, penulis meminta persetujuan dari Direktur rumah sakit William Booth Surabaya untuk melakukan penelitian.
2. Bila ada responden yang memenuhi kriteria, penulis meminta persetujuan responden untuk berperan serta dalam penelitian.
3. Memberi kode dan menentukan responden sebagai kelompok kasus atau kelompok pembandingan.
4. Pada kelompok kasus, setelah dapat persetujuan responden, klien diberi pengajaran mengenai tehnik pengontrolan nyeri : relaksasi yang dalam hal ini diajar bernafas dalam sebelum dilakukannya tindakan operasi sectio caesaria) sebanyak satu kali tindakan; dengan dievaluasi sebelumnya tingkat kemampuan klien dalam melakukan relaksasi nafas dalam.

5. Pada kelompok pembanding setelah mendapat persetujuan responden, klien langsung dilakukan operasi (sectio caesarea) sebagaimana biasanya tanpa dilakukan pemberian pembelajaran mengenai tehnik pengontrolan nyeri : relaksasi (nafas dalam)
6. Setelah satu hari post operasi (sectio casesaria), baik kelompok kasus maupun kelompok pembanding diminta mengisi format kuisisioner setelah diberi penjelasan tentang cara mengisi format kuisisioner dan bertanya bila tidak jelas.
7. Membantu membacakan langsung pertanyaan yang ada dalam kuisisioner pada responden yang mengalami kesulitan dalam membaca kuisisioner tersebut.
8. Penilaian karakteristik nyeri juga dilakukan selama pengisian kuisisioner.
9. Jumlah jawaban yang masuk dikelompokkan sesuai dengan variabel yang diteliti, pengumpulan data dihentikan setelah mencapai jumlah responen yang diinginkan. Data yang dikelompokkan diteliti dan ditabulasi kemudian dicatat.

#### Analisa data.

Data yang telah terkumpul di kelompokkan dan ditabulasi yang kemudian diolah dengan batuan komputer atau melalui uji statistik t-test.

$$t = \frac{\bar{\{x\}}}{\frac{s}{n}} \quad df = n-1$$

keterangan :

t : nilai t

x : median

s : standar defiasi

n : jumlah sampel (Azwar, 1987)

Skor t yang dihitung digunakan untuk menentukan kemungkinan bahwa terjadi perbedaan. Jika skor ( $P < 0,05$ ) atau P kurang dari 0,05 kita katakan terdapat suatu perbedaan yang bermakna (Brockoppn, 1999).

Nilai probabilitas dicari pada tabel t dengan degree of freedom yang sesuai (Azwar, 1987).

Dari perhitungan dengan menggunakan rumus diatas dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak bila nilai  $P >$  nilai kritis (pada tabel t).

Berarti ada perbedaan antara kelompok sampel A dengan perlakuan pemberian tehnik pembelajaran pengontrolan nyeri : relaksasi nafas dalam dengan kelompok B tanpa perlakuan.

### 3.8 Masalah etika

Untuk menjamin bahwa responden yang akan menjadi subyek penelitian tidak mendapatkan paksaan dan atas dasar sukarela, maka responden diminta untuk menandatangani surat persetujuan setelah terlebih dahulu mendapat penjelasan tentang tujuan penelitian dan bagaimana cara pelaksanaannya (Informed Consent), dalam hal ini diharapkan responden

benar-benar mengerti apa yang akan dilaksanakan termasuk keuntungan dan kerugian responden dan kerahasiaan data yang diberikan.

Klien sebagai subyek penelitian berhak menolak menjadi responden dengan alasan apapun, bahkan mengundurkan diri setelah lembar persetujuan ditandatangani, peneliti berkewajiban menjelaskan tentang kuisioner yang harus dijawab dan caranya, juga mengenai hal-hal yang boleh ditanyakan pada peneliti.

Setelah pengumpulan data, seluruh data yang telah dikumpulkan dijamin penyimpanannya dan setelah selesai dimusnahkan.

### **3.10 Keterbatasan**

1. Desain penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen yang membutuhkan perencanaan, persiapan dan pengalaman yang baik, dalam pelaksanaan eksperimen ini penulis masih menggunakan tehnik relaksasi yang sederhana yaitu menarik nafas dalam sehingga memungkinkan hasil penelitian yang kurang maksimal.
2. Instrumen penelitian ini diuat sendiri oleh penulis berdasarkan teori-teori dan konsep yang ada pada literatur, dimana tingkat validitasnya hanya dihitung secara sederhana.
3. Penelitian ini merupakan penelitian pertama bagi penulis sehingga sangat terbatas dalam penyusunan dan menganalisa hasil penelitian.
4. Sampel pada penelitian ini menggunakan sampel yang relatif kecil sehingga memungkinkan bias penelitian lebih besar.

## BAB 4

# HASIL DAN PEMBAHASAN



## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

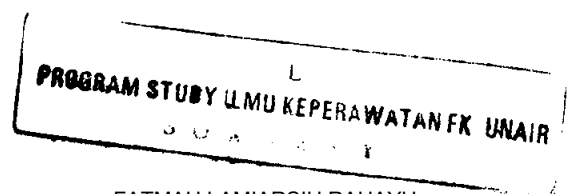
Pada bab ini akan dideskripsikan hasil penelitian sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Deskripsi dimulai dari karakteristik sampel, intensitas nyeri, dan pengaruh penggunaan teknik relaksasi (nafas dalam) terhadap perubahan ambang intensitas nyeri. Selanjutnya dilakukan analisa statistik dan dilakukan pembahasan hasil.

#### 4.1 Hasil Penelitian

##### 4.1.1 Karakteristik Tempat Penelitian

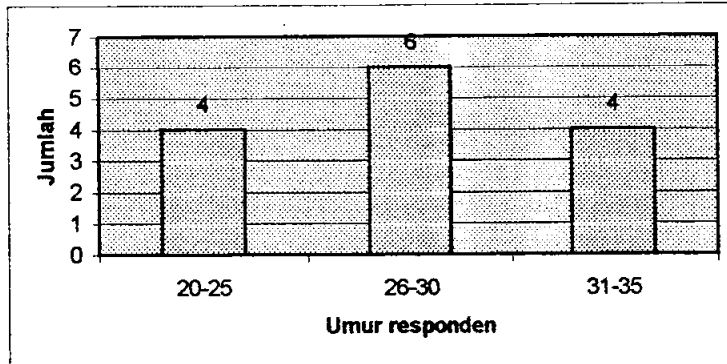
Penelitian dilaksanakan di Ruang Bersalin RS William Booth, yang merupakan Rumah sakit tipe C dengan total ruang rawat sebanyak 8 ruang rawat inap dan memiliki sekitar 250 tempat tidur dan pada ruang bersalin terdapat 40 tempat tidur yang terbagi dalam Kelas Utama, Kelas I, Kelas II dan Kelas III.

Di Ruang Bersalin pasien yang tinggal rata-rata mendapatkan tindakan obstetri dengan kasus terbanyak adalah Kelahiran Fisiologis. Kasus Kelahiran dengan Sectio Caesarea merupakan tindakan medik kedua terbanyak setelah pertolongan partus fisiologis. Jumlah rata-rata klien yang mendapatkan tindakan partus dengan sectio caesarea sebanyak 187 (tahun 2001) atau rata-rata 15 klien tiap bulan.



#### 4.1.2 Karakteristik responden

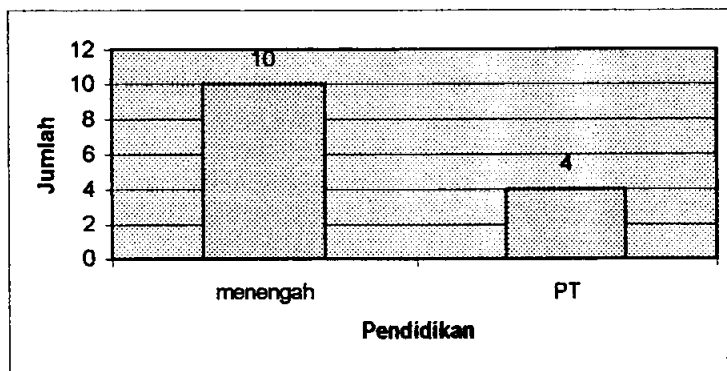
##### 1) Karakteristik responden berdasarkan usia



Gambar 4.1 : Diagram batang karakteristik responden berdasarkan usia di RS William Booth Surabaya, Maret 2002.

Dari gambar diatas terlihat bahwa usia responden dalam rentang umur 20-35 tahun dengan jumlah responden terbanyak pada kelompok usia 26-30 tahun (42,9 %).

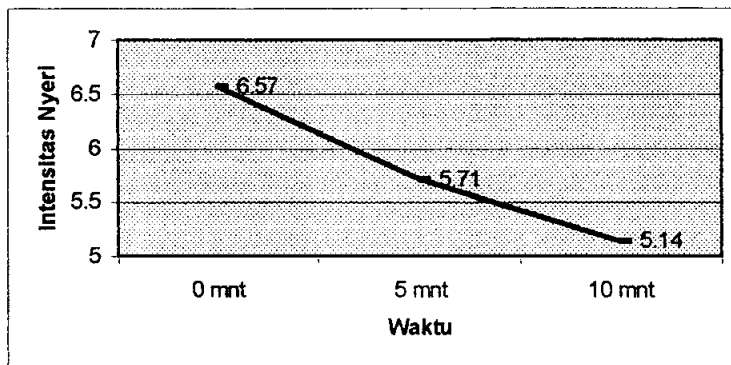
##### 2) Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan



Gambar 4.2 Diagram batang karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan di RS William Booth Surabaya, Maret 2002

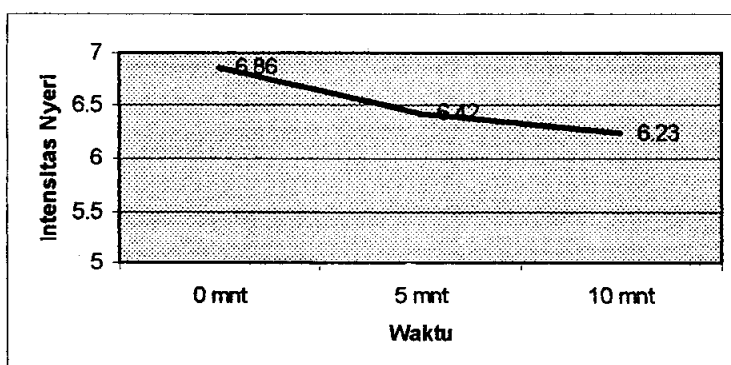
Berdasarkan gambaran diatas terlihat bahwa dari 14 responden yang diteliti; tingkat pendidikan responden terbanyak adalah pendidikan menengah (71,4 %) dan lainnya (28,6 %) berpendidikan sarjana.

#### 4.1.2 Respon nyeri post operasi pada klien yang mendapatkan pembelajaran teknik pengontrolan nyeri : Relaksasi nafas dalam



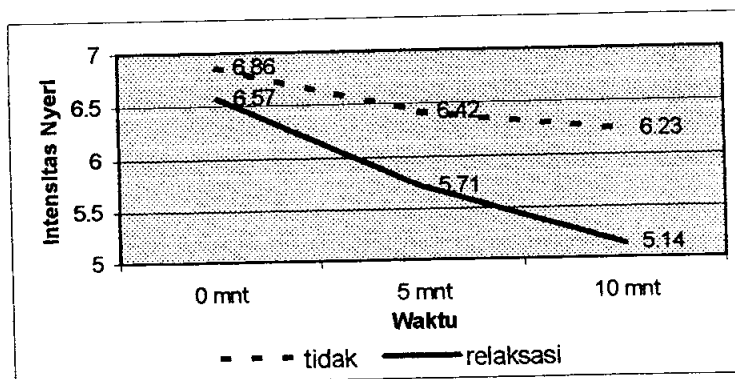
Gambar 4.3 : Grafik intensitas nyeri pada klien post operasi yang mendapatkan pembelajaran relaksasi nafas dalam di RS William Booth Surabaya, Maret 2002

#### 4.1.3 Respon nyeri post operasi pada klien yang tidak mendapatkan pembelajaran teknik pengontrolan nyeri relaksasi nafas dalam



Gambar 4.4 : Grafik intensitas nyeri pada klien post operasi yang tidak mendapatkan pembelajaran relaksasi nafas dalam di RS William Booth Surabaya, Maret 2002

4.1.4 Pengaruh pemberian pembelajaran teknik pengontrolan nyeri relaksasi nafas dalam terhadap respon penurunan nyeri post operasi



Gambar 4.5 : Grafik intensitas nyeri pada klien post operasi yang mendapatkan pembelajaran relaksasi nafas dalam dan yang tidak mendapatkan pembelajaran relaksasi nafas dalam pada responden di RS William Booth Surabaya, Maret 2002

Dari gambar diatas terlihat bahwa rata-rata tingkat nyeri pada menit pertama rata-rata tingkat nyeri tidak terlalu jauh yaitu sebesar 6,85 pada kelompok yang tidak mendapat perlakuan relaksasi nafas dalam dan 6,57 pada kelompok yang mendapatkan perlakuan relaksasi nafas dalam. Selanjutnya setelah tiga menit tindakan didapatkan gambaran rata-rata tingkat nyeri pada kelompok yang mendapat perlakuan relaksasi nafas dalam menjadi 5,71 dan pada kelompok yang tidak mendapatkan tindakan relaksasi nafas dalam tingkat nyeri yang dialami sebesar 6,42. Pada waktu 10 menit observasi didapatkan rata-rata skala nyeri pada kelompok perlakuan relaksasi nafas

dalam menjai 5,14 dan pada kelompok yang tidak mendapatkan relaksasi sebesar 6,29.

Berdasarkan gambaran diatas terlihat adanya kecenderungan bahwa tindakan relaksasi nafas dalam lebih memberikan efek penurunan skala nyeri yang dialami oleh klien dibandingkan pada kelompok yang tidak melaksanakan tindakan relaksasi nafas dalam.

Pada perlakuan 0 menit (sebelum dilakukan tindakan) didapatkan rata-rata skala nyeri pada kelompok yang mendapatkan perlakuan sebesar 6,57 dan pada kelompok yang tidak mendapatkan perlakuan didapatkan nilai 6,85. Berdasarkan pada uji statistik t-test didapatkan nilai  $p = 0,403$  yang berarti bahwa skala nyeri dari kedua kelompok tidak berbeda secara bermakna.

Selanjutnya setelah dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam selama tiga menit pada kelompok perlakuan dan setelah diamati selama 5 menit pada kelompok kontrol; didapatkan adanya selisih skala nyeri yang lebih besar dibandingkan masa sebelumnya yaitu bahwa skala nyeri pada kelompok perlakuan sebesar 5,71 dan pada kelompok kontrol sebesar 6,42 atau terdapat selisih nyeri sebesar 0,71. Namun berdasarkan uji t-test didapatkan bahwa nilai  $p=0,066$  atau tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok.

Pada perlakuan selama 10 menit pada kelompok perlakuan dan observasi selama 10 menit pada kelompok kontrol; didapatkan adanya perbedaan yang semakin mencolok yaitu adanya selisih skala nyeri sebesar 1,41. Berdasarkan uji-t didapatkan nilai signifikansi  $p = 0,012 < 0,05$  yang

berarti  $H_0$  ditolak atau terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata skala nyeri pada kelompok perlakuan dibandingkan rata-rata skala nyeri pada kelompok kontrol; dimana rata-rata nyeri kelompok perlakuan relaksasi nafas dalam lebih rendah daripada kelompok kontrol.

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Respon nyeri post operasi pada klien yang mendapatkan pembelajaran teknik pengontrolan nyeri : Relaksasi nafas dalam

Respon nyeri pada klien yang mendapatkan pembelajaran teknik pengontrolan nyeri relaksasi nafas dalam mengalami penurunan dari 6,57 menjadi 5,71 pada lima menit pertama dan 5,14 pada lima menit kedua. Kondisi ini dimungkinkan karena efek dari relaksasi nafas dalam antara lain menurunkan tekanan darah, nadi dan laju pernafasan serta penurunan ketegangan otot dan laju metabolisme yang merupakan mekanisme yang serupa dengan proses inflamasi itu sendiri sehingga memungkinkan penurunan pelepasan mediator kimia seperti bradikinin dan prostaglandin yang merupakan bahan yang dapat meningkatkan sensasi nyeri.

Dari sudut pandang psikologis, relaksasi nafas dalam dapat menyebabkan peningkatan kemampuan untuk berkonsentrasi. Situasi ini memungkinkan pengontrolan tubuh dan berdasar teori Gate Control adanya konsentrasi akan meningkatkan input memori yang menekan rangsang/input sensorik nyeri; sehingga rangsang sensorik nyeri akan dapat tereliminasi dan tidak sampai masuk dalam korteks cerebri. Kondisi

ini mengakibatkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh tubuh menjadi berkurang (Ignatavicus & Bayne, 1991: Potter and Perry, 1993).

#### 4.2.2 Respon nyeri post operasi pada klien yang tidak mendapatkan pembelajaran teknik pengontrolan nyeri : Relaksasi nafas dalam

Berdasarkan gambaran hasil penelitian terhadap respon nyeri post operasi sectio caesarea yang tidak mendapatkan tindakan pembelajaran teknik pengontrolan nyeri : Relaksasi nafas dalam; didapatkan gambaran bahwa dalam waktu lima menit pertama terjadi penurunan respon nyeri dari skor 6,86 menjadi 6,42 dan pada lima menit kedua (waktu sepuluh menit) didapatkan intensitas nyeri menjadi 6,23. Kondisi ini dimungkinkan karena kondisi luka post operasi secara seluler telah mengalami perbaikan sehingga pelepasan dari mediator kimia telah berkurang sehingga rangsang terhadap nociceptor kimia menjadi berkurang yang akhirnya impuls pembawa sensasi nyeri yang menuju ke otak mengalami penurunan. Disamping itu tubuh memungkinkan untuk berespon dalam mengeluarkan berbagai neuromodulator seperti endorfin dan enkephalin yang menimbulkan efek meningkatkan ambang batas nyeri (memberikan efek analgetik). Kondisi ini mengakibatkan sensasi nyeri akan mengalami penurunan secara alamiah walaupun tanpa mendapatkan obat atau tindakan tertentu. (Ignatavicus & Bayne, 1991: Potter and Perry, 1993).

#### 4.2.3 Pengaruh pemberian pembelajaran teknik pengontrolan nyeri relaksasi nafas dalam terhadap respon nyeri post operasi sectio caesarea

Setelah dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam selama tiga menit pada kelompok perlakuan dan setelah diamati selama 5 menit pada kelompok kontrol; didapatkan rata-rata skala nyeri pada kelompok perlakuan sebesar 5,71 dan pada kelompok kontrol sebesar 6,42 atau terdapat selisih nyeri sebesar 0,71. Berdasarkan uji t-test didapatkan bahwa nilai  $p=0,066$  atau tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok.

Pada perlakuan selama 10 menit pada kelompok perlakuan dan observasi selama 10 menit pada kelompok kontrol; didapatkan adanya selisih skala nyeri sebesar 1,41. Berdasarkan uji-t didapatkan nilai signifikansi  $p = 0,012 < 0,05$  yang berarti  $H_0$  ditolak atau terdapat perbedaan yang bermakna antara rata-rata skala nyeri pada kelompok perlakuan dibandingkan rata-rata skala nyeri pada kelompok kontrol; dimana rata-rata nyeri kelompok perlakuan relaksasi nafas dalam lebih rendah daripada kelompok kontrol.

Metode relaksasi nafas dalam merupakan salah satu bentuk kegiatan untuk mengurangi nyeri (Suzane, 1997) dan merupakan bentuk terapi non farmakologik dimana klien berusaha mengurangi rangsang nyeri dengan merelaksasikan otot-otot tubuh dan melakukan nafas dalam secara aktif. Dari hasil didapatkan bahwa setelah 10 menit tindakan relaksasi nafas dalam; terdapat penurunan derajat nyeri secara bermakna. Ditinjau dari kondisi klien maka pada masa 10 menit tindakan yang diberikan memiliki intensitas yang lebih lama sehingga memungkinkan mekanisme rangsang psikofisiologis



yang menimbulkan suasana yang lebih rileks dan nyaman bagi klien. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Suzane (1997) bahwa tindakan relaksasi nafas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri. Adapun mekanisme penurunan intensitas nyeri adalah karena relaksasi memodulasi sistem syaraf sentral sebagai pengendali penerimaan rangsang nyeri. Adanya tindakan melakukan nafas dalam secara aktif mengakibatkan modulasi transmisi impuls syaraf pembawa sensasi nyeri ke tubuh dari syaraf perifer yang menuju ke sentral yang melalui medulla spinalis. Adanya rangsangan kegiatan fisik dan psikologis serta menurut teori Gate Control mengakibatkan pintu penerima rangsang lebih membuka diri terhadap rangsang impuls otot tubuh dan persepsi sehingga menekan/mengeliminasi rangsang nyeri yang akan dibawa menuju ke korteks. Kondisi ini mengakibatkan rangsang nyeri mengalami penurunan sehingga intensitas nyeri pun menjadi berkurang.

Adanya tindakan nafas dalam juga meningkatkan persepsi individu (kognitif) dan pengendalian emosi yang dikendalikan oleh sistem limbik dan amigdala. Adanya modulasi sentral ini mengakibatkan hambatan yang diproyeksikan lewat jaras persyarafan kornu dorsalis dimana pada kornu dorsalis terjadi dangsangan untuk menghambat (inhibitory) rangsang nyeri.(Taylor, 1989). Kedua mekanisme diatas akan menyebabkan penurunan impuls nyeri yang dibawa ke sistem syaraf pusat (medulla dan korteks) sehingga nyeri yang timbul dipersepsikan lebih minimal dan klien merasakan intensitas nyeri yang dialaminya berkurang.

Selanjutnya pada kelompok perlakuan 5 menit didapatkan gambaran bahwa intensitas nyeri antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol tidak berbeda secara signifikan. Hal ini dapat dijelaskan bahwa proses transmisi dan modulasi nyeri memerlukan waktu dan situasi yang lebih memungkinkan penghambatan (inhibitory) dari rangsangan nyeri yang dibawa oleh serabut syaraf. Tindakan relaksasi disamping meningkatkan situasi psikologis juga merangsang pengeluaran berbagai neuromodulator seperti Endorphin (endogenous morphin) untuk kemudian memberikan efek analgesik bagi tubuh. Namun pelepasan zat Endorphin tidak dilakukan serta merta oleh tubuh dan efek yang diberikan tergantung dengan situasi tubuh; kondisi diatas mengakibatkan efek analgesik dari tindakan relaksasi nafas dalam tidak dapat optimal dalam waktu singkat; namun memerlukan penyesuaian tubuh yang memadai.(Potter & Perry,1993).

**BAB 5**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

1. Rata-rata intensitas nyeri pada klien pasca sectio caesarea tanpa dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam sebesar 6,86 dan terjadi penurunan intensitas nyeri dalam 10 menit sebesar 0,63 atau 0,063 setiap menit.
2. Rata-rata intensitas nyeri pada klien pasca sectio caesarea dengan tindakan relaksasi nafas dalam sebesar 6,57 dan terjadi penurunan intensitas nyeri dalam waktu 10 menit sebesar 1,43 atau 0,143 tiap menit.
3. Terdapat perbedaan rata-rata intensitas nyeri yang bermakna antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan setelah tindakan relaksasi nafas dalam 10 menit ( $p = 0,012$ ) dimana intensitas nyeri pada kelompok perlakuan lebih kecil dibandingkan kelompok kontrol.

#### 5.2 Saran

1. Perlunya prosedur tetap pemberian pembelajaran teknik pengontrolan nyeri relaksasi nafas dalam bagi perawat di rumah sakit dalam bentuk Standar Asuhan Keperawatan dan Standar Operasional Prosedur; untuk kemudian disosialisasikan, diterapkan dan dievaluasi lebih lanjut.
2. Perlunya dilakukan manajemen nyeri yang efektif dan terpadu dengan menggunakan metode farmakologik dan non farmakologik secara sinergis untuk mengurangi intensitas nyeri pada klien pasca sectio caesarea

3. Disarankan agar dalam tindakan nafas dalam dilakukan dalam waktu tidak kurang dari 10 menit agar efek terapi menjadi optimal
4. Perlunya dilakukan penelitian secara lebih mendalam berapa lama waktu yang efektif untuk menurunkan nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam
5. Perlunya diteliti secara lebih mendalam faktor-faktor perancu penelitian; dengan menggunakan jumlah sampel yang lebih besar dan lokasi penelitian yang lebih luas sehingga hasil penelitian dapat lebih digeneralisasikan.

- Nursalam, Siti Pariani (2000). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. PSIK FK UNAIR Surabaya.
- Potter & Terry (1993). *Fundamental of Nursing Concept, Procces, and Practice*. Mosby Year Book USA
- Ridwan, Tira Lestari (2001) *Dasar-Dasar Statistika*, Alfabeta, Bandung
- Rita S, (1998). *Intervensi Psikologis Untuk Supresi Nyeri Dan Reaksi Stress*. KONAS IDSAI V. Jogjakarta
- Rockvil MD. (1997). *Scale Subject of Pain Description in Medical Surgical Nursing*. Philadelphia.
- Scvhartz, Seymour I, (2000). *Intisari Prinsip-prinsip Ilmu bedah*. EGC Jakarta.
- Sudarth (1996). *Manajemen Of Acutte Pain*. WB Saunders Philadelphia
- Suzane (1997) *Manual Of Medical Surgical Nursing*, W.B. Saunders Co., Philadelphia
- Silvia, Anderson (1996) *Patofisiologi*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Taylor. Lilis; Carol (1989) *Fundamentals Of Nursing*, W>B Saunders Co, Philadelphia



## DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Achir Yani S. hamid D.N.Sc. (1999). *Buku Ajar Riset Keperawatan*, Widya Medika. Jakarta.
- Azwar, Asrul (1987) *Metodologi Penelitian*, Binarupa Aksara, Jakarta
- Brockopp, Dorothy Young, (1999). *Dasar-dasar Riset Keperawatan*. EGC Jakarta.
- Cunnings, (1983), (1990), *The Gate Control Teori Metode*. California Wesley Publishing.
- Doenges, Merylin E. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan; Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawat Pasien*. EGC Jakarta.
- Donna D (1995). *Medical Surgical nursing*, Philadelphia, WB. Saunders. Co.
- Evelyn C. (1987). *Anatomi Fisiologi Untuk Paramedis*. Gramedia. Jakarta.
- Guyton, Arthur C. (1994) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Guyton Bag II*. Edisi Indonesia 7. EGC Jakarta.
- Ignatavicus & Bayne, (1991). *Medical Surgical Nursing, a Nursing Process Approach*. WB Saunders Co. Philadelphia
- Ismael S (1995) *Dasar-Dasar metodologi Penelitian Klinis*, Binarupa Aksara, Jakarta
- Kozier Barbara, (1983). *Fundamental of Nursing Concept and Process and Proseduress*. Second editions. Addison Wesley Co. California.
- Korevaar WC. (1995). *Post Operative Analgesik : The Pain Service in Healty Tej and Cohen PJ*. A Practice of Anastesia Litle Broun and Co. Boston
- Lab / UPF Ilmu Penyakit Bedah (1994). *Pedoman Terapi Diagnosis*. Surabaya
- Linda Juall, Capernitto (1992). *Nursing Diagnosis, Aplications to Clinical Pactice* Edisi IV. JB Lipincott Co. Philadelphia
- Nancy M Holloway R.N, MSN. (1998). *diMecal Surgical Care Cleaning*, 3nd Edition. Orinda. California.



# LAMPIRAN

**Lampiran 1 :****FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN****PENGARUH PEMBERIAN PEMBELAJARAN TEHNIK  
PENGONTROLAN NYERI : RELAKSASI (NAFAS DALAM) PADA  
KLIEN PRE SECTIO CAESARIA TERHADAP RESPON PENURUNAN  
NYERI POST OPERASI DI RUANG BERSALIN RUMAH SAKIT  
WILLIAM BOOTH SURABAYA**

Oleh  
ERIKA UNTARI DEWI

Kami adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Pendidikan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Tujuan penelitian ini untuk membuktikan pengaruh pemberian pembelajaran tehnik pengontrolan nyeri : relaksasi (nafas dalam) pada klien pre sectio caesaria terhadap penurunan respon nyeri post operasi.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini sangat diharapkan dan kami mengharapkan kesediaan saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Kami menjamin kerahasiaaan pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat bebas, artinya saudara bebas untuk ikut atau tidak, tanpa adanya sangsi apapun.

Jika saudara bersedia menjadi peserta penelitian ini, silahkan saudara menandatangani kolom dibawah ini

Atas kerjasama dan partisipasi saudara, kami sebagai peneliti mengucapkan banyak terima kasih.

Tanda tangan :

Tanggal :

No responden :

**Lampiran 2 :****FORMAT PENGUMPULAN DATA**

**Judul Penelitian:** Pengaruh Pemberian Pembelajaran Tehnik Pengontrolan Nyeri :  
Relaksasi (Nafas Dalam) Pada Klien Pre Sectio Caesaria  
Terhadap Respon Penurunan Nyeri Post Operasi Di Ruang  
Bersalin Rumah Sakit William Booth Surabaya.

Tanggal Penelitian :  
 Nama / Kode responden :  
 Umur :  
 Pendidikan :  
 Ruang :  
 Pasca pembedahan hari / jam ke :

Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan mengisi jawaban yang dianggap tepat pada kotak kosong yang tersedia !!

1. jika nyeri bisa dinilai dengan angka, dinomor berapa nyeri yang anda rasakan (sebelum anda melakukan nafas dalam)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Jawaban :

Keterangan :

0 : tidak nyeri

2 : nyeri ringan

4 : nyeri sedang

6 : nyeri berat

8 : Nyeri sangat

10 : nyeri tak tertahankan

2. Jika nyeri bisa dinilai dengan angka, dinomor berapa nyeri yang anda rasakan (sesudah anda melakukan nafas dalam selama 5 menit / 4-5 x)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Jawaban :

3. Jika nyeri bisa dinilai dengan angka, dinomor berapa nyeri yang anda rasakan (sesudah anda melakukan nafas dalam selama 10 menit /8-10 x)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Jawaban :

4. Jika demikian, tolong anda bandingkan, nyeri yang anda rasakan sebelum nafas dalam dengan sesudah nafas dalam, apakah :

- : Tambah nyeri  
 : Tidak mereda  
 : Mereda sedang.  
 : Mereda sama sekali / tidak merasa nyeri

Soal no 4. (beri tanda ✓ pada jawaban yang anda anggap paling tepat).

d:\mydocu~1\erika.sav

|    | tindakan | i0   | o0 | i5   | o5 | i10  | o10 | umur | didik |
|----|----------|------|----|------|----|------|-----|------|-------|
| 1  | 1.00     | 7.00 | 2  | 6.00 | 2  | 6.00 | 2   | 1    | 1     |
| 2  | 1.00     | 7.00 | 2  | 6.00 | 2  | 7.00 | 2   | 1    | 3     |
| 3  | 1.00     | 7.00 | 2  | 7.00 | 2  | 7.00 | 2   | 2    | 2     |
| 4  | 1.00     | 6.00 | 2  | 6.00 | 2  | 5.00 | 2   | 2    | 2     |
| 5  | 1.00     | 8.00 | 2  | 7.00 | 2  | 7.00 | 2   | 3    | 2     |
| 6  | 1.00     | 6.00 | 2  | 6.00 | 2  | 6.00 | 2   | 2    | 3     |
| 7  | 2.00     | 7.00 | 2  | 7.00 | 2  | 6.00 | 2   | 3    | 2     |
| 8  | 2.00     | 6.00 | 2  | 5.00 | 2  | 4.00 | 2   | 2    | 2     |
| 9  | 2.00     | 6.00 | 2  | 6.00 | 2  | 5.00 | 2   | 1    | 2     |
| 10 | 2.00     | 7.00 | 2  | 7.00 | 2  | 6.00 | 2   | 2    | 2     |
| 11 | 2.00     | 7.00 | 2  | 5.00 | 2  | 6.00 | 2   | 3    | 3     |
| 12 | 2.00     | 6.00 | 2  | 6.00 | 2  | 5.00 | 2   | 1    | 2     |
| 13 | 2.00     | 7.00 | 2  | 6.00 | 2  | 5.00 | 2   | 3    | 3     |
| 14 | 2.00     | 7.00 | 2  | 5.00 | 2  | 5.00 | 2   | 2    | 2     |

## t-tests for independent samples of TINDAKAN

| Variable  | Number<br>of Cases | Mean   | SD   | SE of Mean |
|-----------|--------------------|--------|------|------------|
| I0        |                    |        |      |            |
| tidak     | 7                  | 6.8571 | .690 | .261       |
| relaksasi | 7                  | 6.5714 | .535 | .202       |

Mean Difference = .2857

Levene's Test for Equality of Variances: F= .000 P= 1.000

| t-test for Equality of Means |         |       |            |            | 95%            |
|------------------------------|---------|-------|------------|------------|----------------|
| Variances                    | t-value | df    | 2-Tail Sig | SE of Diff | CI for Diff    |
| Equal                        | .87     | 12    | .403       | .330       | (-.433, 1.005) |
| Unequal                      | .87     | 11.29 | .404       | .330       | (-.441, 1.012) |

| Variable  | Number<br>of Cases | Mean   | SD   | SE of Mean |
|-----------|--------------------|--------|------|------------|
| I10       |                    |        |      |            |
| tidak     | 7                  | 6.2857 | .756 | .286       |
| relaksasi | 7                  | 5.1429 | .690 | .261       |

Mean Difference = 1.1429

Levene's Test for Equality of Variances: F= .318 P= .583

| t-test for Equality of Means |         |       |            |            | 95%           |
|------------------------------|---------|-------|------------|------------|---------------|
| Variances                    | t-value | df    | 2-Tail Sig | SE of Diff | CI for Diff   |
| Equal                        | 2.95    | 12    | .012       | .387       | (.300, 1.986) |
| Unequal                      | 2.95    | 11.90 | .012       | .387       | (.300, 1.986) |

## t-tests for independent samples of TINDAKAN

| Variable  | Number<br>of Cases | Mean   | SD   | SE of Mean |
|-----------|--------------------|--------|------|------------|
| I5        |                    |        |      |            |
| tidak     | 7                  | 6.4286 | .535 | .202       |
| relaksasi | 7                  | 5.7143 | .756 | .286       |

Mean Difference = .7143

Levene's Test for Equality of Variances: F= .750 P= .403

| t-test for Equality of Means |         |       |            |            | 95%            |
|------------------------------|---------|-------|------------|------------|----------------|
| Variances                    | t-value | df    | 2-Tail Sig | SE of Diff | CI for Diff    |
| Equal                        | 2.04    | 12    | .064       | .350       | (-.048, 1.477) |
| Unequal                      | 2.04    | 10.80 | .066       | .350       | (-.056, 1.485) |